



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense - Reitoria

REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO À SAÚDE SUPLEMENTAR

Cód. CONARQ – 026.192

À CBLAM – Coord. de Benefícios, Licenças, Afastamentos e Movimentações (11.01.18.10.01.04) – DGP/IF
Catarinense

Venho requerer Assistência à Saúde Suplementar, na forma de Auxílio de Caráter Indenizatório, por meio de ressarcimento, previsto na Portaria Normativa nº 5 SRH/MPOG – 11/10/2010, tendo em vista as informações abaixo e documentação anexa:

1 - Dados do Servidor
Nome: _____ Matrícula SIAPE: _____ Lotação: _____ Telefone/Ramal: _____
2 - Dados da Operadora
Nome: _____ Código na ANS: _____ Nº do contrato do servidor(a): _____ Data de Inscrição: ____/____/____
3 - Dados dos Dependentes
1. Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: ____/____/____ UF: _____ Registro: _____ Folha: _____ Livro: _____ Nome do Cartório: _____ CPF: _____ RG: _____ ORG. EXPED/UF: _____ DATA EXPED.: ____/____/____ Nome da mãe do Dependente: _____
2. Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: ____/____/____ UF: _____ Registro: _____ Folha: _____ Livro: _____ Nome do Cartório: _____ CPF: _____ RG: _____ ORG. EXPED/UF: _____ DATA EXPED.: ____/____/____ Nome da mãe do Dependente: _____
3. Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: ____/____/____ UF: _____ Registro: _____ Folha: _____ Livro: _____ Nome do Cartório: _____



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense - Reitoria

CPF: _____ RG: _____ ORG. EXPED/UF: _____ DATA EXPED.: ____/____/____ Nome da mãe do Dependente: _____
4. Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: ____/____/____ UF: _____ Registro: _____ Folha: _____ Livro: _____ Nome do Cartório: _____ CPF: _____ RG: _____ ORG. EXPED/UF: _____ DATA EXPED.: ____/____/____ Nome da mãe do Dependente: _____
Local e data: _____, ____/____/____ _____ Assinatura do servidor
4 - Validação
Valido a as informações acima e a documentação comprobatória anexada, de acordo Portaria Normativa nº 5 SRH/MPOG – 11/10/2010, e Portaria nº 625/MPOG, de 21 de dezembro de 2012. Local e data: _____, ____/____/____ _____ Assinatura DGP/Reitoria

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS:

- Cópia do contrato do plano de saúde ou declaração do plano de saúde relatando que o mesmo atende as exigências do Termo de Referência Básico (anexo da Portaria Normativa nº5/SRH/MP/2010) e à RN nº 167/2007 – ANS; comprovando que o servidor é o titular do plano.
- Documento do plano de saúde discriminando os beneficiários e os valores per capita das mensalidades.
- Comprovante de pagamento da mensalidade do plano de saúde, devidamente quitado.
- Documentos dos dependentes: RG, CPF e certidão de nascimento, para filhos e enteados, RG, CPF e certidão de Casamento para cônjuge, RG, CPF e certidão de União Estável, registrado em cartório, para companheiro (a).