**Solicitação de Ressarcimento do Plano de Saúde**: **Assistência à Saúde Suplementar.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados de Identificação:** | |  |
| Nome do (a) Servidor (a): | | Matrícula SIAPE: |
| Unidade/Subunidade de lotação/Exercício: | |  |
| Telefone: | E-mail: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Dependentes Legais:** | |  |
| Nome |  | Grau de Parentesco | Data de Nascimento |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dados do Plano de Saúde -** Convênios através das Entidades de Servidores da UFSM: | | | |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| Outras Operadoras: |  | | |
| Observações/alterações no plano de saúde: | | | |

Declaro estar ciente que, conforme dispõe a Lei n. 8.112/1990, em seu artigo 117, XIX, deverei manter meus dados cadastrais atualizados, comunicando à PROGEP sobre qualquer alteração ocorrida em minha situação, bem como de meus dependentes, estando sujeito às consequências legais, caso não o faça.

      de       de      .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Servidor (a)