



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Formulário para Requerimento do Ressarcimento de Plano de Saúde

Nome: _____

Situação do Servidor: Ativo Aposentado Pensionista

Siape: _____ Telefone de contato: _____ - _____ .

Qual Plano de Saúde possui? _____

Forma de Pagamento

Boleto bancário Desconto em folha Débito automático

Dependente(s)

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ .

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ .

Nome: _____

Grau de parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ .

Declaração Obrigatória para Contribuintes

Declaro, sob as penas da lei, de acordo com a Portaria Normativa Nº 03, de 30 de julho de 2009, que não recebo auxílio-saúde semelhante e nem possuo programa de assistência à saúde custeado, integral ou parcialmente, pelos cofres públicos.

_____, _____ de _____ de _____ .

Assinatura

Anexos - Documentos para o Auxílio-Saúde

Usuário de Plano Privado de Assistência à Saúde

- Apólice | contrato do plano privado de assistência à saúde (cópia autenticada ou conferida com a original pela Divisão de Cadastro do DGPI/PROGEPE)

OU

- Xerox das carteiras do plano privado de assistência à saúde do titular e seus dependentes
- Extrato/ boleto de pagamento (Atualizado) do plano privado de assistência à saúde, referente ao mês/ano: 07 / 2009 . (original, ou cópia autenticada ou conferida com a original)

Observações importantes

- Os pedidos que não estiverem devidamente documentados estarão sujeitos a indeferimento;
 - O beneficiário deverá comunicar, no prazo de 30 (trinta) dias a partir do ocorrido, qualquer alteração de dado cadastral e ato ou fato que implique o seu desligamento.
 - Apresentar trimestralmente extrato|boleto bancário do plano privado de assistência à saúde, caso
 - o desconto não seja feito na folha do titular.
-

Nestes Termos,

Pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____ .

Assinatura