### Descrição: Descrição: ServSaude

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados do(a) Titular:** | | | | | | | | | |
| Matrícula: | Nome completo sem abreviatura: | | | | | | | | |
| Data de Nascimento:  / / | Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino | | | RG/Órgão Emissor: | | | CPF: | | |
| Estado Civil: | Nome da mãe: | | | | | Nome do pai: | | | |
| Endereço (Rua/Av.) | | | | | | | | CEP: | |
| Bairro: | | | Cidade: | | | | | | UF: |
| Fone Residencial: | Celular: | | Fone Contato: | | E-mail: | | | | |
| Secretaria de origem: | | Cargo/Função: | | | | Local de Trabalho e telefone: | | | |
| ( )Concursado ( )Celetista ( )Celetista Estável ( )Aposentado ( )Pensionista ( )Comissionado | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados do(a) Cônjuge/Companheiro(a):** | | | | |
| (Dep.1) – Nome: | | | | Data de Nascimento:  / / |
| Telefone/Celular | RG/Órgão Emissor: | CPF: | Local de Trabalho e telefone: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dados dos Demais Dependentes:** | | | |
| (Dep.2) – Nome: | | | Data de Nascimento:  / / |
| Telefone: | Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino | Certidão Nasc. / RG: | CPF: |
| Parentesco: ( ) Filho Menor de 18 anos ( ) Filho Maior Incapaz ( ) Filho Maior ( )Guarda Judicial ( ) Genitor ( ) Outro | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (Dep.3) – Nome: | | | Data de Nascimento:  / / |
| Telefone: | Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino | Certidão Nasc. / RG: | CPF: |
| Parentesco: ( ) Filho Menor de 18 anos ( ) Filho Maior Incapaz ( ) Filho Maior ( )Guarda Judicial ( ) Genitor ( ) Outro | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (Dep.4) – Nome: | | | Data de Nascimento:  / / |
| Telefone: | Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino | Certidão Nasc. / RG: | CPF: |
| Parentesco: ( ) Filho Menor de 18 anos ( ) Filho Maior Incapaz ( ) Filho Maior ( )Guarda Judicial ( ) Genitor ( ) Outro | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (Dep.5) – Nome: | | | Data de Nascimento:  / / |
| Telefone: | Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino | Certidão Nasc. / RG: | CPF: |
| Parentesco: ( ) Filho Menor de 18 anos ( ) Filho Maior Incapaz ( ) Filho Maior ( )Guarda Judicial ( ) Genitor ( ) Outro | | | |

Cole a foto aqui

Dep.1

COLE A FOTO DO TITULAR AQUI

**Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Municipais de Rondonópolis-MT**

Lei Municipal nº 4.616, de 25 de agosto de 2005.

Av. João Ponce de Arruda, 1.510 – Bairro Caixa D’agua

CEP 78.700-260 – Rondonópolis-MT.(66)3423-2627-99996-2514

**Fone (66) 3423-2627 – (66)99996-2514 – www.servsaudemt.com.br**

**RECADASTRAMENTO**

***Todos os campos são de preenchimento obrigatórios-CEP-atualizado da Rua***

Cole a foto aqui

Dep.2

Cole a foto aqui

Dep.3

Cole a foto aqui

Dep.4

Cole a foto aqui

Dep.5

Rondonópolis-MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Assinatura do Servidor |  | Assinatura Cônjuge/Convivente |