

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PROGEP - Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas	RESSARCIMENTO DO PLANO DE SAÚDE
---	--	------------------------------------

À Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas/PROGEP/DIGEP/CCR

**1. Dados do Requerente:**

Nome completo:*	
Nome Social (Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016):	
CPF:*	SIAPE:*
Cargo:*	
Lotação:*	Celular:*
E-mail:	

\*preenchimento obrigatório

**2. Documentos que deverão ser anexados a este requerimento:**

<p>a) Declaração da operadora de plano de saúde, na qual deverão constar as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome do titular do plano</li> <li>• Nome e CPF dos beneficiários (dependentes), identificando o grau de parentesco com o titular</li> <li>• Valor total do plano contratado, identificando nominalmente o valor correspondente a cada vida incluída no plano</li> <li>• Data de vigência do plano</li> <li>• Indicação de que o plano contratado é de assistência médica e hospitalar</li> <li>• Indicação de que o pagamento do plano está regular</li> </ul>
--

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Local e data)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do servidor)