



Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA  
Pro-Reitoria de Gestão de Pessoas – PROGEP  
Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV  
Telefone: (93) 2101-6535 E-mail: [sqv.ufopa@gmail.com](mailto:sqv.ufopa@gmail.com)

## REQUERIMENTO DE CADASTRO/INCLUSÃO EM PLANO DE SAÚDE GEAP

Em, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

À Diretora de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV,

Com os devidos cumprimentos, solicito a Vossa Senhoria a efetuação de **cadastro/inclusão** no plano de saúde GEAP.

( ) Cadastro de servidor                      ( ) Inclusão de dependente(s)

|                    |   |               |
|--------------------|---|---------------|
| Nome do servidor:  |   |               |
| Cargo:             | Data de Nascimento: ____/____/____      |               |
| Matrícula SIAPE:   | Lotação:                                |               |
| Telefone:          | E-mail:                                 |               |
| Nome do Dependente | Relação de dependência (filho, cônjuge) | Data de Nasc. |
|                    |   |               |
|                    |   |               |
|                    |   |               |

### Documentação necessária para o cadastro:

#### 1. Para o servidor:

- Requerimento de solicitação e formulário devidamente preenchido e assinado da proposta de adesão - *específico para o plano escolhido*;
- Cópia do CPF e RG do servidor;
- Cópia do último contra cheque;
- Cópia do comprovante de residência.

#### 2. Para os dependentes do servidor:

- Requerimento de solicitação e formulário devidamente preenchido e assinado da proposta de adesão - *específico para o plano escolhido*;
- Cópia da certidão de nascimento (nos casos de filhos);
- Cópias do CPF e do RG de todos os dependentes (RG obrigatório apenas para maiores de idade);
- Cópia da certidão de casamento (nos caso de cônjuge); e
- Declaração de união estável e mais dois documentos que comprovem a união, nos casos de união estável.

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob as penas da Lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.

---

Assinatura do Requerente