



Ministério Público da União
Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE

Foto

FICHA DE INSCRIÇÃO DE TITULAR

PREENCHER COM LETRA DE FORMA.

1 - DADOS DO(A) TITULAR

1 - Ramo do MPU				<input type="checkbox"/> MPDFT	<input type="checkbox"/> MPF	<input type="checkbox"/> MPM	<input type="checkbox"/> MPT	2 - Matrícula	
3 - Situação funcional						4 - Atividade			
<input type="checkbox"/> Membro	<input type="checkbox"/> Quadro permanente	<input type="checkbox"/> Pensionista	<input type="checkbox"/> Pensionista filho	<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Inativo				
<input type="checkbox"/> Contratado	<input type="checkbox"/> Cedido	<input type="checkbox"/> Requisitado							
5 - Nome									
6 - Nome do pai									
7 - Nome da mãe									
8 - Sexo	9 - Estado Civil	10 - Nacionalidade	11 - Naturalidade				12 - UF		
13 - Data de nascimento	14 - CPF			15 - Identidade			16 - Órgão emissor/UF		
17 - Endereço residencial									
18 - CEP	19 - Telefone residencial		20 - Telefone celular		21 - Lotação		22 - Ramal		
23 - Endereço eletrônico (e-mail)							24 - Opção pela Unimed		
							<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
25 - Data de inscrição	26 - Data de admissão	27 - Banco	28 - Agência	29 - Conta-corrente					

2 - SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO COMO BENEFICIÁRIO

Solicito minha inscrição como beneficiário do PLAN-ASSISTE, declarando que as informações prestadas são a expressão da verdade, sob pena de responsabilizar-me por declarações falsas.

Assino ciente de que a vinculação cessará a meu pedido ou por afastamento, demissão, exoneração ou perda da condição de pensionista.

Declaro ter recebido cópia do Regulamento Geral do PLAN-ASSISTE e da Norma Complementar nº 1 do Conselho Gestor, de 21 de dezembro de 2007, e declaro estar ciente e concordar com as normas do Programa de Saúde.

Autorizo também o PLAN-ASSISTE a promover os meios necessários com vista a efetuar o desconto sobre minha remuneração/proventos, de acordo com o previsto no Regulamento Geral.

Local e data	Assinatura do titular
--------------	-----------------------

3 - PARA USO EXCLUSIVO DO PLAN-ASSISTE

- Cédula de identidade funcional (cópia)
- Comprovante de remuneração percebida no Órgão cedente ou cessionário
- Duas fotos 3 x 4
- Inscrição sem carência
- Inscrição com carência até ____/____/____

Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada

Data	Assinatura/Carimbo
------	--------------------