

S ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR (AUXÍLIO PER CAPITA)

FUNCIONAL	Nome:	Siape:	Situação Funcional:
	Cargo/Emprego:	Câmpus:	
	Setor:		
	Telefone: -	Celular: -	E-mail:

SOLICITAÇÃO	<p>Venho, nos termos do art. 25 da Portaria Normativa n.º 1 de 09/03/2017:</p> <p><input type="radio"/> SOLICITAR o ressarcimento do Plano de Assistência à Saúde, e declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações aqui prestadas. A assinatura deste requerimento atesta que estou ciente das orientações constantes no anexo do formulário;</p> <p><input type="radio"/> ALTERAR o plano de saúde e/ou operadora.</p> <p><input type="radio"/> ALTERAR o valor do plano de saúde.</p> <p><input type="radio"/> CANCELAR o ressarcimento do Plano de Assistência à Saúde (servidor e dependentes);</p> <p>Plano de saúde/operadora:</p>
--------------------	--

DEPENDENTE	<input type="radio"/> INCLUSÃO <input type="radio"/> EXCLUSÃO	
	Nome:	Data de Nascimento: / /
	Grau de Parentesco:	
	Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	CPF:
	Nome:	Data de Nascimento: / /
	Grau de Parentesco:	
	Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	CPF:
	Nome:	Data de Nascimento: / /
	Grau de Parentesco:	
	Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	CPF:

, de de _____
 Assinatura do (a) requerente

PROGEP	Cadastro no Siape: ____/____/____
Carimbo e Assinatura	

ANEXO

O presente anexo tem por finalidade estabelecer orientações sobre o auxílio de caráter indenizatório, pago mensalmente mediante ressarcimento ao servidor ativo, inativo e pensionista, por beneficiário conforme estabelece a Portaria Normativa nº 01 de 09/03/2017:

1. O plano de saúde contratado deverá atender o padrão mínimo constante das normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O valor do benefício é definido com base na remuneração do servidor e na faixa etária de cada um dos beneficiários (servidor e dependentes) obedecendo ao limite *per capita* estipulado na Portaria Nº 8 de 13/01/2016.
2. Para fazer jus ao auxílio relativamente a seus dependentes, o servidor deve inscrevê-los como tais no mesmo plano de saúde do qual seja o titular e tenha sido por ele contratado. Excetua-se a esta regra, a contratação de plano de saúde que, por imposição das regras da operadora, não permita inscrição de dependentes, obrigando a feitura de um contrato para cada beneficiário, situação em que o servidor deverá fazer prova inequívoca de responsabilidade financeira relativamente a seus dependentes.
3. O auxílio pode ser requerido para cobrir despesas com planos de assistência odontológica. **Porém, em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário receber o ressarcimento por mais de um plano de saúde.**
4. O direito ao recebimento do auxílio tem início na data da apresentação formal do requerimento, por parte do servidor ou pensionista. **Deverá ser anexado ao formulário uma cópia do contrato com plano de saúde, com o valor mensal por beneficiário e a data de vigência, bem como os seguintes documentos comprobatórios para inclusão de dependentes:**

DEPENDENTE	DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA
Cônjuge/Companheiro (a)	CPF, RG, Certidão de Casamento/Declaração de União Estável
Filhos(as)/Enteados (as) até 21 anos	RG, Certidão de Nascimento, CPF
Filhos(as)/Enteados (as) até 24 anos , dependentes economicamente do servidor, estudantes de curso regular reconhecido pelo MEC	RG, Certidão de Nascimento, CPF * Enviar atestado de matrícula a cada semestre letivo
Menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, enquanto permanecer nesta condição	Decisão Judicial que concedeu a guarda ou tutela, Mesmos documentos de "Filhos (as)/Enteados (as)" conforme idade
Pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia	Decisão Judicial que concedeu a pensão alimentícia, CPF, RG

ATENÇÃO!

5. A comprovação das despesas efetuadas pelo servidor será feita uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de ABRIL através de **declaração emitida pela operadora do plano de saúde**, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação.

OBS: Na hipótese de a operadora não fornecer a declaração, o servidor poderá encaminhar como forma de comprovação os boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento **ou** outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

6. É obrigação do servidor ou pensionista informar à PROGEP qualquer mudança de valor, inclusão ou exclusão de beneficiários, bem como apresentar documentos destinados à comprovação de condições complementares de beneficiário. Os comprovantes devem mencionar data de vigência e/ou término, dependendo do caso.
7. Nos casos de exoneração, redistribuição ou retorno de servidor cedido, a apresentação do documento de que trata o item 5 deverá se dar antes de seu afastamento do órgão.
8. O usufruto de férias, licença ou afastamento durante o mês de abril não desobriga o servidor do cumprimento das regras aqui dispostas.
9. O servidor terá o benefício suspenso e será instaurado processo visando à reposição ao erário caso não comprove as despesas com o plano de saúde. O mesmo se aplica no caso de cancelamento do plano durante o período de pagamento do benefício ou alteração do plano/troca de operadora sem comunicar à PROGEP.
10. Será necessário apresentar novo formulário apenas na hipótese de mudança de plano de saúde ou troca de operadora.