



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
SÃO PAULO

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional
Diretoria de Administração de Pessoal
Diretoria Adjunta de Cadastro e Pagamento de Pessoal

REQUERIMENTO – RESSARCIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PROCESSO SUAP: _____

Nome:			
Matrícula SIAPE:		Câmpus de Exercício:	
Telefone - Ramal:		Telefone Celular:	
E-mail:			
Nome Completo do Cônjuge/Companheiro(a):			
O Cônjuge/Companheiro(a) é servidor(a) Público(a)? () SIM () NÃO			
Nome do Plano de Saúde:			
() Inclusão () Inclusão de Dependente(s) () Comprovação de Pagamento Anual () Cancelamento () Exclusão de Dependente(s) () Alteração no valor do plano			
IDENTIFICAÇÃO DO(S) DEPENDENTE(S) PARA PERCEPÇÃO DO RESSARCIMENTO À SAÚDE			
Nome Completo	C.P.F.	Grau de Parentesco	Data de Nascimento

No caso de inclusão, o servidor deverá apresentar junto com o requerimento cópia legível dos seguintes documentos:

- 1) Termo de Adesão ou Declaração do Plano de Saúde com a data de vigência;
- 2) Comprovante de pagamento/Recibo referente ao mês da inclusão.

Caso houver Dependentes:

- 1) Certidão de Casamento (Cônjuge) ou Declaração de União Estável e Certidão de Nascimento (Titular e Companheiro);
- 2) Certidão de Nascimento do(s) dependente(s) do Plano (Filhos/Enteados);
- 3) Comprovante de Matrícula em curso superior do(s) filho(s)/enteadado(s) maior(es) de 21 anos e Declaração de Dependência Econômica;
- 4) RG e CPF do(s) dependente(s).

Estou ciente que a declaração falsa constitui falta grave, passível de aplicação de penalidade disciplinar, por meio de Processo Administrativo Disciplinar.

Local: _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____