

REQUERIMENTO PARA RESSARCIMENTO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

1-IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula: CPF: Data de Efetivo Exercício:

Unidade: Cargo:

2 - DADOS DA OPERADORA:

Nome: _____ Cód. na ANS: _____

Nº do Contrato: _____ Valor: _____

3 - DADOS DOS DEPENDENTES (SE HOVER):

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Sexo: Masculino Feminino Nacionalidade: _____ Parentesco: _____

Nome da mãe: _____

CPF do dependente: _____ Certidão: Nascimento Casamento

Nome do cartório: _____ UF do Cartório: _____

Dados da Certidão: N° Registro: _____ Livro: _____ Folha: _____ UF: _____

(OU) N° Nova Certidão: _____

Identidade: _____ UF: _____ Órgão Expedidor: _____ Data Expedição: _____

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Sexo: Masculino Feminino Nacionalidade: _____ Parentesco: _____

Nome da mãe: _____

CPF do dependente: _____ Certidão: Nascimento Casamento

Nome do cartório: _____ UF do Cartório: _____

Dados da Certidão: N° Registro: _____ Livro: _____ Folha: _____ UF: _____

(OU) N° Nova Certidão: _____

Identidade: _____ UF: _____ Órgão Expedidor: _____ Data Expedição: _____

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Sexo: Masculino Feminino Nacionalidade: _____ Parentesco: _____

Nome da mãe: _____

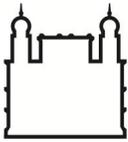
CPF do dependente: _____ Certidão: Nascimento Casamento

Nome do cartório: _____ UF do Cartório: _____

Dados da Certidão: N° Registro: _____ Livro: _____ Folha: _____ UF: _____

(OU) N° Nova Certidão: _____

Identidade: _____ UF: _____ Órgão Expedidor: _____ Data Expedição: _____



Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Sexo: Masculino Feminino Nacionalidade: _____ Parentesco: _____
Nome da mãe: _____
CPF do dependente: _____ Certidão: Nascimento Casamento
Nome do cartório: _____ UF do Cartório: _____
Dados da Certidão: N° Registro: _____ Livro: _____ Folha: _____ UF: _____
(OU) N° Nova Certidão: _____
Identidade: _____ UF: _____ Órgão Expedidor: _____ Data Expedição: _____

4 - REQUERIMENTO:

Venho requerer o auxílio de caráter indenizatório, em conformidade com a legislação vigente e declaro serem verdadeiras as informações por mim aqui prestadas.

Ao assinar este requerimento, fico ciente de que:

- Deverei informar qualquer alteração de valor, inclusão ou exclusão de beneficiários;
- Independentemente do mês de apresentação deste requerimento, deverei apresentar a comprovação das despesas efetuadas uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de **ABRIL**, acompanhada de toda a documentação comprobatória necessária;
- O benefício será suspenso e será instaurado um processo visando à reposição ao erário, caso não comprove as despesas efetuadas, apresentando os comprovantes de pagamento;
- O mesmo ocorrerá se alterar o plano de assistência à saúde ou trocar de operadora durante o pagamento do benefício e não informar;
- O benefício será cancelado, devendo ser instaurado processo visando à reposição ao erário, se cancelar o plano de assistência à saúde, não informar e continuar recebendo o ressarcimento.

_____, _____

Assinatura do(a) Servidor(a)

Recebido em: ____/____/____.

Assinatura e carimbo da área de RH.