



REQUERIMENTO AUXÍLIO-SAÚDE

Nome:		
CPF:	Matrícula SIAPE:	
Telefones:	E-mail:	
Situação funcional: () Servidor () Aposentado () Pensionista () Outros _____		
Solicitação para o(s) seguinte(s) beneficiário(s):		
<input type="checkbox"/> Só o Requerente <input type="checkbox"/> Só o(s) dependente(s) <input type="checkbox"/> Requerente e o(s) dependente(s)		
Solicito a IMPLANTAÇÃO DO RESSARCIMENTO PER CAPITA , a título de indenização referente à assistência à saúde suplementar, nos termos da Portaria Normativa SEGRT/MPOG nº. 01, de 09 de março de 2017, publicada no D.O.U. em 10 de março de 2017, conforme documentação em anexo.		
Nome do(s) dependente(s)	Tipo de dependente (filho, cônjuge e etc.)	Data de Nascimento
Estou ciente de que o recebimento do Auxílio-Saúde é condicionado à entrega, uma vez ao ano , até o último dia útil do mês de abril , na Secretaria da PROGEP, independentemente do mês de apresentação do requerimento , dos boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento ou declaração da operadora ou administradora de benefícios , discriminando valores mensais por beneficiário , bem como atestando sua quitação ou outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.		
Documentação obrigatória:		
<ul style="list-style-type: none">• Contrato de plano de saúde;• Declaração da operadora de saúde de que o plano atende às normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e à Portaria Normativa SEGRT /MPOG nº. 01, de 09 de março de 2017. (apenas para o caso do plano ter sido contratado após vigência da Lei nº 9656/98, ou seja: após 01 de setembro de 1998).		
<input type="checkbox"/> O(A) requerente declara que não é beneficiário(a) de nenhum outro Plano com Ressarcimento per capita proveniente do Governo Federal.		
Para incluir dependente(s), anexar os seguintes documentos obrigatórios:		
<ul style="list-style-type: none">• Comprovante de dependência no Contrato ou em Termo Aditivo ao Plano de Saúde do requerente;• Filho, enteado ou menor sob a guarda do servidor(a): Cópias da Certidão de Nascimento, CPF e para dependente com idade entre 21 e 24 anos: Comprovante de vínculo com instituição regular de ensino reconhecida pelo MEC e comprovante de dependência econômica ;• Cônjuge ou companheiro(a): Certidão de casamento ou declaração de união estável e CPF do cônjuge ou companheiro.		
<input type="checkbox"/> O(A) requerente declara que nenhum dependente é beneficiário de nenhum outro Plano com Ressarcimento per capita proveniente do Governo Federal.		
Declaro que as informações, acima prestadas, são verdadeiras, e comprometo-me a informar quaisquer alterações referentes à atualização de dados constantes nesta ficha, e/ ou relacionado aos dependentes, que importem perda de auxílio, bem como eventual mudança ou desligamento do plano de saúde, sob pena de devolução dos valores indevidamente recebidos.		
Macapá - AP, _____ de _____ de _____		

Assinatura do(a) Requerente		