

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO**

**PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

**REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**

**(AUXÍLIO PER CAPITA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR** | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | | CPF | |
| Matricula SIAPE | Cargo | | | | | | | | Telefone(s) de Contato | | | | |
| Lotação: | | | | | Valor do plano/titular (R$) | | | | Coparticipação: SIM NÃO  Limite de cobrança por beneficiário: | | | | |
| Vínculo com a UFERSA: | | | | | | | | | | | | | |
| Servidor(a) Ativo(a) | | Aposentado(a) | | | | | Pensionista | | | |  |  |  |
| **PLANO DE SAÚDE** | | | | | | | | | | | | | |
| Empresa ofertante do Plano de Saúde: | | | |  | | | | | | | | | |
| Contratação: Administradora de benefícios Conselhos de classe Associação Sindicato | | | | | | | | | | | | | |
| **DEPENDENTE(S)** | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | Valor pago/beneficiário: | | | Parentesco: | | Sexo: | | | CPF: | | Data de Nascimento |
| M | | F |
|  | | |  | | |  | |  | |  |  | | **/ /** |
|  | | |  | | |  | |  | |  |  | | **/ /** |
|  | | |  | | |  | |  | |  |  | | **/ /** |
|  | | |  | | |  | |  | |  |  | | **/ /** |
| Venho pelo presente requerer, nos termos da **Portaria Normativa nº 01, de 09 de março de 2017** – SEGRT /MP, o ressarcimento Per Capita, a título de auxílio de caráter indenizatório referente à Assistência à Saúde Suplementar. Fico ciente, desde já, que o recebimento do auxílio, bem como a continuidade do mesmo, está condicionado à apresentação dos documentos listados abaixo, e se relacionar dependente(s) o(s) mesmo(s) devem estar cadastrado(s) no SIAPE. Da mesma forma, comprometo-me a informar as alterações referentes aos dependentes que importem a perda dessa qualidade, bem como eventual desligamento do plano de saúde. Estou ciente, também, que o efeito financeiro deste benefício, terá início na data da apresentação formal do requerimento, respeitada a proporcionalidade do pagamento.  Declaro ainda, que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob as penas da lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.  Data: / /  Assinatura do Servidor | | | | | | | | | | | | | |

**PROCEDIMENTOS**

1. Preencher, imprimir e assinar o presente formulário;
2. Anexar:

* Declaração da operadora do plano de saúde, com devida autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, constando o nome do titular (obrigatoriamente o servidor) e os seus dependentes ou termo de adesão;
* Comprovante de pagamento (boleto e comprovante bancário do mês atual, especificando o valor pago por beneficiário); ou declaração de quitação expedida pela Administradora, Associação, Conselho de classe ou Autogestão;
* Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro e demais dependentes do servidor;
* Cópia do CPF e RG ou certidão de nascimento dos filhos ou dependentes com provisão de guarda judicial;
* Comprovante de matrícula atualizado de instituição de ensino regular reconhecido pelo MEC, caso o filho(a) ou legalmente constituído, esteja na faixa etária entre 21 e 24 anos;
* Comprovante de dependência econômica no caso de dependentes maiores de 21 anos (até os 24 anos) como: Comprovante de mesma residência (titular de dependente), cópia da CTPS, cópia da Declaração IR.
* Cópia do laudo médico para dependentes maiores de 21 anos e portadores de necessidade especial;
* Cópia de certidão de casamento ou escritura pública declaratória de união estável com companheiro (a) ou relação homoafetiva.

1. A*cessar no SIGRH o menu Solicitações > submenu Plano de Saúde > opção Solicitar Ressarcimento de Plano de Saúde* e inserir todos os documentos listados acima.