



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE PLANO DE SAÚDE – SERVIDOR APOSENTADO

Nome do servidor(a):		
CPF:	Matricula:	
Telefone(s):	E-mail:	
Banco:	Agência:	Conta:
Nome do representante:		

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

<u>MÊS</u> <u>(data do vencimento original do boleto)</u>		<u>Valor a ser Pago</u>	<u>Valor a ser Reembolsado</u>	<u>MÊS</u> <u>(data do vencimento original do boleto)</u>		<u>Valor a ser Pago</u>	<u>Valor a ser 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 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 representante.

OBSERVAÇÃO:

As solicitações protocoladas até o dia 10 de cada mês serão incluídas no Processo do mês vigente.

Rio das Ostras, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Servidor(a) ou Representante

Assinatura COFOP



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE PLANO DE SAÚDE – SERVIDOR APOSENTADO

Nome do (a) Servidor (a):	Matricula:
---------------------------	------------

Meses para o reembolso:

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Maior	Junho	Julho	Agosto
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro

Total: R\$ _____ Data: ____/____/20____

Visto da COFOP