

NOME: _____

Nº DE PASTA FUNCIONAL: _____ Nº DE TELEFONE _____

LOTAÇÃO: _____

() BENEFICIÁRIO TITULAR (escrever nome acima quando for incluir filho/enteado/menor sob guarda/pai/mãe)

() PENSIONISTA (filho) () REQUISITADO MUNICIPAL () REQUISITADO ESTADUAL

Preencher este campo para inclusão do beneficiário especial

**CPF preenchimento obrigatório para filhos e enteados.*

**Nome da mãe deve estar completo, sem abreviações.*

NOME: _____ CPF: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ () FILHO () ENTEADO () MENOR SOB GUARDA () PAI () MÃE

Nº INSCRIÇÃO: _____ DATA DE INSCRIÇÃO: ____/____/____

NOME: _____ CPF: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ () FILHO () ENTEADO () MENOR SOB GUARDA () PAI () MÃE

Nº INSCRIÇÃO: _____ DATA DE INSCRIÇÃO: ____/____/____

NOME: _____ CPF: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ () FILHO () ENTEADO () MENOR SOB GUARDA () PAI () MÃE

Nº INSCRIÇÃO: _____ DATA DE INSCRIÇÃO: ____/____/____

Para deferimento da inscrição, além do preenchimento de todos os dados acima, o cadastro do filho, enteado, pai e mãe deve estar atualizado junto à Secretaria Geral da Presidência (magistrado) ou à Diretoria da Secretaria de Pessoal (servidor).

O signatário requer a inscrição de seu(s) beneficiário(s) especial(is) no Plano de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da Terceira Região.

Declara estar ciente e concordar com as condições estabelecidas no Regulamento e autoriza sejam tomadas as medidas necessárias para o pagamento do custeio, mediante consignação em folha de pagamento.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Data: ____/____/____

Assinatura Magistrado/Servidor/Pensionista