|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR** (PORTARIA NORMATIVA Nº 01 DE 09/03/2017) |
| 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 EMAIL    TELEFONE/RAMAL CARGO NOME/TIPO DO PLANO DE SAUDE |
| **INCLUSÃO EXCLUSÃO ALTERAÇÃO DO PLANO** |
| **SITUAÇÃO FUNCIONAL:** ATIVO INATIVO PENSIONISTA |
| Venho requerer também a assistência à saúde suplementar de caráter indenizatório, por dependente legal:  NOME COMPLETO DO DEPENDENTE NASCIMENTO 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.  Local: Data:  \*O Requerente deve ser incluído como assinante deste documento no momento de seu Cadastro no SIPAC e somente após assinatura digital, o mesmo poderá ser autuado. |