

**Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA Pro-Reitoria de Gestão de Pessoas – PROGEP Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV**

Telefone:(93)2101-6535 **E-mail:*****sqv.ufopa@gmail.com***

**Requerimento de pagamento retroativo do ressarcimento do auxílio saúde**

Em, de de20

À Diretora de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV,

Com os devidos cumprimentos, solicito a Vossa Senhoria a efetuação de**Ressarcimento Retroativo**

conforme Art. 230 da Lei 8.112/1990 e suas alterações e Portaria Normativa Nº 01 de 2017/SRHMPOG

|  |
| --- |
| Nome: |
| Cargo: |
| MatrículaSIAPE: Lotação: |
| Endereço: |
| Telefone: | E-mail |
| Plano de Saúde: |
| Valor do Plano dotitular: R$ , (somente o valor correspondente aotitular) |
| **Relação de Dependentes**(Só devem constar dependentes legais) |
| Nome do dependente | Vínculo (filho,cônjuge) | Data Vencimento | Valor Plano R$ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Justificativa do pedido de pagamento retroativo:** |
| O REQUERENTE QUE PERDER O PRAZO DE ENTREGA, NÃO PERDERÁ O DIREITO AO RESSARCIMENTO, DESDE QUE MANTENHAM SUPRIDAS AS EXIGÊNCIAS LEGAIS DO BENEFÍCIO, NESSE CASO RECEBERÁ O BENEFICIO CUMULATIVAMENTE NO MÊS SUBSEQUENTE.**O SERVIDOR DEVERÁ ANEXAR:**( ) CÓPIA DA COMPROVAÇÃO DE PAGAMENTO DO PLANO DE SAÚDE DO MÊSSOLICITADO( ) CÓPIA DO CONTRACHEQUE NO QUAL NÃO FOI INCLUSO O RESSARCIMENTO - PER CAPITA SAÚDE SUPLEMENTAR***Este documento deverá ser assinado eletronicamente pelo (s) seu (s) interessado (s), conforme*** ***Decreto nº 8.539, de 08/10/2015, Art 6º, § 1º , utilizando o mecanismo de usuário e senha.*** |