



## PREFEITURA MUNICIPAL DE FELIZ

### FORMULÁRIO PARA REQUISIÇÃO DE INCLUSÃO OU NÃO ADESÃO/CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE PÚBLICO	
NOME COMPLETO:	
DATA DE NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL:
RG:	CPF:
LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO/DISTRITO:
MUNICÍPIO:	UF:
FONE:	E-MAIL:
FUNÇÃO/CARGO:	

Sirvo-me do presente para SOLICITAR a minha inclusão, exclusão e/ou cancelamento e de meus dependentes, ao Plano de Saúde IPE junto ao **MUNICÍPIO DE FELIZ**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ nº 878383300001-39, com sede na Rua Pinheiro Machado, nº 55, centro, da cidade de Feliz/RS.

Solicitação:

- Inclusão no Plano IPE, com desconto conforme legislação vigente.
- Inclusão de dependentes.
- Não adesão/Cancelamento do plano.
- Exclusão de dependentes.

Discriminar abaixo o nome completo e a data de nascimento dos dependentes.

Nome	Data de nascimento

Feliz, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do agente público

OBS.: Para concluir o procedimento de adesão ao Plano de Saúde, o servidor deverá comparecer ao Posto do IPÊ da Prefeitura.