**SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** | | | | |
| Nome: | | | | |
| Cargo: | | Matrícula SIAPE: | | |
| Campus de Exercício: | | E-mail Institucional: | | |
| Operadora de plano de saúde: | | | | |
| Número de registro do Plano na **ANS**: | | | | |
| Dependentes beneficiários do plano de saúde: | | | | |
| Nome do(s) dependente(s) | CPF | | Data de Nascimento | Grau de parentesco do dependente com o Titular |
|  |  | | / / |  |
|  |  | | / / |  |
|  |  | | / / |  |
|  |  | | / / |  |
|  |  | | / / |  |
|  |  | | / / |  |
| Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Servidor | | | | |
| Orientações:   * Anexar a esta solicitação cópia do plano de saúde ou declaração da operadora de plano de saúde, constando o nome do titular (obrigatoriamente o servidor) e os seus dependentes ou documento integrante do contrato do plano que apresente as informações requeridas neste item; e comprovante de pagamento atual. * Ao fazer a solicitação de ressarcimento, certifique-se de que seus dependentes estão cadastrados em seu assentamento funcional. * A percepção do ressarcimento está condicionada ao preenchimento do presente formulário em todos os seus campos e à inclusão do documento comprobatório. | | | | |
| Conferido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável pelo recebimento | | | | |