



## INCLUSÃO DE DEPENDENTES LEGAIS

**IMPORTANTE:** ANEXAR a documentação abaixo e solicitar a inclusão de dependentes no processo:

- na Unidade de lotação do servidor ou
- na Coordenação de Gestão de Pessoas em Governador Valadares ou
- na Assistência à Saúde Suplementar (andar térreo da PROGEPE).

### PARA REQUERIMENTO DE DEPENDENTES LEGAIS

- ↪ Cópia da certidão de casamento ou declaração do próprio servidor de que possui União estável ou União Homoafetiva (declaração válida somente no caso da União Estável ou da União Homoafetiva já estar designada na UFJF);
- ↪ Cópia da certidão de nascimento para filho/enteado solteiro até 21 anos de idade;
- ↪ Cópia da certidão de nascimento para filho/enteado inválidos. Anexar também, neste caso, uma declaração do próprio servidor de que já houve designação deste filho/enteado na UFJF;
- ↪ Cópia da certidão de nascimento de filho/enteado entre 21 e 24 anos de idade. Neste caso anexar também: comprovante de matrícula do filho/enteado em curso regular reconhecido pelo MEC e declaração em que conste que o filho/enteado é dependente economicamente do servidor [Anexo I]. No caso de filho/enteado em que ambos os pais sejam servidores públicos, o ressarcimento ocorrerá somente para um destes servidores; Para enteados favor anexar documentos que comprove o vínculo entre Mãe/Madrasta e Pai/Padrasto;
- ↪ Comprovante de recebimento de Pensão Alimentícia de ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) designado(a) na UFJF, desde que não haja cônjuge ou companheiro(a) na qualidade de dependente do servidor;

**Observação 1:** Pensionistas não possuem dependentes legais para fins deste benefício.

**Observação 2:** Pai/Mãe (Padrasto/Madrasta) não são dependentes legais para fins de ressarcimento.

**Observação 3:** Todos dependentes legais devem estar previamente cadastrados no SIAPE (formulário para cadastro: RH-065)

**Observação 4:** As cópias devem ser conferidas com o documento original.

**Observação 5:** a cópia do termo de adoção ou termo de guarda pode substituir a certidão de nascimento de filho/enteado, se for o caso.

**Observação 6:** Para fins de recebimento do benefício, são beneficiários do plano de assistência à saúde:

I - na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial da Administração Pública federal direta, suas autarquias e fundações;

II – na qualidade de militar de ex-Território, os militares da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima;

**III - na qualidade de dependente do servidor ou do militar de ex-Território:**

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.

IV - o pensionista de servidor ou de militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima.

§ 1º A existência do dependente constante das alíneas “a” ou “b” do item III exclui a assistência à saúde do dependente da letra “c” do mesmo item.



PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO  
(RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE)

<b>01</b>	<b>DADOS DO REQUERENTE</b>
NOME DO REQUERENTE [SERVIDOR (A)]	
CPF	MATRÍCULA SIAPE

<b>02</b>	<b>REQUERIMENTO</b>																												
<p>DECLARO que meus dependentes legais não são custeados com este Auxílio, ora requerido, em outro órgão da Administração Pública.</p> <p>Declaro que AUTORIZO previamente a reposição ao erário de valores recebidos indevidamente.</p> <p>ASSIM, VENHO REQUERER o Auxílio de Caráter Indenizatório para os meus dependentes legais, por meio de ressarcimento, em conformidade com o disposto na Portaria Normativa nº 01/2017, publicada no D.O.U. de 10/03/2017.</p> <p>SOLICITO o cadastramento de Assistência à Saúde Suplementar no sistema SIAPE para os dependentes abaixo listados.</p> <p><b>DADOS DOS DEPENDENTES: só devem constar aqui os DEPENDENTES LEGAIS para fins deste requerimento, em conformidade com a Portaria Normativa nº 01/2017, e somente serão aceitos dependentes previamente cadastrados no sistema SIAPE através do formulário RH-065 (encaminhar o formulário à GCAD/CAP/PROGEPE).</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>NOME</th><th>PARENTESCO</th><th>DATA DE NASC.</th><th>CPF</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>/ /</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>/ /</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>/ /</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>/ /</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>/ /</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>/ /</td><td></td></tr></tbody></table> <p><b>Observação:</b> - A data inserida neste formulário deve ser a data de entrega de toda a documentação no setor responsável pelo recebimento do mesmo.</p> <p style="text-align: center;">Governador Valadares, ____/____/____</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura do(a) Requerente [Servidor(a)]</p>		NOME	PARENTESCO	DATA DE NASC.	CPF			/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /	
NOME	PARENTESCO	DATA DE NASC.	CPF																										
		/ /																											
		/ /																											
		/ /																											
		/ /																											
		/ /																											
		/ /																											

ANEXO I

**DECLARAÇÃO**

Eu, , SIAPE \_\_\_\_\_, declaro, para fins de requerimento do benefício Auxílio de Caráter Indenizatório (ressarcimento de plano de saúde), que meu (s) filho (s) com idade entre 21 e 24 anos, estudante(s), abaixo informado(s) é (são) meu(s) dependente(s) econômico(s) legal(is):

NOME DO FILHO (A)	CPF DO FILHO (A)

Estou ciente de que a inveracidade da declaração por mim firmada constitui falta grave, passível de punição prevista na Lei 8112/90.

Governador Valadares,     /     /     .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) servidor(a)