



Nº Processo: _____ Destino: CAIS/UCSS

ATENÇÃO

Conforme Portaria Normativa nº 3 de 30/07/2009 - Secretaria de Recursos Humanos do MPOG que estabelece orientações sobre a assistência a saúde suplementar do servidor, serão beneficiários do Plano de Assistência à Saúde Suplementar:

Art. 4º Para fins desta Portaria são beneficiários do plano de assistência à saúde:

I - na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

II - na qualidade de dependente do servidor:

- a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida separadamente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os 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; e
- f) o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

III - pensionistas de servidores de órgãos ou entidades do SIPEC.

Parágrafo único. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do inciso II desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" daquele inciso

SOLICITAÇÃO DE PER CAPITA PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE

(Portaria nº 3 de 30/07/2009 - MPOG)

NOME:			
Matrícula SIAPE:		Matrícula UFPR:	
Servidor Ativo <input type="checkbox"/>	Servidor Aposentado <input type="checkbox"/>	Pensionista <input type="checkbox"/>	
Lotação:		Telefone ramal:	
Endereço Res.:		Nº	CEP:
Bairro:		Telefone Res.:	
Telefone Celular:		Email:	
Relação de dependentes por tipos de dependentes:			
Tipo (1) - Cônjuge/companheiro (a) Tipo (2) - Filho(s) (as) Tipo (3) - Enteado(s) (as)			
Nome(s) do(s) dependente(s)	CPF	Data de Nascimento	Tipo



Universidade Federal do Paraná

PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

COORDENADORIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO SERVIDOR

Plano de Saúde:

Nº do contrato:

OBS: A PERCEPÇÃO DO PER CAPITA ESTÁ CONDICIONADA AO PREENCHIMENTO DO PRESENTE FORMULÁRIO EM TODOS OS SEUS CAMPOS E À INCLUSÃO DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS.

Deverão ser apresentadas cópias dos seguintes documentos:

- *Declaração da sua operadora de plano de saúde, constando o nome do titular (obrigatoriamente o servidor) e os seus dependentes;*
- *Comprovante de pagamento da última mensalidade;*
- *Certidão de nascimento do (as) filho (as) ou dependente(s) com provisão de guarda judicial;*
- *Comprovante de matrícula atualizado de instituição de ensino regular reconhecido pelo Ministério da Educação, caso o filho (a) ou dependente legalmente constituído com faixa etária entre de 21 e 24 anos;*
- *Certidão de casamento;*
- *Escritura Pública de declaração de união estável com companheiro (a), relação homoafetiva;*
- *Registro Geral (RG) do companheiro (a).*

Confirmo que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob as penas da Lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.

Curitiba, _____

Assinatura

Observação:

- Os Servidores Ativos deverão abrir processo em seu local de lotação e encaminhá-lo para UCSS - Unidade de Convênios e Saúde Suplementar.
- Servidores Aposentados e Pensionistas deverão abrir processo na Central de Atendimento na PROGEPE (andar térreo).