|  |  |
| --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS  **Pró-Reitoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas** |

020.4.03

|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE** |

Portaria Normativa nº 1 da SEGRT/MPDG, de 9 de março de 2017.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identificação** | | | | | | | | | |
| Servidor (a) | | |  | | | | | | |
| Siape |  | | | | Cargo |  | | | |
| E-mail | |  | | | | | Ramal | |  |
| Unidade de lotação | | | |  | | | Valor |  | |

|  |
| --- |
| Por ser titular de contrato com a operadora de plano de saúde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer o auxílio de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento, nos termos da Portaria Normativa nº 1/2017/SEGRT/MPDG, e para tanto **encaminho as cópias digitalizadas do contrato, do termo de adesão, do boleto vencido neste mês e do comprovante de pagamento.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Dependente** | **Parentesco** | **Data de Nascimento** | **Valor** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Declaro que manterei atualizados meus dados cadastrais e de meus dependentes, conforme prevê o artigo 117 da Lei nº 8.112/1990 e que comunicarei à PRGDP sobre qualquer alteração ocorrida em minha situação ou na deles, estando sujeito às penalidades cabíveis.** | | | | | |
| Lavras, |  | de |  | de |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Servidor(a) | | | | | |