
Título: Requerimento para Contribuição Ipasgo Saúde de Comissionados sob Licença Médica

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-RIPLCLM - V.10

Fase: Vigente

Nome _____

Rua _____ N.º _____ Quadra _____ Lote _____

Setor _____ Cidade: _____

CPF _____ RG: _____

Matrícula IPASGO nº _____

Telefones: Res/Com _____

Data do Início da Concessão da Licença Médica ____/____/____

Documentos Apresentados:

- () Cópia da Carteira de Identidade e CPF
- () Cópia do último contracheque
- () Declaração do órgão de que o segurado está de licença médica
- () Documento do INSS mostrando a data do exame médico (perícia)
- () Cópia de comprovante de endereço
- () Cópia de comprovante bancário

_____, ____ de _____ de 2 ____.

Assinatura do Requerente