**REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR** (PORTARIA NORMATIVA Nº 05 DE 11/10/2010)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O recebimento da assistência à saúde suplementar (per capita) está condicionado ao preenchimento do presente requerimento em todos os seus campos e a inclusão dos seguintes documentos comprobatórios:   * Contrato de prestação de serviços ou declaração da operadora acerca da cobertura do plano de saúde contratado, constando o nome do titular (**obrigatoriamente o servidor**) e os seus dependentes; * CPF, RG e Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável com companheiro (a) ou relação homo afetiva; * CPF, RG e Certidão de Nascimento dos filhos, enteados e menor sob guarda, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez; * CPF, RG, Certidão de Nascimento e Comprovante de Matrícula dos filhos e enteados, ou sob guarda, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação. **Apresentar declaração de matrícula à DGP/DAAF todo semestre**; * Comprovante de pagamento da última mensalidade. **Obs.:** Não há necessidade para o caso de servidores com plano contratado por operadoras que já nos enviam uma listagem mensal de quitação do pagamento. | | | | | | | | | |
| SIAPE   |  | | --- | |  | | NOME DO SOLICITANTE   |  | | --- | |  | | | | | | NASCIMENTO   |  | | --- | |  | | | | CAMPUS   |  | | --- | |  | |
| E-MAIL   |  | | --- | |  | | | TELEFONE/RAMAL   |  | | --- | |  | | | | CARGO   |  | | --- | |  | | | | | |
| NOME/TIPO DO PLANO DE SAÚDE   |  | | --- | |  | | | | | | | | | | |
| SITUAÇÃO FUNCIONAL  Ativo Inativo Pensionista | | | Inclusão Exclusão Alteração do Plano | | | | | | |
| Venho requerer também a assistência à saúde suplementar de caráter indenizatório, por dependente legal: | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO DO DEPENDENTE   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | | | | | DATA DE NASCIMENTO   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | | | | | GRAU DE PARENTESCO   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Comprometo-me a encaminhar para saude@ifrj.edu.br cópias do boleto ou comprovante de pagamento emitido pela operadora até 28 de abril do ano subsequente.  Estou ciente que a ausência deste documento suspenderá automaticamente o ressarcimento.  Declaro que as informações prestadas neste requerimento são verdadeiras sob as penas da Lei e autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.  Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  \*O Requerente deve ser incluído como assinante deste documento no momento de seu Cadastro no SIPAC e somente após asinatura digital, o mesmo poderá ser autuado. | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | |