

Ao Departamento de Recursos Humanos Universidade Federal de São Paulo

Eu, _____, Registro Funcional nº _____,
Siape nº _____, ocupante do cargo de _____, lotado (a)
no _____ telefone (____) _____, E-
mail: _____ venho requerer o **ressarcimento ao auxílio
indenizatório à saúde** por dependente (s) relacionado (s) e constante (s) nos meus
assentamentos funcionais:

NOME	Grau de Dependência	Data de Nascimento	Valor Pago de plano

Segue anexo:

- 1) Cópia do(s) contrato(s) de prestação de serviços do(s) plano(s) de saúde;
- 2) Cópia da(s) última(s) fatura(s) paga(s) do(s) convênio(s) médico(s);
- 3) Cópia legível do CPF dos dependentes; e
- 4) Atestado de matrícula em curso regular reconhecido pelo MEC e declaração de dependência econômica para filhos e/ou enteados entre 21 e 24 anos incompletos.

Nos termos do inciso IV, art. 4º da Lei Federal nº 9.784/99 em c.c inciso XIX, art. 117 da Lei Federal nº 8.112/90, comprometo-me a comunicar formalmente qualquer alteração referente à manutenção do(s) atual(is) plano(s) de saúde ao DRH/Unifesp e a entregar o comprovante de pagamento anual do(s) plano(s) de saúde ora citado(s), até o 5º dia útil do mês de maio do ano seguinte.

Estou ciente que a declaração falsa constitui falta grave, passível de aplicação de penalidade disciplinar, e que a não comprovação das despesas na forma do art. 30 da Portaria MP/SEGRT nº 01/2017, será passível de suspensão do benefício, acarretando em abertura de processo de reposição ao erário nos termos da Orientação Normativa nº 05/2013 e art. 46, §§1º e 2º da Lei Federal nº 8.112/90.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____