

# RESSARCIMENTO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR PARA: PROGEP



**INSTITUTO FEDERAL DE  
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
SERGIPE**  
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

- ( ) Reitoria  
 ( ) Campus Aracaju  
 ( ) Campus Lagarto  
 ( ) Campus Estância  
 ( ) Campus Itabaiana  
 ( ) Campus N. S. Glória  
 ( ) Campos São Cristovão

(PROTOCOLO)

## LEIA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES REFERENTES AO OBJETO DO REQUERIMENTO

**Nome Completo** (OBS: preencher com letra de forma)

**Matrícula SIAPE**

**Lotação/Setor**

--	--

**Cargo/Função**

**Situação**

- ( ) Tec. Administrativo      ( ) Professor Efetivo      ( ) Aposentado      ( ) Pensionista

**Motivo da solicitação**

- ( ) Incluir Servidor/Beneficiário      ( ) Incluir Dependentes      ( ) Excluir Servidor/Beneficiário      ( ) Excluir Dependentes

**Telefone(s):**

**E-mail:**

--	--

**Tipo de Plano**

- ( ) UNIMED/ Sindicato      ( ) GEAP      ( ) Outros; \_\_\_\_\_

**Dados do(s) dependente(s)**

Nome Completo: _____	
Sexo:	Data de Nascimento:
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	_____/_____/_____
CPF: _____	Identidade: _____
Órgão Expedidor: _____	
Certidão de: <input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento	
Nacionalidade: _____	Grau de Parentesco: _____
Condição do Dependente: _____	
Nome da Mãe: _____	

Nome Completo: _____	
Sexo:	Data de Nascimento:
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	_____/_____/_____
CPF: _____	Identidade: _____
Órgão Expedidor: _____	
Certidão de: <input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Casamento	
Nacionalidade: _____	Grau de Parentesco: _____
Condição do Dependente: _____	
Nome da Mãe: _____	

### **OBSERVAÇÕES:**

- 1 – Para que o servidor receba, regularmente, o benefício, 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.
- 2 – **Só será concedido o benefício após a entrega da documentação completa.**

Declaro, sob a minha inteira responsabilidade, a exatidão e veracidade das informações acima prestadas, em conformidade com a legislação vigente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(local e data)

Assinatura do(a) Requerente

### **VIA DO SERVIDOR**

Requerente: \_\_\_\_\_

Objetivo do Requerimento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Etiqueta / Carimbo / Assinatura Responsável