



MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÕES E COMUNICAÇÕES
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas
Coordenação de Administração de Pessoal
Divisão de Benefícios

FORMULÁRIO DE *PER CAPITA* DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Dados do Servidor (a) / Pensionista

SOLICITO <input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO		NOME			MATRICULA SIAPE	
SITUAÇÃO <input type="checkbox"/> INATIVO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA <input type="checkbox"/> ATIVO PERMANENTE <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> REQUISITADO <input type="checkbox"/> NOMEADO <input type="checkbox"/> 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. 5º Inciso III da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1 de 09/03/2017, venho requerer
 INCLUSÃO EXCLUSÃO do *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 nº1, 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 dos comprovantes de parentesco, se for o caso.
Cópia do contracheque atual.

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