



REQUERIMENTO

AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO

Ressarcimento para titular de plano de assistência à saúde

À Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas,

VENHO REQUERER a concessão do pagamento do Auxílio de Caráter Indenizatório de plano de assistência à saúde, nos termos do art. 26 da Portaria Normativa SRH/MP nº 5, publicada no Diário Oficial da União de 13 de outubro de 2010.

1 – DADOS DO(A) SERVIDOR(A)

NOME DO(A) SERVIDOR(A) TITULAR DO PLANO DE SAÚDE:		
CARGO:	MATRÍCULA SIAPE:	CPF:
UNIDADE DE EXERCÍCIO:	UF:	TELEFONE:
E-MAIL INSTITUCIONAL:		
ENDEREÇO:		BAIRRO:
CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE:	CELULAR:	E-MAIL:

2 – INFORMAÇÕES DOS DEPENDENTES

NOME DO(A) DEPENDENTE:	CPF	DATA DE NASCIMENTO	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	SEXO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Local e Data
_____ Assinatura do(a) Requerente

3 – DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS

- Cópia do contrato assinado com operadora, onde conste a titularidade;
- Declaração da operadora que atende às exigências da Portaria Normativa SRH/MPOG nº 05, de 11/10/2010, e seus anexos (Termo de Referência Básico);
- Tabela de valores cobrados pelo Plano, com identificação de quais valores são devidos pelo servidor por beneficiário.

