



FORMULÁRIO PARA COMPROVAÇÃO DE RESSARCIMENTO ANUAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

<input type="checkbox"/>	Servidor Ativo	<input type="checkbox"/>	Servidor Aposentado	<input type="checkbox"/>	Pensionista
--------------------------	----------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-------------

Nome:		SIAPE:	
E-mail:		Fone de Contato:	

2. INFORMAÇÃO DO VALOR PAGO

Venho informar o valor pago do titular e/ou dos dependentes, conforme Art. 230 da Lei 8.112 e suas alterações, Decreto 4.978 de 03/02/2004, Artigos 26, 27, 28 e 29 da Portaria Normativa nº 1 de 09/03/2017/SRH/MPOG.

Para tanto, estou anexando o(s) documento(s) comprobatório(s) do pagamento em via(s) original(is) e sem rasuras.

Ano		Ano	
Mês	Valor Pago	Mês	Valor Pago
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

3. INFORMAÇÃO DOS DEPENDENTES

Informo ainda que recebi valores de ressarcimento de Saúde Suplementar para os meus dependentes relacionados abaixo:

Nome do dependente	Vínculo (titular, filho, cônjuge, etc.)	Data Nascimento

Assinatura: