



O recebimento da assistência à saúde suplementar (per capita) esta condicionado ao preenchimento do presente formulário em todos os seus campos e a inclusão dos documentos comprobatórios:

- Cópia do contrato do plano de saúde ou declaração da operadora acerca da cobertura do plano de saúde contratado, constando o nome do titular (obrigatoriamente o servidor) e os seus dependentes.
- Documentos dos dependentes: Cópia de RG, CPF e Certidão de Nascimento, para filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade.
- Cópia de RG, CPF e Certidão de Casamento para cônjuge, RG, CPF e certidão de União Estável, emitido em cartório, para companheiro (a).
- Para filhos entre 21 e 24 anos, na condição universitário sem remuneração, apresentar também a declaração de matrícula por período, ou seja, semestralmente.
- Comprovante de pagamento do Plano de Saúde.

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob as penas de Lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.

Local: _____ data: ____/____/____

Assinatura do requerente