



## AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO (REQUERIMENTO MENSAL)

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula SIAPE nº \_\_\_\_\_, ( ) aposentado ( ) pensionista (marcar conforme a situação), venho requerer o Auxílio de Caráter Indenizatório por meio de ressarcimento, de acordo com o disposto na Portaria nº 05/2010-SRH/MP, publicada no DOU de 13/10/2010, referente ao mês de: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Operadora:	
Valor do Plano do Titular: (somente o valor correspondente ao titular)	

Assim de acordo com o art. 4º da referida portaria, solicito que o ressarcimento do referido auxílio também seja efetuado para os dependentes abaixo:

NOME	PARENTESCO	VALOR PAGO
<b>TOTAL DO PLANO</b>		

Obs.: Na relação acima deve constar apenas os dependentes já cadastrados no DGP e que são beneficiários do plano de assistência a saúde suplementar.

Na oportunidade anexo ao presente os seguintes documentos:

- Cópia do boleto com o comprovante de pagamento;
- Declaração da operadora com a identificação dos valores pagos por cada beneficiário separadamente (titular e dependentes), salvo se as informações constarem no boleto.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura / carimbo do Titular