

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
Beneficiário Titular e Dependente

NOME: _____

Nº DE PASTA FUNCIONAL _____ TELEFONE DE CONTATO: _____

 MAGISTRADO ATIVO

LOTAÇÃO: _____

 SERVIDOR ATIVO

LOTAÇÃO: _____

 MAGISTRADO INATIVO SERVIDOR INATIVO REQUISITADO FEDERAL PENSIONISTA**Preencher se servidor requisitado**

ÓRGÃO DE ORIGEM: _____

É COBERTO POR PLANO DE SAÚDE NO ÓRGÃO DE ORIGEM: SIM NÃO

(se a resposta acima for não, anexar declaração e cópia do último contra cheque)

Preencher este campo para inclusão do dependente, se for o caso CÔNJUGE/COMPANHEIRO/PARCEIRO DE RELAÇÃO HOMOAFETIVA

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Para deferimento da inscrição, além do preenchimento de todos os dados acima, o cadastro do cônjuge ou companheiro deve estar atualizado junto à Secretaria-Geral da Presidência (magistrado) ou à Diretoria da Secretaria de Pessoal (servidor).

O signatário requer sua inscrição e de seu dependente 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.

Autoriza sejam tomadas as medidas necessárias para o pagamento de sua parcela de participação e dispõe a submeter-se a perícias médicas e/ou odontológicas a qualquer momento, aplicando-se as mesmas condições ao dependente.

OPTANTE PELO SERVIÇO DE TRANSPORTE AÉREO MÉDICO SIM NÃO

Nestes termos,

Pede deferimento.

Data ____/____/____

Assinatura Magistrado/Servidor/Pensionista_____
Assinatura do Cônjuge/Companheiro/Parceiro de relação homoafetiva**Reservado à Subsecretaria de Gerência do Plano de Saúde**

	DATA DE INSCRIÇÃO	Nº DE INSCRIÇÃO
BENEFICIÁRIO TITULAR	____/____/____	
BENEFICIÁRIO DEPENDENTE	____/____/____	