**REQUERIMENTO CMC Nº /2021**

**Exmo. Sr. Hemerson Ronan Inácio**

**Presidente da Mesa Diretora da Câmara de Congonhas**

Eu, **Nome do servidor**, servidor público, ocupante do cargo Nome do cargo, provimento amplo junto à Câmara Municipal de Congonhas, requeiro a restituição do pagamento de meu plano de saúde nos termos da Lei Municipal nº 3.312/2013 e regulamentação vigente.

 Foi feito o seguinte pagamento à BENEVIX ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA., CNPJ 11.073.058/000.1-81, no valor de R$719,72 (Setecentos e dezenove reais e setenta e dois centavos), correspondente à mensalidade de **janeiro/2021** do Plano Unimed Vale do Aço/Benevix.

|  |
| --- |
| **Servidor: Nome do servidor** |
| Data de nascimento: 00/00/0000 | Idade: 00 anos |
| Plano: Nome do plano | Mensalidade + Coparticipação: R$ 000,00 |
| ( ) Até 28 anos: R$ 627,12 | ( ) 29 a 48 anos: R$ 731,64 | ( ) Acima de 49 anos: R$ 836,16 |

|  |
| --- |
| **Cônjuge: Nome do cônjuge (se não houver, excluir tabela)** |
| Data de nascimento: 00/00/0000 | Idade: 00 anos |
| Plano: Nome do plano | Mensalidade + Coparticipação: R$ 000,00 |
| ( ) Até 28 anos: R$ 313,56 | ( ) Acima de 29 anos: R$ 418,08 |

|  |
| --- |
| **Dependente 1: Nome do dependente 1 (se não houver, excluir tabela)** |
| Data de nascimento: 00/00/0000 | Idade: 00 anos |
| Plano: Nome do plano | Mensalidade + Coparticipação: R$ 000,00 |
| ( ) Até 18 anos: R$ 250,84 | ( ) Acima de 19 anos: R$ 292,65 |

|  |
| --- |
| **Dependente 2: Nome do dependente 2 (se não houver, excluir tabela)** |
| Data de nascimento: 00/00/0000 | Idade: 00 anos |
| Plano: Nome do plano | Mensalidade + Coparticipação: R$ 000,00 |
| ( ) Até 18 anos: R$ 250,84 | ( ) Acima de 19 anos: R$ 292,65 |

|  |
| --- |
| **Dependente 3: Nome do dependente 3 (se não houver, excluir tabela)** |
| Data de nascimento: 00/00/0000 | Idade: 00 anos |
| Plano: Nome do plano | Mensalidade + Coparticipação: R$ 000,00 |
| ( ) Até 18 anos: R$ 250,84 | ( ) Acima de 19 anos: R$ 292,65 |

 Nestes termos, pede deferimento.

 Congonhas, 01 de Janeiro de 2021.

**NOME DO SERVIDOR E ASSINATURA**