



## REQUERIMENTO PARA RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Nome:		
CPF:	Matrícula SIAPE:	
Telefones:	E-mail:	
Situação funcional: ( ) Servidor ( ) Aposentado ( ) Pensionista ( ) Outros _____		
Nome	Tipo de dependente (filho, cônjuge e etc.)	Data de Nascimento

**Documentos Necessários:**  
1- Cópia do comprovante de pagamento  
2- Cópia do boleto bancário

**ATENÇÃO:**  
1- As cópias devem estar legíveis;  
2- O comprovante de pagamento não pode cobrir informações do boleto (de preferência as cópias devem ficar lado a lado);  
3- Não será aceito comprovante com agendamento de pagamento;  
4- A entrega deste requerimento deve ser feita na PROGEP até o 5º dia útil de cada mês, para pagamento no mês subsequente.  
5- Em casos de afastamentos/licenças (fora do Estado) o servidor poderá encaminhar excepcionalmente requerimentos para o e-mail: [ressarcimento@unifap.br](mailto:ressarcimento@unifap.br)

Macapá-AP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

### RECIBO DE ENTREGA

Especificação do Pedido: RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

Assinatura LEGÍVEL do Servidor(a) da PROGEP

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_