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

Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte
Sala 104, Bloco IV, Câmpus de Palmas | 77001-090 | Palmas/TO
(63) 3232-8040 | www.uft.edu.br/servidor | dgp@uft.edu.br

SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO DE AUXÍLIO SAÚDE – FILHOS DE 21 A 24 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 SRH/MPOG N.º5, de 11/10/2010, pub. No DOU de 13/10/2010, em contrapartida para meu filho(a), solteiro(a), com idade entre 21 e 24 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:

( ) Grupo Aliança

( ) SESDUFT (Plano Nacional Integral - Araguaína / Plano Regional Integral e Co-participativo - Palmas)

( ) Outro: _____
(anexar declaração do plano informando se atende ou não à Portaria Normativa SRH/MPOG nº 5/2010, publicada no DOU em 13/10/2010)

IDENTIFICAÇÃO DOS DEPENDENTES			
Nome completo	**CPF**	**Grau de Parentesco**	**Data de Nascimento**

Informar ano e semestre letivo a quase 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 autenticada do contrato com a empresa do plano de saúde. (Caso não tenha apresentado);
- Cópia autenticada do comprovante de matrícula em anexo a este formulário a cada semestre letivo.