



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS : _____

FORMULÁRIO PARA RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE

| | |
|---|-----------------------------------|
| Servidor: | Mátrícula SIAPE: |
| Situação do Servidor: () Ativo () Aposentado () Pensionista () Outro ; _____ | |
| Lotação: | Cargo: |
| Telefone para Contato: () - Celular: () - | |

DADOS DO PLANO DE SAÚDE

| | |
|---|--|
| O Servidor é Titular do Plano? _____ Qual o plano de saúde que possui? | |
| Forma de Pagamento: <input type="radio"/> Boleto Bancário <input type="radio"/> Desconto em Folha <input type="radio"/> Débito Automático | O plano é através de algum sindicato? <input type="radio"/> SIM Qual: <input type="text"/> <input type="radio"/> NÃO |

BENEFICIÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE (Comprovados em Cópia Contrato de Saúde em Anexo)

| |
|-----------------------------------|
| NOME DO SERVIDOR TITULAR : |
| Data de Nascimento: |

| | |
|---|----------------------------------|
| Beneficiário 1: | DATA DA INCLUSÃO : / / |
| _____ | |
| Data de Nascimento: ____/____/____ | |
| Grau de Parentesco: _____ | |
| CPF: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| RG: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| Nome da Mãe do Dependente: | |
| _____ | |
| <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Outros | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Beneficiário 2: | DATA DA INCLUSÃO : / / |
| _____ | |
| Data de Nascimento: ____/____/____ | |
| Grau de Parentesco: _____ | |
| CPF: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| RG: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| Nome da Mãe do Dependente: | |
| _____ | |
| <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Outros | |



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS : _____

| | |
|--|----------------------------------|
| Beneficiário 3 : | DATA DA INCLUSÃO : / / |
| _____ | |
| Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ | |
| Grau de Parentesco: _____ | |
| CPF: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| RG: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| Nome da Mãe do Dependente: | |
| _____ | |
| <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input checked="" type="radio"/> Outros | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Beneficiário 4 : | DATA DA INCLUSÃO : / / |
| _____ | |
| Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ | |
| Grau de Parentesco: _____ | |
| CPF: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| RG: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| Nome da Mãe do Dependente: | |
| _____ | |
| <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Outros | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Beneficiário 5 : | DATA DA INCLUSÃO : / / |
| _____ | |
| Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ | |
| Grau de Parentesco: _____ | |
| CPF: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| RG: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| Nome da Mãe do Dependente: | |
| _____ | |
| <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Outros | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Beneficiário 6 : | DATA DA INCLUSÃO : / / |
| _____ | |
| Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ | |
| Grau de Parentesco: _____ | |
| CPF: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| RG: _____ (ANEXAR COPIA) | |
| Nome da Mãe do Dependente: | |
| _____ | |
| <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Outros | |

Firmo a veracidade dos dados acima e assino :

Assinatura do Servidor solicitante

Visto do Responsável do Setor
DATA DA SOLICITAÇÃO : _____, / / .