|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imagem relacionada | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO****Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida****Diretoria de Qualidade de Vida** | Resultado de imagem para progepe ufpeVersão: 2021.1 |

**FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO ANUAL DO AUXÍLIO-SÁUDE**

**(PER CAPTA SAÚDE SUPLEMENTAR)**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR/PENSIONISTA (TITULAR DO PLANO)** |
| Nome:       |
| SIAPE: | Telefone:       | Celular:       |
| Lotação: |  Recadastramento referente ao ano: |
| E-mail: |
| Situação Funcional: [ ] Servidor Ativo [ ] Servidor Aposentado [ ] Pensionista [ ] Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Plano de saúde:  | Mensalidade atual (R$):  |
| **IDENTIFICAÇÃO DO(S) DEPENDENTE(S)** |
| Nome do Dependente  | Data Nascimento | Parentesco\* | Mensalidade atual (R$) |
| 1)     |       |  |  |
| CPF:    |       |  |  |
| 2)     |       |  |  |
| CPF:      |       |  |  |
| 3) |  |  |  |
| CPF: |  |  |  |
| 4) |  |  |  |
| CPF: |  |  |  |

\*Parentesco: (F) Filho(a) (E) Enteado(a) (COM) Companheiro(a) C) Cônjuge (O) Outro

|  |
| --- |
| **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 recadastramento**:

* Declaração de quitação da operadora de plano de saúde, discriminando os valores mensais por beneficiário, que atende a Portaria Normativa SRH/MPOG n° 01 de 09 de março de 2017

 **OU**

* Boletos (de janeiro a dezembro do ano a ser comprovado), discriminando os valores mensais por beneficiário, com os respectivos comprovantes de pagamento;

OBS: Na existência de filhos e enteados entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, também beneficiários do auxílio-saúde, é preciso comprovar a dependência econômica e a condição de estudante.

Assim, acrescentar:

* Trecho da Declaração do Imposto de Renda do servidor, onde conste a relação dos dependentes econômicos do declarante;
* E documento de comprovação de vínculo estudantil em curso regular e em instituição educacional reconhecido pelo MEC (comprovante de matrícula).

**Informações Gerais:**

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

II) O recebimento do benefício, sem vínculo a um plano de saúde dentro das condições estabelecidas pela legislação vigente, acarretará na devolução dos valores recebidos indevidamente.

III) Dúvidas e informações pelo e-mail:**auxiliosaudeufpe@gmail.com**