



**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)