

HABILITAÇÃO DE DEPENDENTE COM PROCESSO ADMINISTRATIVO

DADOS DO SEGURADO *(preenchimento legível e com letra de fôrma)*

NOME			MATRICULA IPE SAÚDE
DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG	ESTADO CIVIL
ENDEREÇO			COMPLEMENTO
CIDADE/UF			CEP
EMAIL			TELEFONE e CELULAR ()

DADOS DO DEPENDENTE *(preenchimento legível e com letra de fôrma)*

NOME			SEXO
DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG	ESTADO CIVIL
ENDEREÇO			COMPLEMENTO
CIDADE/UF			CEP
EMAIL			TELEFONE e CELULAR ()

TIPO DE DEPENDÊNCIA (marque UMA opção):

COMPANHEIRO

FILHO/ENTEADO/TUTELADO/MENOR SOB GUARDA SOB CONDIÇÃO DE INVALIDEZ

MENOR SOB GUARDA / TUTELADO. Habilitando recebe proventos, benefícios assistenciais, pensão alimentícia ou rendas de qualquer natureza? Não Sim, valor total de R\$ _____

Ciente que **poderão ser solicitados, por e-mail, documentos adicionais e/ou substituição de documentos** ilegíveis e/ou de nitidez insatisfatória.

Ciente que **a falsidade das informações, declarações e documentos anexados configura CRIME** tipificado no art. 299 do Código Penal, sem prejuízo de eventual responsabilização nas esferas civil e administrativa, sujeitando-se, ainda, às sanções do art. 39 da Lei 15.145/2018.

Ciente que o processo **será arquivado em 30 dias corridos**, a contar da solicitação por email de documentos, caso não haja manifestação.

DECLARO que todas as informações prestadas são a fiel expressão da verdade e que os documentos enviados correspondem a seus originais, os quais se comprometo a apresentar, se necessário

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) segurado(a)