



REQUERIMENTO MENSAL DE RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE

1. Identificação do requerente

Servidor Ativo Servidor Aposentado Pensionista

Nome :

SIAPE :

E-mail :

Fone de contato :

Venho requerer o ressarcimento do valor pago pelo plano de saúde 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.

Para tanto estou anexando o(s) documento(s) comprobatório do pagamento em via(s) original(is) e sem rasuras.

Mês Solicitado :

Ano :

2. Informações importantes

- a) O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e pago sempre no mês subsequente à apresentação de cópia do pagamento do plano de saúde (Art. 28 da Portaria Normativa nº 5 de 11/10/2010/SRH/MPOG);
- b) o requerente deverá juntar o original do boleto, do comprovante de pagamento ao requerimento
- c) para efeito de processamento o requerimento deverá ser entregue até o **5º dia útil** do mês subsequente ao vencimento do boleto;
- d) o requerimento, o boleto e o comprovante de pagamento deverão ser entregues no Setor de Protocolo.

3. Assinatura do requerente

Data: / /

Assinatura