**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. |
|  |  |  |