

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS / UNIFAL-MG**  
**Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas**

**REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
SUPLEMENTAR**

<b>Nome:</b>	
<b>Situação:</b> ( ) Ativo ( ) Aposentado	
<b>Matrícula Siape:</b>	<b>Telefone:</b>
<b>Cargo:</b>	
<b>Lotação:</b>	
<b>e-mail</b>	
<b>Plano de Saúde:</b>	
<b>Requerimento:</b> ( ) Inicial ( ) Inclusão de Dependente ( ) Alteração de Plano	

Valor do plano para o titular do plano (servidor(a) ativo ou aposentado):

\_\_\_\_\_

**DEPENDENTES (somente cônjuge ou companheiro(a) na união estável ou filhos até 20 anos)**

Nome	Grau Parentesco	Data Nascimento	Valor da mensalidade

Obs.: Se o plano **NÃO** for com mensalidade por pessoa, preencher somente o valor da mensalidade para o titular do plano.

**DEPENDENTES (filhos entre 21 e 24 anos)**

Nome	Grau Parentesco	Data Nascimento	Valor da mensalidade

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS / UNIFAL-MG**  
**Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas**

**Obs.: Se o plano NÃO for com mensalidade por pessoa, preencher somente o valor da mensalidade para o titular do plano.**

Venho pelo presente, requerer, nos termos da Portaria Normativa/SEGRT/MPOG/Nº 01/2017, o ressarcimento do plano de saúde, a título de auxílio de caráter indenizatório referente à assistência à saúde suplementar.

Fico ciente, desde já, que a continuidade do pagamento deste auxílio está condicionada à **apresentação anual** do comprovante de pagamento das mensalidades do plano de saúde, uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de abril do ano subsequente.

Estou ciente, também, que **o efeito financeiro deste benefício, será a partir da data de abertura do processo**, não havendo retroatividade de pagamento.

Estou ciente, ainda, que para recebimento do ressarcimento do plano de saúde para dependentes entre 21 e 24 anos, **devo apresentar semestralmente** comprovante de matrícula atualizada, em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação, observada a data limite, que é o dia 10 do mês subsequente ao da sua efetivação, bem como **deverão constar cadastrados no Sistema Siape como meus dependentes econômicos no Imposto de Renda**.

Comprometo-me, ainda, a informar à Progepe qualquer mudança de valor, inclusão ou exclusão de dependentes, ou cancelamento e alteração do plano, bem como apresentar documentos destinados à comprovação de condições complementares de dependentes.

Por fim, declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e autorizo, desde já, a reposição ao erário de eventuais valores recebidos indevidamente, a título de ressarcimento do plano de saúde.

**Documentação necessária:**

Cópia do Contrato do Plano de Saúde

Cópia do Termo de Adesão (quando o contrato for coletivo)

Cópia do Certidão de casamento, ou documento que comprove união estável

Certidão de nascimento dos dependentes

Termo de guarda ou tutela para menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial

Declaração de matrícula dos filhos entre 21 a 24 anos

Cópia do CPF e RG dos dependentes

**ATENÇÃO: A abertura do processo é de responsabilidade do servidor.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(cidade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a)