**SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO AUXÍLIO INDENIZATÓRIO SAÚDE**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO SERVIDOR** | |
| **NOME:** | |
| **SIAPE:** | **CPF:** |
| **LOTAÇÃO:** | **Tel: ()** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RELAÇÃO DE DEPENDENTES** | | | | |
| **Nome do Dependente** | **CPF** | **Data de Nascimento** | **Grau de Dependência** | **Sexo** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |

*VENHO REQUERER o auxílio de caráter indenizatório mediante ressarcimento, referente à assistência à saúde suplementar, nos termos da Portaria Normativa SEGRT/MPDG nº 1/2017.*

*Estou ciente que a declaração falsa constitui falta grave, devendo comunicar formalmente a DiAPe/ProGPe qualquer alteração referente à manutenção do atual plano de saúde, bem como entregar sempre no mês de ABRIL de cada exercício, os boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento, referente aos últimos 12 (doze) meses, sob pena de ter o benefício suspenso ou cancelado, e de instauração de processo administrativo visando à reposição ao erário.*

*Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, em conformidade com a legislação vigente.*

|  |  |
| --- | --- |
| , \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.  Local e Data | Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ANEXAR CÓPIA DOS SEGUINTES DOCUMENTOS:**

1) Contrato do Plano de Saúde na íntegra assinado, onde conste a titularidade (obrigatoriamente o servidor) e os seus dependentes;

2) Último comprovante de pagamento do Plano (carnê, boleto ou recibo);

3) Tabela de valores cobrados pelo Plano, com identificação de quais valores são devidos pelo titular e por beneficiário;

4) RG e CPF dos dependentes;

5) Certidão de nascimento dos filhos ou dependentes com provisão de guarda judicial.

6) Comprovante de matrícula atualizado de instituição de ensino regular reconhecido pelo MEC, caso o filho(a) ou legalmente constituído, esteja na faixa etária entre 21 e 24 anos. Nesse caso o servidor deverá apresentar **semestralmente** (sempre nos meses de março e agosto) o comprovante de matrícula dos dependentes;

7) Certidão de casamento ou escritura pública declaratória de união estável com companheiro (a) ou relação homoafetiva.

Procedimento efetuado na folha de \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_