

Requerimento para ressarcimento de plano de saúde

(PORTARIA Nº 5 DE 11/10/2010)

 Adesão Inclusão de dependente**Dados pessoais do Titular:**

Nome:			
Matr. UFSJ:	SIAPE:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data nasc.:
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
Estado civil:	RG:	CPF:	

Endereço:

Rua/Av:			CEP:
Bairro:	Cidade:		UF:
Tel:	Cel:	Email:	

Dados Funcionais:

Situação: <input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> aposentado <input type="checkbox"/> pensionista	Carreira: <input type="checkbox"/> técnico <input type="checkbox"/> docente	
Setor:	Ramal:	Campus:

Plano de Saúde: <input type="checkbox"/> Sinds SJDR <input type="checkbox"/> Sinds CAP <input type="checkbox"/> Sinds CCO
<input type="checkbox"/> ADFunrei <input type="checkbox"/> Associação CAP <input type="checkbox"/> Particular

Início da vigência:	Valor referente ao titular: R\$
----------------------------	--

Dependentes:

Nome:			Vínculo:()
Data nasc:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Inválido	CPF:	Vr.: R\$

Nome:			Vínculo:()
Data nasc:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Inválido	CPF:	Vr.: R\$

Nome:			Vínculo:()
Data nasc:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Inválido	CPF:	Vr.: R\$

Nome:			Vínculo:()
Data nasc:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Inválido	CPF:	Vr.: R\$

Nome:			Vínculo:()
Data nasc:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Inválido	CPF:	Vr.: R\$

Estou ciente que a declaração falsa constitui falta grave, sujeito a penalidades administrativas, e declaro, ainda, que a partir desta data manterei devidamente atualizadas as informações contidas no presente documento, informando formalmente qualquer alteração ao Seaps, e encaminharei até o 5º dia útil de cada mês os comprovantes de pagamento do plano à Prog.

Local e data:_____
Assinatura