



ANEXO I

REQUERIMENTO

Nome do Titular:		
N.º da Matrícula:	Data de Nascimento:	
RG:	SSP:	CPF:
Endereço:		
Fone:	Órgão de Lotação:	
Nº de Beneficiários:	Valor Total:	

Venho pelo presente requerer o Auxílio Indenizatório por meio de ressarcimento parcial de despesas com Operadora de Plano ou Seguro Privado de Assistência à Saúde, na forma estabelecida no Artigo 230 da Lei nº 8.112/90 c/c o artigo 5º da Instrução nº. 64, de 30 de outubro de 2.007.

Declaro que não percebo nenhum tipo de reembolso relativo à assistência à saúde pago pelo Governo do Distrito Federal, nem para o titular nem para os dependentes.

Declaro que minhas informações são verdadeiras.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____

Assinatura

DEFIRO.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

Gerente de Recursos Humanos

REQUERIMENTO AUXILIO INDENIZATÓRIO – ANEXO I - continuação

OPERADORA	Nº PROPOSTA	ANS Nº

Dep	Nome do Dependente	Data de Nascimento	Parentesco
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			

COMPROVANTES

ITEM	DOCUMENTO	JÁ COMPROVADO NO ASSENTAMENTO FUNCIONAL
01	DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA PARA OS CASOS EXIGIDOS;	
02	RG E CPF DO SERVIDOR E DEPENDENTES;	
03	3.1. CERTIDÃO DE CASAMENTO; 3.2. DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL E DOIS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: a) comprovação de conta bancária conjunta; b) declaração de rendimentos apresentada à Receita Federal onde se comprove a relação de dependência, c) justificacão judicial, d) comprovação atualizada de residênci única, e) certidão de casamento religioso, f) disposições testamentárias e g) outros documentos capazes de firmar convicção a respeito da relação estável. 3.3. CERTIDÃO DE NASCIMENTO;	
05	COMPROVANTE DE MATRÍCULA/FREQÜÊNCIA EM INSTITUIÇÕES RECONHECIDAS PELO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (NOS CASOS DO ITEM II “d” DO ART. 4º DA INSTRUÇÃO 64 DE 24/10/2007);	
06	CÓPIA DO ÚLTIMO CONTRACHEQUE;	
07	CÓPIA DO CONTRATO DE ADESÃO E PROVA DO ÚLTIMO PAGAMENTO OU TERMO DE DECLARAÇÃO DA OPERADORA.	
08	COMPROVANTE DE REGULARIDADE E DA INSCRIÇÃO DA OPERADORA NA ANS	