

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE **GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS**
DIRETORIA DE **GESTÃO DE PESSOAS**

Avenida NS 15, 109 Norte | 77001-090 | Bloco IV, Sala 03, Reitoria | Palmas-TO
(63) 3229-4040 | www.uft.edu.br/progedep | cfp@uft.edu.br



SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO DE AUXÍLIO SAÚDE - DEPENDENTES (FILHO(A) / ENTEADO(A) DE 21 A 23 ANOS)

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Titular do Plano:

Lotação:

Matrícula:

Cargo:

Telefone:

Solicito ressarcimento do **Auxílio Saúde** de acordo com as disposições contidas na Portaria Normativa SEGRT/MP N.º 01, de 09/03/2017, pub. no DOU de 10/03/2017, para meu(s) dependente(s) econômico(s) abaixo relacionado(s), com idade entre 21 a 23 anos, matriculado em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação e mediante Relatório Financeiro de Pagamento de mensalidades emitido até o 5º dia útil do mês pelo:

() SINTAD/UNIMED

() SESDUFT-GURUPI/UNIMED

() QUALICORP/UNIMED

() ASFEGU/UNIMED

() SESDUFT-PALMAS/UNIMED

() APUG/UNIMED

() Outro: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS DEPENDENTES

Nome completo	CPF	Grau de Parentesco	Data de Nascimento

Informar ano e semestre letivo a que se refere o comprovante de matrícula:

ANO: 20 ____

() 1º SEMESTRE

() 2º SEMESTRE

Obs: para concessão do benefício, os dependentes devem estar cadastrados no sistema SIAPE.

_____, ____ de _____ de 20____
(Local e data)

Assinatura do Servidor

Documentos necessários para formalizar este procedimento:

- Cópia do contrato com a empresa do plano de saúde. (Caso não tenha apresentado);
- Cópia do comprovante de matrícula em anexo a este formulário a cada semestre letivo.
- Última declaração do Imposto de Renda do servidor em que conste o interessado como seu dependente, ou a Declaração de Dependência Econômica.