



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
NÚCLEO FINANCEIRO**

Rua Gomes Carneiro, 01 – Centro – 96010-610 – Pelotas – RS – Brasil
Telefone: (53) 32843977 - E-mail: ressarcimentosau@ufrpel.br



REQUERIMENTO DE AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO
Ressarcimento para titular de plano de assistência à saúde

À Pró Reitoria de Gestão de Pessoas/Núcleo Financeiro,

Venho requerer a concessão do pagamento do Auxílio de Caráter Indenizatório de plano de assistência à saúde, nos termos do Art. 25 da Portaria Normativa SRH/MP Nº 1, de 9 de março de 2017.

1 – Dados do(a) servidor(a)

NOME DO(A) SERVIDOR(A) TITULAR DO PLANO DE SAÚDE:			
CARGO:		MATRÍCULA SIAPE:	CPF:
UNIDADE DE EXERCÍCIO:		TELEFONE:	
ENDEREÇO:			BAIRRO:
CIDADE:	UF:	CEP:	
TELEFONE:	CELULAR:	E-MAIL:	

2 – Dados dos dependentes

NOME DO(A) DEPENDENTE:	CPF	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Fico ciente, desde já, de que o recebimento do auxílio, bem como a continuidade do mesmo, está condicionada à apresentação dos documentos necessários bem como ao cadastramento do(s) dependente(s) junto a PROGEP/UFPel.

Da mesma forma, comprometo-me a informar as alterações referentes aos dependentes que importem a perda dessa qualidade, bem como eventual desligamento do plano de saúde.

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

Declaro ainda que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob as penas da lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.

Obs.: Em relação aos filhos, enteados e aqueles que estejam sob guarda ou tutela judicial com idade entre 21 até 24 anos, estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação, o servidor deverá preencher o requerimento específico.

Pelotas, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do servidor