



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida
Diretoria de Qualidade de Vida

Formulário para Requerimento de Auxílio Saúde

Nome: _____
Situação Funcional: Ativo Aposentado Pensionista
Siape: _____ Telefone de contato: _____ - _____ Ramal: _____
E-mail: _____
Qual Plano de Saúde possui? _____
Lotação: _____ (Centro/Departamento)

Dependente(s)

Nome: _____ CPF: _____
Grau de parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Nome: _____ CPF: _____
Grau de parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Nome: _____ CPF: _____
Grau de parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Observações importantes

1. Os pedidos que não estiverem devidamente documentados estarão sujeitos a indeferimento;
2. Só terá direito ao benefício o Servidor Titular e seus dependentes do mesmo plano assistencial;
3. Excetua-se do item 2, os casos em que a operadora do plano não permita a inscrição de dependentes, obrigando um contrato por dependente (necessário comprovação de responsabilidade financeira);
4. O auxílio saúde poderá ser requerido para cobrir despesas com planos de assistência à saúde ou odontológica, observadas as regras contidas no art. 27 da Portaria 01/2017;
5. É obrigação do servidor informar ao órgão concedente qualquer mudança no plano (valor, inclusão ou exclusão dos beneficiários) e nos dados cadastrais que impliquem alteração/perda do benefício.
6. Apresentar anualmente declaração e/ou boletos bancários (com respectivos comprovantes de quitação) do plano privado de assistência à saúde, caso o desconto não seja feito em folha.

Dúvidas e informações: (81) 2126.8189 / 8190

Declaração Obrigatória para Contribuintes

Declaro, sob as penas da lei, de acordo com a Portaria Normativa Nº 01, de 09 de março de 2017, que não recebo auxílio-saúde semelhante e nem possuo programa de assistência à saúde custeado, integral ou parcialmente, pelos cofres públicos.

Nestes Termos,
Pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

Anexos – Documentos necessários para solicitação Auxílio-Saúde

O Titular e os seus dependentes deverão entregar cópias das carteiras do plano de saúde e a cópia do boleto com a comprovação do pagamento (autenticação ou extrato bancário), com todos os valores discriminados.

<u>Dependentes</u>	<u>Documento(s) cópias</u>
Cônjuge/companheiro(a) de união estável; companheiro(a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável.	<ul style="list-style-type: none">- Se cônjuge: Certidão de Casamento.- Se companheiro(a): Certidão Pública de União Estável.- CPF- RG
A pessoa separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia (a existência de dependente constante no item acima desobriga a assistência à saúde deste).	<ul style="list-style-type: none">- Certidão de Casamento com averbação de separação ou divórcio.- Cópia da determinação judicial referente ao pagamento de pensão alimentícia.- CPF- RG
Os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez.	<ul style="list-style-type: none">- Certidão de Nascimento ou RG.- Laudo Médico devidamente registrado no SIASS (no casode filho inválido).- CPF
Os filhos e enteados entre 21 (vinte um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação.	<ul style="list-style-type: none">- Certidão de Nascimento ou RG.- Cópia da Declaração do Imposto de Renda, onde conste a relação dos dependentes econômicos do declarante.- Comprovante de matrícula atualizado, de curso regular, reconhecido pelo MEC.- CPF
O menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial.	<ul style="list-style-type: none">- Certidão de Nascimento.- Termo de Guarda ou Tutela.- CPF

Todas as cópias deverão vir devidamente conferidas com o original.