



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Núcleo Estadual do Ceará  
Serviço de Gestão de Pessoas

Rua do Rosário, 283, 09º andar – Centro – Fortaleza – CE – 60.055-090 – Fone: 3252-3351

REQUERIMENTO DE AUXILIO SAUDE

Identificacao do Servidor:

Nome:MICAELA RUBISON CORTES DE GASTOS

SIAPE:0000003

CPF:045.858.919-74

Cargo:ECONOMISTA

Classe:A

Padrao:III

Unidade de Exercicio:NE/MS/TO

Endereco:ALAMEDAS DAS

CEP: 68500-240

LIBÉLOLAS, 196

Bairro:CIDADE2000

-

Cidade:PRORUMODELA

UF:TE

Telefone:

" Celular:9412.0202

Plano de Saúde: GEAP

Mês referência do agamento:Ante Ontem

Dados dos Dependentes

Nome Completo

Grau de Dependência

Data de Nascimento

RENATO RUSSO DE SOUZA

Coñjuge

11/09/1994

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas e ciente que se falsas as declarações aqui expostas, ficarei sujeito à(s) pena(s) da lei.

Prorumodela, 6 de fevereiro de 2024

Documentação exigida

☐ RG

☐ Contra cheque

☐ Comprovação mensal do pagamento do plano.

Caso o servidor esteja requerendo pela 1ª vez a documentação abaixo deverá ser anexada :

☐ Cópia do contrato de adesão com nome dos dependentes, se houver.

☐ Cópia da carteira do plano de saúde do titular e dos dependentes, se houver.

☐ Certidão de Casamento e/ou União Estável.

☐ Para filho menor de 21 anos, anexar a certidão de nascimento ou identidade e CPF.

☐ Comprovante de residência

Atenção: Código Penal - Art. 299: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte."

EXIJA O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DO SEU REQUERIMENTO E COMPROVANTE, COM NOME E CARIMBO DO ATENDENTE.