



REQUERIMENTO INICIAL DE RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE

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 o **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 5 de 11/10/2010/SRH/MPOG.

4. Detalhes do plano e valor

Plano de saúde contratado : _____

Valor do plano (Valores correspondente ao titular) R\$ _____

Relação dos dependentes e valor (ES) pago(s) (somente (s) dependente(s) legal(is))	Vínculo (Filho, cônjuge, etc.)	Data Nascimento	R\$
		/ /	R\$
		/ /	R\$
		/ /	R\$
		/ /	R\$
		/ /	R\$
		/ /	R\$

VALOR TOTAL A SER PAGO (valor do titular + dependente(s)) R\$ _____

Observação: Caso haja **inclusão ou exclusão** de beneficiários do plano deverá ser procurada a DIRQS para fins de atualização do cadastro.

5. Assinatura do requerente

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura