



**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 apenas para titular <u>OU</u> 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:	Cargo:	
Sigla da Lotação:		Ramal:	
Telefone:	Celular:	E - mail:	
Plano de Saúde:	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Convênio, qual?		
DEPENDENTES – Código: 1 - Cônjuge ou companheiro(a) 2 - Filho(a) 3 - Enteado(a) 4 - Guarda judicial			
Nome do Dependente	CPF	Data de Nascimento	Código
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: <ul style="list-style-type: none">• 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 <u>cadastrados no mesmo contrato</u>;• APRESENTAÇÃO DE QUITAÇÃO DAS MENSALIDADES DO PLANO DE SAÚDE <u>UMA VEZ AO ANO, ENQUANTO RECEBER O BENEFÍCIO</u> - 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: <ul style="list-style-type: none">• Comprovar a condição de estudante e de respectiva dependência econômica do servidor(a)- Imposto de Renda.• 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. <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>			
Data: ____ / ____ / ____			
_____ Assinatura do(a) servidor(a)			