

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE  
AUXÍLIO PER CAPITA- EXCLUSIVO PARA USO SERVIDOR HC**

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 <b>apenas para titular <u>OU</u> para titular e dependentes.</b>
	<input type="checkbox"/>	Solicito <b>inclusão</b> de dependentes
	<input type="checkbox"/>	Informo <b>mudança</b> de plano de saúde
	<input type="checkbox"/>	Solicito <b>cancelamento</b> do benefício para servidor e meus dependentes
	<input type="checkbox"/>	Solicito <b>cancelamento</b> do benefício <b>para dependente(s)</b>
	<input type="checkbox"/>	Inclusão de comprovação de escolaridade de filho dependente com idade entre 21 e 24 anos

Nome / Nome social:			
Matrícula SIAPE:	CPF:	Cargo:	
Sigla da Lotação:		Ramal:	
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>
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ser servidor(a) efetivo(a)/ pensionista e <b>TITULAR</b> do contrato do plano de saúde. O recebimento poderá ser estendido aos dependentes familiares, desde que estes estejam <u>cadastrados no mesmo contrato</u>;</li> <li><b>APRESENTAÇÃO DE QUITAÇÃO DAS MENSALIDADES DO PLANO DE SAÚDE UMA VEZ AO ANO, ENQUANTO RECEBER O BENEFÍCIO</b> - As comprovações das mensalidades do plano de saúde do ano corrente devem ser enviadas <b>entre janeiro e abril do ano posterior</b>. 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.</li> <li>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).</li> <li>Abertura do processo, preenchimento do formulário e inclusão de documentos comprobatórios e aprovação, após análise.</li> </ul> <p><u>Para dependentes filhos(as) / enteados(as) de 21 a 24 anos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comprovar a condição de estudante e de respectiva dependência econômica do servidor(a)- Imposto de Renda.</li> <li>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 e/ou a exclusão do dependente como tal no Imposto de Renda.</li> </ul> <p><b><u>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.</u></b></p>			
Data: ____/____/____	_____		
	Assinatura do(a) servidor(a)		