



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