



REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE

ADESÃO ()

CANCELAMENTO ()

ALTERAÇÃO DE CONTRATO ()

1. Identificação do requerente

Servidor Ativo Servidor Aposentado Pensionista

Nome : _____ Siape : _____

Cargo : _____

Local de trabalho : _____ Setor : _____ Fone : _____

2. Endereço

End.: _____ Nº : _____

Bairro : _____ Cidade : _____ CEP : _____

Complemento : _____

E-mail : _____

3. Requerimento

Venho requerer a alteração do **cadastro do Plano de Saúde juntamente com o(s) beneficiário(s) do plano** para fins de ressarcimento do valor pago do titular e/ou dos dependentes, conforme Art. 230 da Lei 8.112 e suas alterações, Decreto 4.978 de 03/02/2004, Artigos 26, 27, 28 e 29 da Portaria Normativa nº 1 de 09/03/2017/SRH/MPOG.

OBSERVAÇÃO: No caso de adesão, deverá apresentar cópia do contrato do plano de saúde e comprovante de pagamento da última mensalidade. TODOS OS DEPENDENTES DEVERÃO ESTAR CADASTRADOS NO SIAPE.

Plano de saúde contratado : _____

Valor do plano para cada usuário :

Relação dos usuários e valor(es) pago(s) (somente o titular e o(s) dependente(s) legal(is))	Vínculo (titular, filho, cônjuge, etc.)	Data Nascimento	R\$
		/ /	R\$
		/ /	R\$
		/ /	R\$
		/ /	R\$
		/ /	R\$

VALOR TOTAL A SER PAGO **R\$**

Declaro estar ciente de todo o teor da Portaria Normativa nº 1 de 09/03/2017/SRH/MPOG, e me comprometo a entregar o comprovante anual de despesas efetuadas até o último dia útil de abril.

4. Assinatura do requerente

Data: / /

_____ *Assinatura*