



# FORMULÁRIO DE ADESÃO/INCLUSÃO TRT5-SAÚDE



Subseção BENEFICIÁRIOS

<b>Nome do(a) Titular:</b> (completo)		<b>Matrícula TRT5:</b>	
<b>Nascimento:</b>	<b>CPF:</b>	<b>Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino	
<b>Nome da Mãe:</b> (completo)			
<b>Estado Civil:</b> ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) União estável			
<b>Endereço:</b>			
<b>Cidade:</b>	<b>Estado:</b>	<b>CEP:</b>	<b>Tel.:</b> ( )

Vem requerer a ADESÃO/INCLUSÃO NO TRT5-SAÚDE conforme especificado abaixo:

( ) BENEFICIÁRIO TITULAR

( ) BENEFICIÁRIO DEPENDENTE

Dependentes abaixo discriminados: (previamente cadastrados na Coord. Adm. de Pessoas – CAP)

<b>Nome do Dependente:</b> (completo)			
<b>Grau de Dependência:</b> ( ) CJ – Cônjuge ( ) CP – Companheiro(a) ( ) F – Filho(a) ( ) MN) – Menor sob Guarda ou Tutela			
<b>Nascimento:</b>	<b>CPF:</b>	<b>Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino	
<b>Nome da Mãe:</b> (completo)			
<b>Estado Civil:</b> ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) União estável			

<b>Nome do Dependente:</b> (completo)			
<b>Grau de Dependência:</b> ( ) CJ – Cônjuge ( ) CP – Companheiro(a) ( ) F – Filho(a) ( ) MN) – Menor sob Guarda ou Tutela			
<b>Nascimento:</b>	<b>CPF:</b>	<b>Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino	
<b>Nome da Mãe:</b> (completo)			
<b>Estado Civil:</b> ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) União estável			

*Declaro estar ciente das condições estabelecidas pelo Regulamento do TRT5-Saúde, Ato TRT5 nº 48/2015, e comprometo-me a observar as disposições nele contida quando da utilização dos serviços oferecidos.*

*Declaro, também, que não recebo auxílio semelhante nem participo de outro programa de assistência a saúde de servidor custeado, ainda que em parte, pelos cofres públicos da União, tanto na condição de titular quanto na de meus dependentes. Decreto nº 4.978 de 03.02.2004 e Decreto nº 5.010 de 09.03.2004.*

*Autorizo que seja consignado, em Folha de Pagamento do TRT da 5ª Região, o desconto do valor relativo às contribuições mensais e às coparticipações devidas por mim e meus dependentes.*

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

**Obs.: As inclusões solicitadas até o dia 15 do mês terão efeito a partir do dia 1º do mês seguinte.**

Com efeitos a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(preenchimento exclusivo da SAPS)