



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Avenida Rio Branco, 50 – Santa Lúcia – 29056-255 – Vitória – ES
27 3357-7500
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Assistência à Saúde Suplementar | Atualização de Dados
Auxílio de caráter indenizatório

Eu, _____,
Matrícula SIAPE nº _____, CPF nº _____,
Telefone _____, na qualidade de beneficiário titular do auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, previsto na Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março 2017, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 10.03.2017, **venho informar a esse órgão a(s) alteração(ões), cancelamento, alteração de plano ou troca de operadora, relativos ao meu Plano de Saúde ou Odontológico**, nos termos dos Artigos 29, § 4º, 32 e 33 da citada Portaria Normativa, conforme descrito em um ou mais quadros abaixo:

<input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO		<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO	
Nome	Parentesco	Valor/Mensalidade	
		R\$	
		R\$	
		R\$	
Assinatura:		Data:	

OBS: No caso de inclusão de beneficiário, este formulário deverá estar acompanhado de Cópia de Termo de inclusão de dependente junto ao plano de saúde, Cópia da Comprovação de dependência (Certidão de Casamento, Nascimento, etc.), Cópia do CPF e Cópia de Boletim ou documento que especifica o valor da mensalidade em relação ao beneficiário; **e, no caso de filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade:** Comprovante de dependência econômica [Declaração de Ajuste Anual de IRPF (se não isento) ou 3 documentos contidos no rol do Art. 4º da Orientação Normativa SRH nº 9/2010] e Comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo MEC, sendo que este último deverá ser entregue no início de cada semestre letivo.

ALTERAÇÃO DO VALOR DA MENSALIDADE		
Nome	Parentesco	Valor/Mensalidade
		R\$
		R\$
		R\$
		R\$
		R\$
Assinatura:		Data:

OBS: Apresentar uma cópia de boleto ou documento com os valores discriminados por beneficiário.

<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DO PLANO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE PLANO <input type="checkbox"/> TROCA DE OPERADORA	
Informo acima o evento ocorrido em relação ao meu plano de assistência à saúde, para cumprimento do artigo 32 e/ou artigo 33 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março 2017, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 10.03.2017.	
Assinatura:	Data:

OBS: Ocorrendo alteração de plano ou troca de operadora, o(a) servidor(a) deverá preencher novo Requerimento para análise da possibilidade de concessão relativa ao novo Plano ou Operadora, caso deseje continuar recebendo o benefício.

Recebido em ____/____/____.