



**UFC
PROGEP**

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Decreto nº 4978/04 e Portaria Normativa nº 01/2017

A(O) Senhor(a) Pró-Reitor(a) de Gestão de Pessoas

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (CÓPIAS AUTENTICADAS)

- 1) Contrato ou termo de adesão ao plano de saúde ou declaração emitida pelo plano de saúde, informando que ele atende à Lei 9.656/1998, às Resoluções Normativas da ANS e o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Art. 26);
 - 2) Boleto e comprovante de quitação do mês de abertura do processo ou documento emitido pelo plano de saúde, em que constem os nomes dos beneficiários (titular e dependentes) e os valores pagos para cada beneficiário;
 - 3) CPF e RG ou Certidão de nascimento do (as) filho(as), enteado(s) ou do menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição;
 - 4) Para os filhos e enteados, entre 21 e 24 anos, na condição de estudantes, deverão ser apresentados comprovantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação e de dependência econômica;
 - 5) Cópia de certidão de casamento ou documentos comprobatórios para reconhecimento de união estável, inclusive se relação homoafetiva (três indícios de união estável), RG e CPF do cônjuge/companheiro.
- Obs.: Todas as cópias podem ser autenticadas na Central de Relacionamento mediante a apresentação do **documento original**.

INICIAL
 ATUALIZAÇÃO/
MUDANÇA CADASTRAL
 INCLUSÃO
BENEFICIÁRIO
 EXCLUSÃO
BENEFICIÁRIO
 TITULAR
 DEPENDENTE

DADOS DO REQUERENTE

MAT. SIAPE		NOME			
NOME SOCIAL			LOTAÇÃO		
CARGO			TELEFONE/CELULAR		
CPF		E-MAIL			
NOME OPERADORA DE SAÚDE	Nº CONTRATO	REGISTRO ANS	<input type="checkbox"/> ADUFC	<input type="checkbox"/> SINTUFCE	<input type="checkbox"/> CONTRATO INDIVIDUAL

COD. DEPENDENTE: 1 É Cônjuge ou companheiro(a)
2 É Filho(a)
3 É Enteado(a)
4 É Guarda Judicial

Nome / Nome Social do Dependente	Cód.	Dt. Nasc.	CPF	É Estudante? 21 a 24 anos?
		___/___/___		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		___/___/___		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		___/___/___		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		___/___/___		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		___/___/___		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

- O recebimento da assistência à saúde suplementar (per capita), de acordo com a Portaria Nº 1, de 09 de março de 2017 SRH/ MPOG está condicionado à:
- Ser o(a) servidor(a) efetivo(a)/pensionista TITULAR do contrato do plano de saúde. O recebimento poderá ser estendido a dependentes familiares (art 5º), desde que estes estejam cadastrados no mesmo contrato (Art. 25 § 4º);
 - COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS COM O PLANO DE SAÚDE, ANUALMENTE, ENQUANTO RECEBER O BENEFÍCIO (Art. 30);
 - Imediata informação referente a toda e qualquer alteração contratual com o plano de saúde (inclusão, exclusão de dependentes, mudança ou cancelamento e, ainda, divórcio ou dissolução de união estável, óbito, etc);
 - Abertura do processo, preenchimento do formulário, anexação dos documentos comprobatórios e aprovação, após análise.
- Para dependentes filhos de 21 a 24 anos:
- Comprovar a condição de estudante e de respectiva dependência econômica;
 - Semestralmente, apresentar a comprovação da condição e solicitar a exclusão do dependente, se ocorrer interrupção ou conclusão dos estudos antes do mesmo completar 24 anos

Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações prestadas acima e estar ciente de minhas obrigações, inclusive que poderei, a qualquer momento, ter o benefício suspenso ou repor ao erário, caso a legislação seja descumprida.
Estou ciente de que a presente solicitação de ressarcimento do plano de saúde, realizada após o quinto dia útil do mês, somente será analisada para inclusão na folha de pagamento do mês subsequente.

DATA ____/____/____	ASSINATURA DO REQUERENTE
------------------------	--------------------------

PARA USO DA COQVT / PROGEP

Processo Deferido

Motivo (Se Indeferido)

Processo Indeferido



Total de dependentes definidos na Lei:

Valor a ser reembolsado:

Data:

___/___/___

Assinatura