

REQUERIMENTO – RESSARCIMENTO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

NOME:			
Matrícula SIAPE:		Lotação:	
Telefone/ramal:		Telefone/ Residência	
Celular:		e-mail:	
Nome Completo do Cônjuge/Companheiro(a):			
O Cônjuge/Companheiro(a) é servidor(a) Público(a)? () SIM () NÃO			
Nome do Plano de Saúde:			
() Inclusão no Plano de Saúde () Recadastramento () Exclusão no Plano de Saúde () Comprovante de Pagamento/Mensal			
Mês/Ano a que se refere o Comprovante de Pagamento/Recibo:			
IDENTIFICAÇÃO DO(S) DEPENDENTE(S) CONSTANTE(S) EM MEU CADASTRO FUNCIONAL			
Nome Completo	C.P.F.	Grau de Parentesco	Data de Nascimento

O servidor deve apresentar junto com o requerimento, somente no caso de inclusão, cópia legível dos seguintes documentos:

- 1) Contrato de Prestação de Serviços do Plano de Saúde, contendo as coberturas e exclusões;
- 2) Termo de Adesão ou Declaração do Plano de Saúde com a data de vigência;
- 3) Comprovante de pagamento/Recibo;
- 4) Certidão de Nascimento ou Casamento e/ou Declaração de União Estável do Titular;
- 5) Certidão de Nascimento do(s) dependente(s) do Plano (Filhos/Enteados);
- 6) Comprovante de Matrícula em curso superior do(s) dependente(s) do Plano (Filhos/Enteados maiores de 21 (vinte e um) anos);
- 7) RG e CPF do Titular e dos Dependentes (**Obrigatórios**)

Estou ciente que a declaração falsa constitui falta grave, passível de aplicação de penalidade disciplinar, por meio de Processo Administrativo Disciplinar.

Local: _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____