

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE PAGAMENTO DE EXERCÍCIOS ANTERIORES

Sr(a) Diretor(a) da Divisão de Benefícios,

Venho requerer o **RESSARCIMENTO DO PLANO DE SAÚDE - EXERCÍCIOS ANTERIORES**, conforme os dados a seguir:

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Completo:** | |
| **Matrícula SIAPE:** | |
| **Lotação:** | |
| **Cargo:** | |
| **E-mail:** | **Telefone de contato:** |

**Observação:** A lotação do servidor pode ser consultada no [Sistema de Transparência da UFF](https://app.uff.br/transparencia/busca_cadastro).

DADOS DO RESSARCIMENTO

Ressarcimento do plano de saúde entre os meses de a do ano de .

[Declaro para os devidos ﬁns de pagamento de exercícios anteriores e em observância ao art. 4º, alínea "*g"* da Portaria Conjunta nº 02, de 30 de novembro de 2012, da Secretaria de Gestão Pública e da Secretaria de Orçamento Federal do](https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/12/2012&jornal=1&pagina=101&totalArquivos=156) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que não ajuizei e não ajuizarei ação judicial pleiteando a mesma vantagem referente a concessão de Ressarcimento de Plano de Saúde, no curso do processo administrativo de pagamento de exercícios anteriores. Fico ciente de que, em caso de constituir parte em ação judicial, o recebimento pela via administrativa ﬁcará condicionado à desistência da ação judicial.

Nestes termos,

pede deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente