

ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES CADASTRAIS REFERENTES AO RESSARCIMENTO À SAÚDE

Nome: <input type="text"/>	
Cargo: <input type="text"/>	Matrícula SIAPE: <input type="text"/>
Lotação: <input type="text"/>	Telefone/ramal: <input type="text"/>
Telefone/ Residência: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/>	
Nome do Plano de Saúde: <input type="text"/>	
O plano contratado atende aos requisitos mínimos abaixo listados? “Os planos de saúde destinados aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com ou sem obstetrícia, realizados exclusivamente no país, com acomodação padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.” SIM (○) NÃO (○)	
O plano de saúde possui coparticipação? SIM (○) NÃO (○)	
Qual o valor mensal do plano contratado? R\$ <input type="text"/> Obs. n.º 1: Não considerar eventual coparticipação. Obs. n.º 2: Considerar apenas o valor da mensalidade referente ao servidor e aos seus dependentes que atendam aos requisitos abaixo listados: a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável; b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável; c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia; d) os filhos e enteados, até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez; e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e f) o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.	

Identificação do(s) dependente(s) constante(s) em cadastro funcional e plano de saúde, observados os requisitos da observação n.º 2.

Nome Completo:	C.P.F.:	Grau de Parentesco:	Data de Nascimento:	Idade:	É estudante de curso regular reconhecido pelo MEC?

Declaro, para os devidos fins, e em atendimento à Portaria Normativa n.º 1, de 09 de março de 2017, expedida pela Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do trabalho no Serviço Público – SEGRT, e ao Comunicado n.º 4, de 19 de abril de 2017, expedido pela Diretoria de Administração de Pessoal (IFSP), que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e atuais. Estando ciente através desse documento que a falsidade dessa declaração configura crime passível de apuração na forma da Lei.

Local: _____, ____ de _____ de 2017.

Assinatura: _____