MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PIAUÍ
REITORIA
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

REQUERIMENTO
ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR
PORTARIA NORMATIVA Nº 05, DE 11/10/2010

MAT. SIAPE:	NOME DO SERVIDOR/PENSIONISTA:

CARGO:	CAMPUS:	E-MAIL:

SITUAÇÃO FUNCIONAL:	❑ Ativo	❑ Inativo	❑ Pensionista	TELEFONE / RAMAL

Venho requerer junto à Diretoria de Gestão de Pessoas, o ressarcimento do Per Capita - Saúde Suplementar de caráter indenizatório por dependente legal, a partir do vencimento referente ao mês de _____.

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		
8-		

_____ _____/_____/_____ _____
Local Data Assinatura do Titular

Exclusivo da DIGEP
Deferimos a inscrição do servidor ( )
Deferimos a inscrição do(s) dependente(s) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Indeferimos a inscrição do servidor ( )
Indeferimos a inscrição do(s) dependente(s) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

_____ _____/_____/_____
Local Data

AUTORIZADOR

Documentos necessários:

TITULAR (Identidade, CPF, último contracheque, proposta de adesão, contrato e comprovante de pagamento do plano de saúde).
DEPENDENTE (CPF, certidão de casamento ou declaração de união estável, certidão de nascimento dos filhos e enteados até 21 anos. Filhos entre 21 e 24 anos acrescentar cópia do imposto de renda e matrícula de curso regular reconhecido pelo MEC).
OBS: Planos conveniados (GEAP, ALIANÇA, ASSIFPI, não haverá necessidade de entregar boleto na Coordenação).