**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)