**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida**

**Diretoria de Qualidade de Vida**

Versão: 2022.1

**Formulário para Cadastro do Auxílio Saúde**

**Tipo de Cadastro:** Inclusão Exclusão Alteração de plano

**Referente à:** Titular Titular e dependente(s) Dependente(s)

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Situação: Ativo Aposentado Pensionista

Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone de contato: \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ramal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Centro/Departamento)

Qual Plano de Saúde possui? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dependente(s)**

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaração e Consentimento**

O(a) requerente acima mencionado tem ciência e/ou afirma:

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. Excetuam-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 Normativa Nº 1, de 09 de março de 2017, do Ministério do Planejamento;
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, conforme cronograma divulgado pela Diretoria de Qualidade de Vida – PROGEPE, declaração e/ou boletos bancários (com respectivos comprovantes de quitação) do plano privado de assistência à saúde.
7. Declarar, sob as penas da lei, de acordo com a Portaria Normativa Nº 01, de 09 de março de 2017, que não recebe auxílio-saúde semelhante e nem possuo programa de assistência à saúde custeado, integral ou parcialmente, pelos cofres públicos.
8. Declarar 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 requerente

**Anexos –** **Documentos necessários para solicitação Auxílio-Saúde**

**Os seguintes documentos deverão ser anexados ao processo e encaminhados (via SIPAC) para Divisão de Apoio da Diretoria de Qualidade de Vida – PROGEPE (11.07.51), tipo do processo: AUXÍLIO-SAÚDE e classificação: 023.73 - RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAUDE:**

|  |
| --- |
| **TITULARES DE PLANOS CONVENIADOS À UFPE, EXCETO CAPESAÚDE E GEAP\*** |
| - Proposta/contrato de adesão ao plano |
| **TITULARES DOS DEMAIS PLANOS** |
| - Boleto atual do plano, discriminando o valor mensal por beneficiário, acompanhado do respectivo comprovante de quitação  - Carteirinha do plano |

**Para a inclusão de dependentes\*\*, serão necessários:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPENDENTES DE PLANOS CONVENIADOS À UFPE, EXCETO CAPESAÚDE E GEAP\*** | |
| - Proposta/contrato de adesão ao plano | |
| **DEPENDENTES DOS DEMAIS PLANOS** | |
| **DOCUMENTAÇÃO DO PLANO (PARA TODOS OS DEPENTENTES)** | |
| - Boleto atual do plano, discriminando o valor mensal por beneficiário, acompanhado do respectivo comprovante de quitação  - Carteirinha do plano | |
| **DOCUMENTAÇÃO PESSOAL DO DEPENDENTE** | |
| Dependentes | Documento(s) |
| Cônjuge/companheiro(a) de união estável; companheiro (a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável. | * 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). | * 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. | * Certidão de Nascimento ou RG. * Laudo Médico devidamente registrado no SIASS (no caso de 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. | * Certidão de Nascimento ou RG. * Trecho 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. | * Certidão de Nascimento. * Termo de Guarda ou Tutela. * CPF |

\* Os beneficiários dos planos Capesaúde e Geap não necessitam abrir processo de solicitação de auxílio saúde, uma vez que o benefício é repassado diretamente para tais planos.

\*\* Servidores que já possuem processo de auxílio saúde no SIPAC e desejam, posteriormente, incluir dependentes para fins de recebimento do auxílio saúde, não necessitam abrir novo processo para essa solicitação. Basta enviar a devida documentação para o e-mail **auxiliosaude.dqv@ufpe.br.**

**Dúvidas e informações: (81) 2126.8189 – (What’s App) / (81) 2126.8190 (Ligações)**