# 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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |