

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE **SUPLEMENTAR**

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

A(O) Senhor(a) Pro-Reitor(a) de Gestao de Pessoas									
1) Contrato ou termo de ade Normativas da ANS e o padr Saúde Suplementar - ANS (2) Boleto e comprovante de beneficiários (titular e depen 3) CPF e RG ou Certidão de permanecer nessa condição 4) Para os filhos e enteados, Ministério da Educação e de 5) Cópia de certidão de casa união estável), RG e CPF do Obs.: Todas as cópias pode	esão ao plano lrão mínimo co Art. 26); quitação do n ndentes) e os e nascimento o c; s, entre 21 e 2: e dependência amento ou do o cônjuge/com	o de saúde ou declar constante das norma mês de abertura do para de la colores pagos para de do (as) filho(as), ente de la conômica; ocumentos comprobampanheiro.	aração em as relativa o processo a cada ber nteados(as ão de estudo patórios pa	nitida pel as ao rol o ou doc eneficiário as) ou do udantes, para reco	ol de procedimentos e cumento emitido pelo io; o menor sob guarda o , deverão ser apresen onhecimento de união	nformano e eventos o plano d ou tutela ntados c o estáve	do que ele atende à les em saúde editadas de saúde, em que co a concedidas por decomprovantes de curel, inclusive se relação	s pela Agência Na onstem os nomes cisão judicial, enc rso regular reconl ão homoafetiva (t	lacional de s dos quanto nhecido pelo
☐ INICIAL ☐ ATUALIZAÇÃO/ ☐ INCLUSÃO ☐ EXCLUSÃO ☐ TITULAR MUDANÇA CADASTRAL BENEFICIÁRIO BENEFICIÁRIO ☐ DEPENDENTE DADOS DO REQUERENTE									
MAT. SIAPE NOME									
	_	_			_		_	_	
NOME SOCIAL						LOTAÇÃO			
CARGO						-	TELEFONE/CELULAR		
CPF				E-MAIL	L				
NOME OPERADORA DE SAÚDE Nº CONTRATO REGI				STRO A	STRO ANS ADUFC SINTUFCE CONTRATO INDIV				
COD. DEPENDENTI	E: 1 Ë C	ônjuge ou com	npanhe	eiro(a	a) 2 Ë Filho(a)) 3	Ë Enteado(a)	4 ËGuard	la Judicial
Nome / Nome Social do Dependente			С	Cód.	Dt. Nasc.		CPF		É Estudante? 21 a 24 anos?
				<u> </u>	//				□Sim □ Não
									□Sim □ Não
					//				□Sim □ Não
					//				□Sim □ Não
					//	Ī			□Sim □ Não
O recebimento da assistência à sa Ser o(a) servidor(a) efetivo(a)/per estes estejam cadastrados no mes COMPROVAÇÃO DAS DESPES Imediata informação referente a tradivórcio ou dissolução de união es Abertura do processo, preenchim Para dependentes filhos de 21 a 2 Comprovar a condição de estuda Semestralmente, apresentar a completar 24 anos Declaro, sob as penas da Lei, sere qualquer momento, ter o benefício Estou ciente de que a presente so para inclusão na folha de pagamen	ensionista TITU smo contrato (/ SAS COM O PL toda e qualque stável, óbito, et nento do formu 24 anos: ante e de respe omprovação da em verdadeiras o suspenso ou olicitação de res	ULAR do contrato do p (Art. 25 § 4º); PLANO DE SAÚDE, AN etc); ulário, anexação dos contratua etc); ulário, anexação dos conectiva dependência ed la condição e solicitar as as informações pres u repor ao erário, caso essarcimento do plano	plano de s ANUALMEN al com o pl documento econômica; r a exclusão estadas aci o a legislaç	saúde. O ENTE, EN blano de s tos comp a; ão do dep cima e es ção seja	O recebimento poderá si NQUANTO RECEBER O saúde (inclusão, exclus probatórios e aprovação ependente, se ocorrer in star ciente de minhas of a descumprida.	ser esten O BENE usão de d ão, após a nterrupçã obrigaçõe	ndido a dependentes fa EFÍCIO (Art. 30); dependentes, mudança análise. ão ou conclusão dos e es, inclusive que pode	familiares (art 5º), o ça ou cancelamento estudos antes do n erei, a	to e, ainda,
DATA		1							

ASSINATURA DO REQUERENTE

PARA USO DA COQVT / PROGEP	
Processo Deferido Processo Indeferido	Motivo (Se Indeferido)
Total de dependentes definidos na Lei:	Valor a ser reembolsado:
Data:/ Assinatura	