

ANEXO V



PREFEITURA DO RECIFE
AUTARQUIA MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTENCIA A SAÚDE DOS SERVIDORES
GERÊNCIA DO SAÚDE RECIFE
DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA- PAIS

**SAÚDE
RECIFE**

Eu, _____,
matricula nº _____, CPF, nº _____ declaro, sob as penas da lei, que
não possuo cônjuge ou companheiro(a) nem filhos de qualquer idade e que meus pais não
possuem renda superior a duas vezes o valor da menor remuneração paga pelo município aos seus
servidores, conforme exigência da Art. 7º, § 3º, da Lei Municipal Nº 17.082/2005 com as
alterações das Leis 17.326/2007 e 17.527/2009. para a prestação de assistência à saúde no
âmbito do Município do Recife.

Estou ciente de que qualquer informação falsa poderá acarretar a minha exclusão e a de
meus dependentes no sistema de saúde do SAÚDE RECIFE.

Recife, _____ de _____ 201_____

Assinatura

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

_____, declaro que resido neste endereço abaixo discriminado.

Endereço _____

Nº _____ complemento _____

Bairro _____ Município _____ CEP: _____

Telefone () _____

Recife, _____ de _____ de 20

Por ser da verdade firmo o presente

FORMULÁRIO PARA ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO DO TITULAR

01 IDENTIFICAÇÃO BENEFICIÁRIO (A):											
<input type="checkbox"/> ATIVO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA	<input type="checkbox"/> INSS								
01 NOME DO TITULAR											
02 DATA NASCIMENTO			03 IDENTIDADE				04 CPF				
05 NOME DA MÃE											
06 SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		07 ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO			<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> VIUVO	<input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL			
08 NOME CONJUGE											
09 DATA NASCIMENTO DO CÔNJUGE			10 IDENTIDADE				11 CPF CONJUGE				
12 ENDEREÇO											
13 AV.,RUA,TRAVESSA ETC..											
14 NÚMERO			15 BAIRRO								
16 COMPLEMENTO							17 CEP				
18 MUNICÍPIO									19 UF		
20 TELEFONE				21 CELULAR							
22 E-MAIL											
23 DADOS FUNCIONAIS											
24 POSSUI VÍNCULO PÚBLICO		<input type="checkbox"/> SIM?	<input type="checkbox"/> NÃO?								
<input type="checkbox"/> CARGO EFETIVO	<input type="checkbox"/> EMPREGO PÚBLICO	<input type="checkbox"/> CARGO EM COMISSÃO	<input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO								
25 NOME DO ÓRGÃO DE ORIGEM											
26 MATRÍCULA		27 TELEFONE				28 RAMAL					
29 ESTÁ CEDIDO A OUTRO ÓRGÃO		<input type="checkbox"/> SIM?	<input type="checkbox"/> NÃO?								
30 NOME DO ÓRGÃO AO QUAL ESTA CEDIDO (A)											
31 DATA DA CESSÃO:											
32 MATRÍCULA		33 TELEFONE				34 RAMAL					
35 NOME DO ÓRGÃO AO QUAL ESTA VINCULADO (A)01											
36 DATA DA CESSÃO:											
37 MATRÍCULA		38 TELEFONE				39 RAMAL					
40 NOME DO ÓRGÃO AO QUAL ESTA VINCULADO (A)02											
41 DATA DA CESSÃO:											
42 MATRÍCULA		43 TELEFONE				44 RAMAL					
45 DATA ADESAO AO SAÚDE RECIFE											
46 NÚMERO DO CARTÃO											

47 DEPENDENTES

48 DEPENDENTE 01

Grid for dependent 01 identification number

49 IDENTIDADE

Grid for dependent 01 identity number

50 CPF

Grid for dependent 01 CPF number

51 DATA NASCIMENTO

Grid for dependent 01 date of birth

52 SEXO

Sex selection: M F

53 PARENTESCO

Grid for dependent 01 relationship

54 DEPENDENTE 02

Grid for dependent 02 identification number

55 IDENTIDADE

Grid for dependent 02 identity number

56 CPF

Grid for dependent 02 CPF number

57 DATA NASCIMENTO

Grid for dependent 02 date of birth

58 SEXO

Sex selection: M F

59 PARENTESCO

Grid for dependent 02 relationship

60 DEPENDENTE 03

Grid for dependent 03 identification number

61 IDENTIDADE

Grid for dependent 03 identity number

62 CPF

Grid for dependent 03 CPF number

63 DATA NASCIMENTO

Grid for dependent 03 date of birth

64 SEXO

Sex selection: M F

65 PARENTESCO

Grid for dependent 03 relationship

66 DEPENDENTE 04

Grid for dependent 04 identification number

67 IDENTIDADE

Grid for dependent 04 identity number

68 CPF

Grid for dependent 04 CPF number

69 DATA NASCIMENTO

Grid for dependent 04 date of birth

70 SEXO

Sex selection: M F

71 PARENTESCO

Grid for dependent 04 relationship

72 DEPENDENTE 05

Grid for dependent 05 identification number

73 IDENTIDADE

Grid for dependent 05 identity number

74 CPF

Grid for dependent 05 CPF number

75 DATA NASCIMENTO

Grid for dependent 05 date of birth

76 SEXO

Sex selection: M F

77 PARENTESCO

Grid for dependent 05 relationship

Declaro estar ciente sobre o inteiro teor da lei municipal nº. 17.082/2005 e com as alterações contida nas leis 17.326/2007 e 17.527/2009, além das minhas obrigações como titular e dos meus dependentes como beneficiários do sistema de saúde Saúde Recife.

Declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pela declaração prestada, firmo a presente.

Recife, ____ de ____ 201__

78 COMPROVANTE DE ENTREGA DO RECASTRAMENTO



ATIVO

APOSENTADO

PENSIONISTA

INSS



COMPROVANTE DE RECADSATRAMENTO SAÚDE RECIFE

Nome do Titular: _____

Atendente _____ Mat/Carimbo _____ em ____ / ____ / ____

Lei Municipal Nº 17.082/2005 com as alterações das Leis 17.326/2007 e 17.527/2009 para a prestação de assistência à saúde no âmbito do Município do Recife.