



REQUERIMENTO

Ressarcimento de Plano de Saúde
Portaria Normativa nº 05/SRH/MPOG de 11/10/2010
Lei 8.112/90, art. 230

Matrícula nº	Nome:	ATIVO () APOSENTADO () PENSIONISTA ()
--------------	-------	---

Possui dependentes para o ressarcimento? () SIM () NÃO Se sim, quantos? ()	Quantos Filhos maior de 21 anos cadastrados para ressarcimento ()
--	---

E-mail:

Campus/Lotação:	Telefone:
-----------------	-----------

Vencimento da Fatura:	Valor da Fatura:
-----------------------	------------------

Requer pagamento de auxílio em caráter indenizatório, por meio de ressarcimento de plano de saúde, conforme legislação acima citada, anexando, para tanto, fatura de pagamento do plano de saúde, referente ao mês anterior, bem como documento constando detalhamento das mensalidades dos dependentes.

Declaro, sob a minha inteira responsabilidade, a exatidão e veracidade das informações constantes nos anexos.

OBSERVAÇÕES:

- Para que o servidor receba, regularmente, o beneficiário deve apresentar mensalmente, até o 5º dia útil de cada mês, à sua unidade de Recursos Humanos, o comprovante de pagamento do plano de saúde, referente ao mês anterior, conforme art. 28, da Portaria Normativa 05/MPOG/2010;
- Para os dependentes (filhos) maiores de 21 anos, apresentar por semestre a declaração que é universitário;
- Só será concedido o benefício após a entrega da documentação completa.

_____, ____/____/2011

Assinatura do Servidor(a) ou Beneficiário(a) de Pensão

RESERVADO AO DEPARTAMENTO DE CADASTRO, ACOMPANHAMENTO E PAGAMENTO DE PESSOAL

De acordo, ____/____/2011

IVAMAR DANTAS DA NOBREGA
DCAPP

Lançado em	Folha	Venc.da fatura	Valor per capita	Assinatura e carimbo

Nome do(a) servidor(a)/beneficiário(a) de pensão: _____

Vencimento da fatura: _____

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

Recebido em ____/____/2011 .

Servidor(a) da DCAPP/DGEP