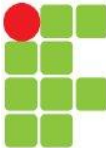


RESSARCIMENTO PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR PARA: PROGEP

 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA SERGIPE Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas	<input type="checkbox"/> Reitoria <input type="checkbox"/> Campus Aracaju <input type="checkbox"/> Campus Lagarto <input type="checkbox"/> Campus Estância <input type="checkbox"/> Campus Itabaiana <input type="checkbox"/> Campus N. S. Glória <input type="checkbox"/> Campos São Cristóvão	(PROCOLO)

LEIA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES REFERENTES AO OBJETO DO REQUERIMENTO

Nome Completo (OBS: preencher com letra de forma)

Matrícula SIAPE

Lotação/Setor

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo/Função

Situação

 Tec. Administrativo Professor Efetivo Aposentado Pensionista

Motivo da solicitação

 Incluir Servidor/Beneficiário Incluir Dependentes Excluir Servidor/Beneficiário Excluir Dependentes

Telefone(s):

E-mail:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Tipo de Plano

 UNIMED/ Sindicato GEAP Outros: _____

Dados do(s) dependente(s)

Nome Completo: _____
 Sexo: _____ Data de Nascimento: _____
 Masculino Feminino ____/____/____
 CPF: _____ Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____
 Certidão de: Nascimento Casamento
 Nacionalidade: _____ Grau de Parentesco: _____ Condição do Dependente: _____
 Nome da Mãe: _____

Nome Completo: _____
 Sexo: _____ Data de Nascimento: _____
 Masculino Feminino ____/____/____
 CPF: _____ Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____
 Certidão de: Nascimento Casamento
 Nacionalidade: _____ Grau de Parentesco: _____ Condição do Dependente: _____
 Nome da Mãe: _____

OBSERVAÇÕES:

- 1 – Para que o servidor receba, regularmente, o benefício, deve apresentar, mensalmente, até o 5º dia útil de cada mês, à sua unidade de recursos humanos, o comprovante de pagamento do plano de saúde, referente ao mês anterior.
 2 – **Só será concedido o benefício após a entrega da documentação completa.**

Declaro, sob a minha inteira responsabilidade, a exatidão e veracidade das informações acima prestadas, em conformidade com a legislação vigente.

_____, ____/____/____
 (local e data)

Assinatura do(a) Requerente

VIA DO SERVIDOR

Requerente: _____

Objetivo do Requerimento: _____

Data: ____/____/____

Etiqueta / Carimbo / Assinatura Responsável