

**PREQUERIMENTO PARA INCLUSÃO NA QUALIDADE DE SEGURADO  
FACULTATIVO JUNTO AO SERV SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_, portador(a)  
da Cédula de Identidade RG de nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ e do CPF de nº  
\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, servidor Público Municipal, lotado(a) na Secretaria  
\_\_\_\_\_, Local de Trabalho: \_\_\_\_\_  
residente e domiciliado(a) sito à \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, nesta cidade e Comarca de  
Rondonópolis-MT, telefone \_\_\_\_\_, venho pelo presente, requerer  
a inclusão do meu dependente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ e do CPF de nº  
\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) sito à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, nesta cidade e Comarca de Rondonópolis-MT.

- Filho Maior de acordo com o Inciso IV, do Artigo 5º da Lei 4.616/2005**  
 **Genitor, de acordo com o Inciso III, do Artigo 5º da Lei 4.616/2005**

Junto ao SERV SAÚDE, na qualidade de Segurado Facultativo, podendo usufruir(em)  
dos BENEFÍCIOS médicos hospitalares oferecidos.

Em tempo, declaro de sabedor que os procedimentos Médicos/Hospitalares e  
outros, utilizado pelo meu dependente facultativo em questão, será cobrado em minha  
folha de pagamento fator moderador de 100%, ou seja, tabela cheia, além do  
desconto mensal de 1% (um por cento), sobre minha remuneração. Declaro ainda ser  
conhecedor de todas as faculdades e prerrogativas, contidas no bojo da presente Lei  
4.616/05, instituidora do **SERV SAÚDE – Instituto de Assistência à Saúde dos  
Servidores Públicos Municipais de Rondonópolis-MT**, ou seja, pagarei a tabela  
cheia dos procedimentos utilizados por meu(s) dependente(s).

Rondonópolis-MT \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Segurado Titular