



INSTITUTO FEDERAL

Mato Grosso

Reitoria

Diretoria Sistêmica de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DO RESSARCIMENTO DO AUXÍLIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

CARGO: _____ SIAPE: _____

CAMPUS: _____ LOTAÇÃO: _____

E-MAIL: _____ TELEFONE: _____

2. DEPENDENTES*

CÔNJUGE/COMPANHEIRO ou EX-CÔNJUGE	DATA DE NASCIMENTO
FILHO(S)/ENTEADO(S)	DATA DE NASCIMENTO

*Devem estar cadastrados no SIAPE.

3. IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE - EXCETO GEAP*

PLANO DE SAÚDE	NÚMERO DO CONTRATO
CASO O PLANO DE SAÚDE POSSUA CONVÊNIO	
() SINASEFE – Seção Sindical _____ () COOPERTEC	
() AASPB	

*O valor do auxílio saúde na modalidade autogestão é repassado diretamente à Fundação de Seguridade Social GEAP, mediante o pagamento de fatura.

4. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- a) Contrato firmado com a operadora de saúde;
- b) Comprovante de pagamento da última prestação;
- c) Certidão de nascimento dos filhos ou dependentes com provisão de guarda judicial;
- d) Declaração de ser estudante de Instituição de Nível Superior reconhecido pelo MEC – no caso de filho dependente legalmente constituído e tiver idade entre 21 e 24 anos;
- e) Certidão de casamento ou declaração de união estável;
- f) Cópia do CPF dos Dependentes.

Declaro estar **CIENTE** que deverei comprovar o pagamento das próximas mensalidades até o último dia útil do mês de abril do próximo exercício financeiro.

_____, _____ de _____ de _____. _____
LOCAL E DATA SERVIDOR(A)