



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Universidade Federal de Sergipe
Departamento de Avaliação e Assistência ao Servidor

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE AUXÍLIO SAÚDE

Solicito o pagamento do **AUXÍLIO SAÚDE** a partir de ___/___/___, nos termos do art. 26 da Portaria Normativa SRH nº 5, publicada no Diário Oficial da União em 11/10/2010.

1-DADOS DO TITULAR

1-Nome do TITULAR do Plano de Saúde		2-Matrícula SIAPE	
3 – Situação Funcional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
() Ativo Permanente () Aposentado () Pensionista			
4 - Lotação			5-Ramal
6-Cargo/Função		7-CPF	
8- Endereço Residencial		9 – Telefone Residencial	10- Celular
11- Bairro	12-Cidade	13-UF	14-CEP
15-Endereço Eletrônico(E-mail)			

2-DADOS DOS DEPENDENTES

DEPENDENTE 1 - Nome		
Data de Nascimento	Parentesco	CPF
DEPENDENTE 2 - Nome		
Data de Nascimento	Parentesco	CPF
DEPENDENTE 3 - Nome		
Data de Nascimento	Parentesco	CPF
DEPENDENTE 4 - Nome		
Data de Nascimento	Parentesco	CPF
Declaro para os devidos fins que as informações aqui prestadas são verdadeiras e estou ciente que qualquer omissão constitui presunção de má-fé e é considerado crime, previsto no Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Comprometo-me a manter a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas informada das alterações bem como das inclusões e/ou exclusões de nomes ou quaisquer outras informações presentes nesta declaração, bem como apresentar a qualquer momento documentos ou comprovantes para averiguações		
16-Local e data	17-Assinatura do Titular	



**Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Universidade Federal de Sergipe
Departamento de Avaliação e Assistência ao Servidor**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE:

I - na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

II - na qualidade de dependente do servidor:

- a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21(vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os filhos e enteados, 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; e
- f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

III - pensionistas de servidores de órgãos ou entidades do SIPEC.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Contrato assinado com a operadora do Plano de Saúde;
- Termo de Adesão;
- Boleto de pagamento;
- Em caso de haver dependentes:
 - Cônjuge/Companheiro(a): Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável e CPF.
 - Filhos e/ou enteados: Certidão de Nascimento e CPF