

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE  
AUXÍLIO PER CAPITA – APOSENTADOS E PENSIONISTAS**

|  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Por meio desse processo: (marcar com X o que se pretende - na falta da indicação o processo será retornado ao servidor SEM a solicitação pretendida) | <input type="checkbox"/> | Solicito benefício para titular e dependentes  |
|  | <input type="checkbox"/> | Solicito inclusão de dependentes   |
|  | <input type="checkbox"/> | Informo mudança de plano de saúde  |
|  | <input type="checkbox"/> | Solicito cancelamento do benefício para servidor e meus dependentes                      |
|  | <input type="checkbox"/> | Solicito cancelamento do benefício para dependente(s)                                    |
|  | <input type="checkbox"/> | Inclusão de comprovação de escolaridade de filho dependente com idade entre 21 e 24 anos |

|  |                                     |  |               |
|--|-------------------------------------|--|---------------|
| Nome / Nome social:  |                                     |  |               |
| Matrícula SIAPE:   | CPF:                                | ( ) APOSENTADOS ( ) PENSIONISTAS         |               |
| Telefone:  | Celular:                            | E - mail:                                |               |
| Plano de Saúde:  | <input type="checkbox"/> Particular | <input type="checkbox"/> Convênio, qual? |               |
| <b>DEPENDENTES – Código: 1 - Cônjuge ou companheiro(a) 2 - Filho(a) 3 - Enteado(a) 4 - Guarda judicial</b> |                                     |  |               |
| <b>Nome do Dependente</b>  | <b>CPF</b>                          | <b>Data de Nascimento</b>                | <b>Código</b> |
|  |                                     |  |               |
|  |                                     |  |               |
|  |                                     |  |               |
|  |                                     |  |               |

O recebimento da assistência à saúde suplementar (benefício per capita), de acordo com o estabelecido na PORTARIA NORMATIVA Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2017 está condicionado à:

- Ser servidor(a) efetivo(a)/ pensionista e **TITULAR** do contrato do plano de saúde. O recebimento poderá ser estendido aos dependentes familiares, desde que estes estejam cadastrados no mesmo contrato;
- **APRESENTAÇÃO DE QUITAÇÃO DAS MENSALIDADES DO PLANO DE SAÚDE UMA VEZ AO ANO, ENQUANTO RECEBER O BENEFÍCIO - As comprovações das mensalidades do plano de saúde do ano corrente devem ser enviadas entre janeiro e abril do ano posterior. São consideradas comprovações: boletos mensais com os valores mensais por beneficiários e seus respectivos comprovantes do pagamento ou declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação.**
- Imediata comunicação à UCSS referente a toda e qualquer alteração contratual com o plano de saúde (inclusão, exclusão de dependentes, mudança ou cancelamento e, ainda, divórcio ou dissolução de união estável, óbito, etc).
- Abertura do processo, preenchimento do formulário e inclusão de documentos comprobatórios e aprovação, após análise.

Para dependentes filhos(as) / enteados(as) de 21 a 24 anos:

- Comprovar a condição de estudante e de respectiva dependência econômica do servidor(a).
- Semestralmente, apresentar a comprovação atualizada da condição de estudante e também solicitar a exclusão do(a) dependente, se ocorrer interrupção ou conclusão dos estudos antes desse completar 24 anos.

**Declaro, sob as penas de Lei, serem verdadeiras as informações prestadas acima e estar ciente de minhas obrigações, inclusive que poderei, a qualquer momento, ter o benefício suspenso ou repor ao erário, caso a Legislação seja descumprida e/ou não atender às solicitações da UCSS.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) servidor(a)

**ATENÇÃO:**

1. O(a) servidor(a) UFPR deve abrir processo na CAS/PROGEPE e anexar os seguintes documentos digitalizados:
  - Formulário devidamente preenchido e assinado.
  - Declaração da sua operadora de plano de saúde, constando o nome do titular (obrigatoriamente o(a) servidor(a)) e dos seus dependentes.
  - Comprovante da última mensalidade paga ao plano de saúde, antes da abertura do processo.
  - CPF de todos os dependentes.
  - RG ou certidão de nascimento de todos os dependentes.
  - Certidão de casamento ou escritura pública declaratória de união estável com companheiro(a) ou relação homoafetiva.
  - Comprovante de matrícula atualizado de instituição de ensino regular reconhecido pelo MEC, caso o filho(a) ou dependente legalmente constituído, esteja na faixa etária entre de 21 e 24 anos.
  - Laudo médico para dependentes maiores de 21 anos e portadores de necessidade especial.
2. Encaminhar o processo para UCSS.