

A PRESIDENTE DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DE VALPARAISO DE GOIAS IPASVAL/SAÚDE.

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 dependentes abaixo relacionados, no Fundo 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 nº20, de 13 de setembro de 2016. Assim afirmo que recebi a portaria em vigor, junto ao guia médico local.

N. Termos,

P. Deferimento

Pedido Deferido

Pedido Indeferido

Data: ____/____/____

Magrila Maria Rodrigues Torres Lima
Diretora do IPASVAL SAÚDE

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

Assinatura do (a) Requerente

Relação de Dependentes

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

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

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

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

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

Assinatura do (a) Requerente Titular

CNPJ 09.456.779/0001-29 – Fone (61) 3627-9077 – Quadra 01 Lote 15/18 –
Área especial – Valparaíso de Goiás - GO