



**Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE**



**FICHA DE INSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS**

**1 – DADOS DO(A) TITULAR (Preencher com letra de forma)**

1 – Nome	2 – Matrícula
----------	---------------

**2 – DADO(S) DO(S) BENEFICIÁRIOS**

1 – Nome do(a) beneficiário(a)				
2 – Tipo de Dependência				
<input type="checkbox"/> Filhos acima de 21 anos, solteiros e dependentes econômicos	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos, entre 18 e 21 anos ( ex-guarda ou tutela)	<input type="checkbox"/> Pessoas sob curatela e dependentes econômicos		
<input type="checkbox"/> Enteados acima de 21 anos, solteiros e dependentes econômicos	<input type="checkbox"/> Ex-cônjuge/ex-companheiro decisão judicial ou escritura pública	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos e estudantes , entre 21 e 24 anos ( ex-guarda ou tutela )		
3 – Nome da mãe		4 – Nome do pai		
5 – Sexo	6 – Estado Civil	7 – Nacionalidade	8 – Naturalidade	9 – UF
10 – Data de Nascimento	11 – CPF	12 – Identidade	13 – Órgão Emissor / UF	

1 – Nome do(a) beneficiário(a)				
2 – Tipo de Dependência				
<input type="checkbox"/> Filhos acima de 21 anos, solteiros e dependentes econômicos	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos, entre 18 e 21 anos ( ex-guarda ou tutela)	<input type="checkbox"/> Pessoas sob curatela e dependentes econômico		
<input type="checkbox"/> Enteados acima de 21 anos, solteiros e dependentes econômicos	<input type="checkbox"/> Ex-cônjuge/ex-companheiro decisão judicial ou escritura pública	<input type="checkbox"/> Pessoas solteiras, sem rendimentos e estudantes , entre 21 e 24 anos ( ex-guarda ou tutela )		
3 – Nome da mãe		4 – Nome do pai		
5 – Sexo	6 – Estado Civil	7 – Nacionalidade	8 – Naturalidade	9 – UF
10 – Data de Nascimento	11 – CPF	12 – Identidade	13 – Órgão Emissor / UF	

**3 – TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência de fatos que determinam a exclusão do(s) dependente(s) indicados, tais como: óbito do dependente; alteração do estado civil e fim da dependência econômica.

Estou ciente de que a minha contribuição mensal sofrerá o acréscimo, por dependente incluso, de 1,5% da maior remuneração do cargo de analista do Ministério Público da União, considerando-se para este fim o somatório do vencimento básico e GAMP (art. 1º, § 4º da norma Complementar nº 9 do Regulamento Geral do Plan-Assiste).

Estou ciente ainda de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido sujeitar-me-á às penalidades previstas em norma específica e no Regulamento Geral do Plan-Assiste.

Local e Data	Assinatura do Titular
--------------	-----------------------

**4 – PARA USO EXCLUSIVO DO PLAN-ASSISTE**

Data de Inscrição ____/____/____	Data de entrada em Exercício ____/____/____
<input type="checkbox"/> Cédula de Identidade (cópia)	<input type="checkbox"/> Inscrição com carência
<input type="checkbox"/> Comprovação das condições exigidas pela norma do programa relativas à vida em comum, matrícula escolar, guarda ou tutela e Imposto de Renda	90 dias - até ____/____/____
<input type="checkbox"/> Cópia da certidão de registro civil	180 dias - até ____/____/____
<input type="checkbox"/> Inscrição sem carência	300 dias - até ____/____/____
	24 meses - até ____/____/____

Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada

Local e Data	Assinatura / Carimbo
--------------	----------------------