**REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE**

(Decreto nº 4978/2004, modificado pelo Decreto nº 5010/2004, e Portaria Normativa nº 03/2009-SRH/MPOG)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | | |
| ( ) Servidor Ativo ( ) Servidor Inativo ( ) Pensionista | | | | |
| **Cargo:** | | | **Matrícula SIAPE:** | |
| **Lotação:** | | | | |
| **Endereço:** | | | | |
| **Telefone: ( )** | | E-Mail: | | |
| **Plano de Saúde:** | | | | |
| **Relação de Dependentes** | | | | |
| **Nome dos Dependentes** | **Tipo de Dependente (filho, conjugue, etc.)** | | | **Data de Nascimento** |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |

Venho pelo presente requerer, nos termos da Portaria Normativa nº 03/2009 – SRH/MPOG, o ressarcimento do de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) per capita de auxílio de caráter indenizatório referente à assistência à saúde suplementar. Fico ciente já, que a continuidade deste auxílio está condicionada à apresentação, no setor de pessoal de minha instituição, até o 5º dia útil de cada mês, de cópia de comprovante de pagamento do boleto do plano de saúde. Da mesma forma comprometo-me a informar as alterações referentes aos meus dependes, que importam a perda dessa qualidade, bem como eventual desligamento do plano de saúde, sob pena de devolução dos valores indevidamente recebidos.

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA** | |
| Para fins de cadastro inicial, juntar cópia dos seguintes documentos, conforme o caso:  Contrato com a operação de plano de saúde;  Comprovante de pagamento da última prestação;  Certidão de nascimento do(s) filho(s), enteado(s), ou dependente(s) com comprovante de guarda judicial;  Caso o filho, enteado ou dependente legalmente constituído tiver mais de 21 anos e menos de 24, deverá ser apresentado comprovante de que o mesmo é estudante universitário de instituição regular e reconhecida pelo MEC;  Certidão de casamento;  CPF de todos os dependentes. | |
| **DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** | |
| **Lançado no SIAPE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** | **ASSINATURA** | |