**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  |