# MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÕES E COMUNICAÇÕES

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Coordenação de Administração de Pessoal

Divisão de Benefícios

|  |
| --- |
| REQUERIMENTO DE *PER CAPITA* DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR |

|  |
| --- |
| Dados do Servidor (a) / Pensionista |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME | | | | | | | | | | MATRÍCULA SIAPE | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |
| SITUAÇÃO | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  |
| INATIVO | PENSIONISTA | | ATIVO PERMANENTE | | | CEDIDO | | REQUISITADO | | | NOMEADO | | ANISTIADO |
|  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  |
| CPF | | SEXO | EST.CIVIL | | DATA NASCIMENTO | | NOME DA MÃE | | | | | | |
|  | |  |  | |  | |  | | | | | | |
|  | |  |  | |  | |  | | | | | | |
| E-MAIL | | | | | ENDEREÇO / BAIRRO | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| CIDADE | | | | UF | CEP | | RAMAL | | TELEFONE RESIDENCIAL | | | TELEFONE CELULAR | |
|  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | |  |  | |  | |  | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| PLANO DE SAÚDE CONTRATADO | VALOR |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Dados do(s) dependente(s) |
| À DIBEN,  Considerando o disposto no art. 5° Inciso III da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1 de 09/03/2017,venho requerer *Per Capita de Assistência à Saúde Suplementar* em favor do(s) seguinte(s) beneficiário(s): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME | DATA NASCIMENTO | CPF | SEXO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| NOME DA MÃE | RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA | VALOR DO PLANO | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME | DATA NASCIMENTO | CPF | SEXO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| NOME DA MÃE | RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA | VALOR DO PLANO | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME | DATA NASCIMENTO | CPF | SEXO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| NOME DA MÃE | RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA | VALOR DO PLANO | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME | DATA NASCIMENTO | CPF | SEXO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| NOME DA MÃE | RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA | VALOR DO PLANO | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

|  |
| --- |
| Requerimento |
| À DIBEN,  Venho por meio deste, requerer Per Capita de Assistência à Saúde Suplementar com fundamento na Portaria Normativa SEGRT/MP n°1, de 9 de março de 2017.  Declaro que não recebo tal benefício de qualquer órgão ou instituição.  Declaro ainda, a exatidão e veracidade das informações acima prestadas estando em conformidade com a legislação vigente.  Comprometo-me a encaminhar à DIBEN, no período de 1º de fevereiro a 30 de abril de cada ano, os comprovantes de pagamento de todas as mensalidades do ano anterior. |

|  |
| --- |
| Documentos Necessários |
| Cópia do contrato do plano de saúde do servidor (a) / pensionista como titular.  Cópia do comprovante de pagamento da mensalidade.  Cópia do contracheque atual. |

|  |  |
| --- | --- |
| LOCAL E DATA | ASSINATURA DO SERVIDOR ou PENSIONISTA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |