

SOLICITAÇÃO DE REINGRESSO			
NOME		CPF	
NACIONALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO/CARGO	
ENDEREÇO		COMPLEMENTO	
CIDADE/UF		CEP	
EMAIL		TELEFONE ()	
<input type="checkbox"/> Solicito REINGRESSO no IPE Saúde, desejando que seja descontada a contribuição para a referida Assistência à Saúde de todos os meus vencimentos.			
LEIA COM ATENÇÃO: O reingresso só se dará mediante anexo de cópia do RG e CPF O eventual desligamento do Sistema IPE Saúde ocorrerá de conformidade com o Art. 34 da Lei Complementar 15145/2018 e Resolução 01/2018			
<input type="checkbox"/> Confirmo que li e estou ciente das informações acima.			
_____, ____ de _____, _____ de _____.			
_____ Assinatura do(a) requerente			