



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



**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO ANUAL DO AUXÍLIO-SÁUDE  
(RESSARCIMENTO À SAÚDE SUPLEMENTAR)**

Nome (titular do plano):				
Matrícula SIAPE:		Telefone:		Celular:
Lotação:			Recadastramento referente ao ano:	
E-mail:				
Situação Funcional: <input type="checkbox"/> Servidor Ativo <input type="checkbox"/> Servidor Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Outro: _____				
Nome do Dependente	CPF	Parentesco	Sexo	
			M	F
1)				
2)				
3)				
4)				

**Declaro, sob as penas da lei, para fins de comprovação junto à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida da UFPE, que as informações são verdadeiras e pelas quais me responsabilizo.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Observação:** Os pedidos que não estiverem devidamente documentados estarão sujeitos a indeferimento.

Auxílio Saúde é o benefício devido ao servidor ativo, inativo e ao pensionista, de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde suplementar que atenda às exigências contidas no termo de referência anexo à Portaria nº 01, de 09 de março de 2017.

**Documentos específicos para o cadastramento:**

<u>Titular</u>	<u>Documentos originais e cópias</u>
Servidor ativo, inativo e pensionista.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Declaração de quitação da operadora discriminando valores mensais por benefícios que atende a Portaria Normativa SRH/MPOG nº 01 de 09 de março de 2017</li></ul> <p><b><u>OU</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Boletos (de janeiro a dezembro do ano a ser comprovado), com os respectivos comprovantes de pagamento;</li></ul>
<u>Dependentes</u>	<u>Documentos originais e cópias</u>
Filhos e enteados entre 21 (vinte e 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"><li>• Cópia da Declaração do Imposto de Renda, onde conste a relação dos dependentes econômicos do declarante;</li><li>• E do documento de comprovação em curso regular e em instituição educacional, reconhecido pelo MEC, para dependentes entre 21 e 24 anos.</li></ul>

**Informações Gerais:**

I) O auxílio saúde poderá ser requerido também para cobrir despesas com planos de assistência odontológica, observadas as regras contidas no art. 27 da Portaria 01/2017.

II) Dúvidas e informações pelo e-mail: [auxiliosaudefpe@gmail.com](mailto:auxiliosaudefpe@gmail.com)