

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INCLUSÃO DE MENOR SOB GUARDA DEFINITIVA

1. ÚLTIMO CONTRACHEQUE;
2. RG/CPF DO SEGURADO(A);
3. “TERMO DE GUARDA OU TUTELA **DEFINITIVO**” JUDICIAL DO PRETENSO BENEFICIÁRIO AUTENTICADO EM CARTÓRIO;
4. DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA (**EM ANEXO em nome da(o) dependente**), COM ASSINATURA DO SEGURADO, DO DEPENDENTE E 2 (DUAS) TESTEMUNHAS, TODAS RECONHECIDAS FIRMA EM CARTÓRIO.
5. COPIA DOS DOCUMENTOS DAS TESTEMUNHAS:
 - RG, CPF e
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
6. CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO TUTELADO;
7. CERTIDÃO NEGATIVA EM NOME DO DEPENDENTE DA PREVIDÊNCIA (**DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIOS - INSS**) (**RETIRADA NO SITE MEU.INSS**)
8. CERTIDÃO NEGATIVA EM NOME DO DEPENDENTE (**IPERON**) (*Presencialmente*)
9. CERTIDÃO NEGATIVA EM NOME DO DEPENDENTE (**IPAM**) (*Solicitar na DIBEN-IPAM*)
10. FIS (SOLICITAR NO CADASTRO/IPAM)

SENDO O QUE TÍNHAMOS PARA O MOMENTO SUBSCREVEMOS.

Obs.: 1 - Qualificação completa do pretenso dependente, nacionalidade estado civil, N° do RG e CPF, com cópias devidamente conferidas com a original.

Obs.: 2 - Anexar cópias dos documentos pessoais e, comprovante de residência (inclusive das testemunhas).

Obs.: 3 - As testemunhas não podem possuir grau parentesco entre si, e nem residirem sob o mesmo teto.

Obs.: 4 - De acordo com o art. 12§ da Lei Complementar 841/21- *Os titulares dos serviços de Assistência à saúde, contribuirão com o percentual de 1%(um por cento), por cada dependente incluído.*

DÚVIDAS TEL.: (69) 2181-1346 - E-MAIL: dicage@ipam.ro.gov.br



REQUERIMENTO DE INSTITUIÇÃO DE DEPENDENTE – RID

A Senhora Diretora-Presidente Interina do IPAM
PRISCILLA BEZERRA GIROTO FARIAS LIMA

M. D. Diretora-Presidente do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Município de Porto Velho – IPAM

Nome do(a) Segurado(a) _____

Tipo de Regime _____ Órgão de Origem _____ Abaixo assinado(a),

CPF N° _____ - _____ vem à presença de Vossa Senhoria requer a **INCLUSÃO** do(a) dependente
_____ data de nascimento: ____/____/____.

Para: ☐ Assistência Médica ☐ Inclusão do desconto de 1%(um por cento) do(s) dependente(s).

De acordo com o que dispõe a Lei Complementar nº 841/2021 e Portaria nº 216/2021 na condição de:

- ☐ Companheiro(a);
- ☐ Filho(a) Universitário;
- ☐ Filho(a) legítimo ou ilegítimo, adotivo, inválido(a) ou incapaz para trabalho com qualquer idade;
- ☐ Pessoa inválida ou incapaz que vive sob guarda a sustento;
- ☐ Menor sob tutela ou responsabilidade;
- ☐ Designados (Pai ou Mãe)
- ☐ Irmão não emancipado com menoridade civil ou inválido;
- ☐ Exclusão de Dependente;

Outros: _____

Declaro que estou ciente do Art. 12 § 7º, da Lei Complementar nº 841/2021 que estabelece quanto:

§ 2º Os titulares dos serviços de Assistência à Saúde, contribuirão com o percentual de 1% (um por cento), por dependente incluído.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Porto Velho/RO _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Segurado(a)

AV/Rua: _____ N° _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Tel.: _____

Ponto de Referência: _____



DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA FILHO(A) MENOR SOB GUARDA

Declaro para os devidos fins, que o Sr.(a) _____ brasileiro(a), Estado _____ Civil _____, Profissão _____, portador do RG _____ SS/____, e do CPF _____, residente e domiciliado a _____ N° _____ Bairro _____, vive sob a minha dependência econômica de acordo com a Lei Complementar nº 227/05 e 238/05-IPAM e nos termos do art. 1º da Lei 7.115 de 29 agosto de 1983, que dispõe sobre prova documental, com entendimento firmado pela TCU na DC-0157-11/92-2ª, Sessão de 02/04/1992, Processo TC-012.656/91-7, publicada no D.O.U. de 16/04/1992. Declaro ainda, por força do disposto nos artigos 2º e 3º do referido diploma legal, que estou ciente das responsabilidades Administrativas e que constitui crime prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, bem assim, das penalidades que variam de 01 (um) a 03 (três) anos de reclusão e multa, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Porto Velho - RO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Segurado

Assinatura do Dependente

TESTEMUNHAS:

Assinatura

RG _____

C.P.F. _____

Endereço: _____

Assinatura

RG _____

C.P.F. _____

Endereço: _____

