



REQUERIMENTO INICIAL DE RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE
PARA ALTERAÇÃO DE DEPENDENTES
EXCLUSÃO () INCLUSÃO ()

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 inclusão de dependente deve ser apresentado o contrato e o boleto de pagamento da primeira mensalidade.

Plano de saúde contratado : _____

Valor do plano (Valores correspondente ao *DEPENDENTE*)
..... R\$ _____

Relação dos dependentes e valor (ES) pago(s) (somente (s) dependente(s) legal(is))	Vínculo (Filho, cônjuge, etc.)	Data Nascimento	
		/ /	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 de despesas efetuadas até o último dia útil de abril.

4. Assinatura do requerente

Data: / / _____
Assinatura