



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS : _____

FORMULÁRIO PARA RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Servidor:	Mátricula SIAPE:
Situação do Servidor: () Ativo () Aposentado () Pensionista () Outro ; _____	
Lotação:	Cargo:
Telefone para Contato: () - Celular: () -	

DADOS DO PLANO DE SAÚDE

O Servidor é Titular do Plano? _____ Qual o plano de saúde que possui?	
Forma de Pagamento: <input type="radio"/> Boleto Bancário <input type="radio"/> Desconto em Folha <input type="radio"/> Débito Automático	O plano é através de algum sindicato? <input type="radio"/> SIM Qual: <input type="text"/> <input type="radio"/> NÃO

BENEFICIÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE (Comprovados em Cópia Contrato de Saúde em Anexo)

NOME DO SERVIDOR TITULAR :
Data de Nascimento:

Beneficiário 1:	DATA DA INCLUSÃO : / /

Data de Nascimento: ____/____/____	
Grau de Parentesco: _____	
CPF: _____ (ANEXAR COPIA)	
RG: _____ (ANEXAR COPIA)	
Nome da Mãe do Dependente:	

<input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Outros	

Beneficiário 2:	DATA DA INCLUSÃO : / /

Data de Nascimento: ____/____/____	
Grau de Parentesco: _____	
CPF: _____ (ANEXAR COPIA)	
RG: _____ (ANEXAR COPIA)	
Nome da Mãe do Dependente:	

<input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Outros	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
CAMPUS : _____

Beneficiário 3: :	DATA DA INCLUSÃO : / /

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	
Grau de Parentesco: _____	
CPF: _____ (ANEXAR COPIA)	
RG: _____ (ANEXAR COPIA)	
Nome da Mãe do Dependente:	

<input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input checked="" type="radio"/> Outros	

Beneficiário 4: :	DATA DA INCLUSÃO : / /

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	
Grau de Parentesco: _____	
CPF: _____ (ANEXAR COPIA)	
RG: _____ (ANEXAR COPIA)	
Nome da Mãe do Dependente:	

<input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Outros	

Beneficiário 5: :	DATA DA INCLUSÃO : / /

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	
Grau de Parentesco: _____	
CPF: _____ (ANEXAR COPIA)	
RG: _____ (ANEXAR COPIA)	
Nome da Mãe do Dependente:	

<input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Outros	

Beneficiário 6: :	DATA DA INCLUSÃO : / /

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	
Grau de Parentesco: _____	
CPF: _____ (ANEXAR COPIA)	
RG: _____ (ANEXAR COPIA)	
Nome da Mãe do Dependente:	

<input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Outros	

Firmo a veracidade dos dados acima e assino :

Assinatura do Servidor solicitante

Visto do Responsável do Setor
DATA DA SOLICITAÇÃO : _____, / / .