



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

CADASTRO PARA RESSARCIMENTO À SAÚDE SUPLEMENTAR

Dados do Solicitante

Nome:	
Siape nº:	CPF:
Unidade de Lotação:	
Cargo:	Situação: () Ativo () Aposentado () Pensionista

Opção

() Incluir Servidor/Beneficiário

() Excluir Servidor/Beneficiário

() Incluir Dependente(s)

() Excluir Dependente(s)

_____, ____/____/____. _____
Assinatura do Solicitante



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

Dados do(s) Dependente(s)

Nome:			Parentesco:			
Sexo: () Masculino () Feminino			Nacionalidade:			
Data de Nascimento: ___/___/___	UF:	Registro:	Folha:	Livro:		
Número de Matrícula de Registro:						
CPF:		Nome do Cartório:				
Nome da Mãe:						

Nome:			Parentesco:			
Sexo: () Masculino () Feminino			Nacionalidade:			
Data de Nascimento: ___/___/___	UF:	Registro:	Folha:	Livro:		
Número de Matrícula de Registro:						
CPF:		Nome do Cartório:				
Nome da Mãe:						

Nome:			Parentesco:			
Sexo: () Masculino () Feminino			Nacionalidade:			
Data de Nascimento: ___/___/___	UF:	Registro:	Folha:	Livro:		
Número de Matrícula de Registro:						
CPF:		Nome do Cartório:				
Nome da Mãe:						

Nome:			Parentesco:			
Sexo: () Masculino () Feminino			Nacionalidade:			
Data de Nascimento: ___/___/___	UF:	Registro:	Folha:	Livro:		
Número de Matrícula de Registro:						
CPF:		Nome do Cartório:				
Nome da Mãe:						