



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
Avenida Fernando Machado, 108-E, Centro, Chapecó-SC, CEP 89802-112, 49 2049-3160
progesp@uffs.edu.br, www.uffs.edu.br

***Cadastrar no SGPD como: Requerimento > Classe 026.192 – Assistência à saúde**

GP_157

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO/ALTERAÇÃO/EXCLUSÃO DE RESSARCIMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Finalidade:

- Requerimento Inicial
 Atualização cadastral
 Alteração do plano/Migração (sem interstício)
 Cancelamento* do Ressorcimento a partir de / / (informar a data final da vigência do plano) * Anexar os comprovantes de pagamento das mensalidades do plano de saúde de acordo com o item 4.2 do Manual do Servidor.
 Inclusão de dependente a partir de / / (informar a data inicial da vigência do plano)
 Exclusão* de dependente a partir de / / (informar a data final da vigência do plano) * Anexar os comprovantes de pagamento das mensalidades do plano de saúde do dependente de acordo com o item 4.2 do Manual do Servidor.

Identificação do servidor/pensionista:

Nome social:
Nome civil:
Situação funcional: ativo inativo pensionista
Matrícula SIAPE: CPF: Data de nascimento: / /
Unidade/Setor de lotação:

Dados do plano de saúde:

Operadora:
Nº do registro na ANS:
Data inicial da Vigência do Plano: / /

Beneficiário*	Nome completo	Parentesco	Data de nascimento	Valor da mensalidade em R\$
Titular	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

* Na hipótese do dependente ainda não estar cadastrado no assentamento funcional do servidor, deverão ser anexados os documentos previstos no item 4.1.1 do manual sobre ressarcimento à saúde complementar.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
Avenida Fernando Machado, 108-E, Centro, Chapecó-SC, CEP 89802-112, 49 2049-3160
progesp@uffs.edu.br, www.uffs.edu.br

Declaração do servidor/pensionista:

GP_157

Declaro, sob as penas da lei (art. 299 do código penal), que as informações prestadas são verdadeiras e que responderei civil, penal e administrativamente em caso de declarações falsas, e ainda, que estou ciente de que:

- a) O direito ao recebimento do auxílio tem início na data do cadastro do requerimento no sistema SGPD/Solar, não gerando efeitos sobre fatos financeiros passados; observados ainda, a data inicial de vigência no plano;
- b) Há obrigação, independentemente do mês de apresentação do requerimento, da comprovação das despesas efetuadas no período de janeiro a dezembro do ano anterior, até o último dia útil do mês de abril;
- c) Em caso de exoneração, demissão, redistribuição, vacância ou cancelamento do plano, há necessidade de comprovação imediata do pagamento das despesas efetuadas de que trata o item anterior;
- d) Nos casos de cancelamento, o valor da per capita saúde suplementar (ressarcimento) será paga de forma proporcional à data final de vigência da cobertura do plano;
- e) É meu dever manter atualizadas junto à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas as informações cadastrais próprias e a dos dependentes;
- f) Devo comunicar à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas qualquer alteração relativa ao plano de saúde, como inclusão ou exclusão de dependente, cancelamento ou alteração do plano;
- g) A não comprovação até a data estipulada das despesas efetuadas ensejará a abertura de processo de reposição ao erário, restando afastada a alegação de recebimento do auxílio de boa fé;
- h) Ainda que permitida a inclusão de pai ou padrasto, mãe ou madrasta pela operadora do plano de saúde, as despesas de custeio devem ser assumidas integralmente por estes ou pelo titular, não havendo direito ao auxílio de caráter indenizatório;
- i) O cadastro do dependente realizado por meio deste requerimento destina-se **exclusivamente** para a finalidade de inclusão do ressarcimento à saúde suplementar. Para as demais situações, devo consultar 'Manual do Servidor – Cadastro de Dependente'.

Aguardo deferimento.

, de de .

Assinatura do(a) servidor(a)/pensionista