

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS / UNIFAL-MG
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

**REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUPLEMENTAR**

Pensionista:	
Matrícula Siape:	Telefone:
e-mail	
Plano de Saúde:	
Requerimento: () Inicial () Alteração de Plano	

Valor do plano para o titular do plano: _____

Venho pelo presente, requerer, nos termos da Portaria Normativa/SEGRT/MPOG/Nº 01/2017, o ressarcimento do plano de saúde, a título de auxílio de caráter indenizatório referente à assistência à saúde suplementar.

Fico ciente, desde já, que a continuidade do pagamento deste auxílio está condicionada à **apresentação anual** do comprovante de pagamento das mensalidades do plano de saúde, uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de abril do ano subsequente.

Estou ciente, também, que **o efeito financeiro deste benefício, será a partir da data de abertura do processo**, não havendo retroatividade de pagamento.

Comprometo-me, ainda, a informar à Progepe qualquer mudança de valor, cancelamento ou alteração do plano.

Por fim, declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e autorizo, desde já, a reposição ao erário de eventuais valores recebidos indevidamente, a título de ressarcimento do plano de saúde.

Documentação necessária:

Cópia do Contrato do Plano de Saúde

Cópia do Termo de Adesão (quando o contrato for coletivo)

ATENÇÃO: A abertura do processo é de responsabilidade do(a) pensionista.

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade)

Assinatura do(a) Pensionista