

Anexo IX - REQUERIMENTO DE INCLUSÃO

Nome do (a) Servidor (a):			Matricula:	
Endereço:				
Bairro:		Município:	UF:	CEP:
Tel. Comercial:		Tel. Residencial:		Celular:
RG N°:	Órgão Expedidor	Data de Emissão:	CPF n°	
Estado Civil:		Nome da Mãe:		
Data de Nascimento:	Cargo: () Efetivo () Comissionado		Local de Trabalho:	
Nacionalidade:	Naturalidade		Sexo: () Masculino () Feminino	
Apresenta Laudo Médico: () Sim () Não		Problemas de Saúde: () Visão () Audição () Outros:		
Obs.: _____ _____		_____ _____		

Acompanhamento: () Neurológico () Cardiológico () Psicológico () Outros: _____	
Alergia: () Alimentos? Quais? _____ () Medicamentos? Quais? _____	
Faz uso de medicamentos de uso contínuo? () Não () Sim Quais? _____	

Venho requerer a minha inclusão e dos meus dependentes, no caixa de Assistência à Saúde, regido por esse Instituto, declarando que estou ciente da legislação em vigor para utilização da Assistência Médica, como segurado do IPASVAL SAÚDE, estabelecida pela Lei nº 779, de 23 de janeiro de 2009 e Portaria IPASVAL-SAÚDE nº 01, de 2023.

Valparaíso de Goiás – GO, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) Requerente

Relação de Dependentes

Órgão de Lotação:	Matrícula:
-------------------	------------

Nome:			☐ Masculino ☐ Feminino	
Data de Inclusão	D. Nascimento	Grau Parentesco	CPF:	RG:
Apresenta Laudo Médico: ☐ Sim ☐ Não		Problemas de Saúde ☐ Visão ☐ Audição ☐ Outros		Toma Remédios Controlados: ☐ Sim ☐ Não Quais? _____
Acompanhamento: ☐ Neurológico ☐ Cardiológico ☐ Psicológico ☐ Outros				
Alergia: ☐ Alimentos Quais? _____ ☐ Medicamentos Quais? _____		Faz uso de medicamentos de uso contínuo? ☐ Sim ☐ Não Quais? _____		

Valparaíso de Goiás – GO, ____ de ____ de 20____.

Assinatura do (a) Requerente Titular