



FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO ANUAL DO RESSARCIMENTO À SAÚDE SUPLEMENTAR

Informações do servidor:

| | |
|---------------------|----------|
| Servidor: | |
| Matrícula SIAPE n°: | Lotação: |
| Fone: () | e-mail: |

Dados da Operadora:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plano Privado | Nome do Plano de Saúde: _____ |
| <input type="checkbox"/> Plano Coletivo – Convênio IFAM | <input type="checkbox"/> Aliança Administradora de Benefícios de Saúde |
| | <input type="checkbox"/> SINASEFE -AM |

Informações dos dependentes inscritos no plano de saúde

Preencher a relação de dependentes abaixo:

| Nome | CPF | Data nascimento | Grau de Parentesco |
|------|-----|-----------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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



I - boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento;

II - declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação; ou

III - outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

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