



REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO DO PER CAPITA-SAÚDE SUPLEMENTAR

1. DADOS DO SERVIDOR

Data de ingresso / / Docente Técnico-administrativo SIAPE

Nome

Cargo Função

Lotação

RG Órgão expedidor CPF

Telefone Ramal E-mail

2. REQUERIMENTO

Venho requerer junto à Diretoria de Gestão de Pessoas (DIGEP), o ressarcimento do Per Capita-Saúde Suplementar de caráter indenizatório, por dependente legal, com vigência a partir do mês de:

..... /

Dependentes				
	NOME COMPLETO DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	VALOR UNITÁRIO (R\$)
1.	 / /		
2.	 / /		
3.	 / /		
4.	 / /		
5.	 / /		
6.	 / /		
7.	 / /		

Obs.: É necessário que todos os dependentes tenham CPF.

Local e data: , / /

.....
Servidor titular / SIAPE

PARECER DA DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Deferimos a inscrição do servidor
 Deferimos a inscrição do(s) dependente(s)
 1 2 3 4 5 6 7

Indeferimos a inscrição do servidor
 Indeferimos a inscrição do(s) dependente(s)
 1 2 3 4 5 6 7

Local e data: , / /

.....
Autorizador / SIAPE