



**SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE PLANO DE SAÚDE**

Titular

Dependente

A COORDENADORIA DE FOLHA DE PAGAMENTO:

Nome do servidor(a):	
Cargo:	Matrícula:
Lotação:	Local de trabalho:
Telefone(s):	E-mail:
Nome do representante:	

Solicito **REEMBOLSO DO PLANO DE SAÚDE**, referente aos meses abaixo discriminados:

<u>MÊS</u> <u>(data do vencimento</u> <u>original do boleto)</u>	<u>Valor Pago</u>	<u>Valor a ser</u> <u>Reembolsado</u>	<u>MÊS</u> <u>(data do vencimento</u> <u>original do boleto)</u>	<u>Valor Pago</u>	<u>Valor a ser</u> <u>Reembolsado</u>
1)	R\$	R\$	7)	R\$	R\$
2)	R\$	R\$	8)	R\$	R\$
3)	R\$	R\$	9)	R\$	R\$
4)	R\$	R\$	10)	R\$	R\$
5)	R\$	R\$	11)	R\$	R\$
6)	R\$	R\$	12)	R\$	R\$

**DECLARAÇÃO DE ACÚMULO**

- ( ) Não exerço outros cargos/funções ou empregos públicos.  
( ) Exerço outros cargos/funções ou empregos públicos (obrigatório apresentar cópia do contracheque).

**DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:**

- Cópia dos boletos pagos e seus respectivos comprovantes.
- Cópia do contracheque do outro órgão e do demonstrativo de pagamento da seguradora de saúde, caso o servidor exerça outro cargo/função pública.
- Cópia da declaração que comprove destacadamente os custos relacionados ao servidor e ao respectivo pagamento, caso o servidor seja dependente.
- Cópia do documento oficial com foto do requerente pela abertura do processo.

**PRAZO DE PAGAMENTO:**

- As solicitações protocoladas até o dia 10 de cada mês, serão pagas no próprio mês vigente. Após essa data, o pagamento será realizado no mês seguinte.

Rio das Ostras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a) ou Representante