

IMPORTANTE: ANEXAR a documentação abaixo e solicitar a abertura de processo:

- na Unidade de lotação do servidor ou
- na Coordenação de Recursos Humanos em Governador Valadares ou
- na Assistência à Saúde Suplementar (andar térreo da Progepe).

PARA REQUERIMENTO ONDE CONSTA SOMENTE TITULAR

- ☞ Declaração da Operadora atestando que a mesma atende, pelo menos, o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Para planos contratados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, não é necessária apresentação desta portaria.
- ☞ Cópia do boleto com comprovante de pagamento de plano de assistência à saúde em que conste o valor de cada beneficiário **OU** comprovante de quitação de débito emitido pela Operadora do Plano que deverá conter: titularidade, mês de referência, valor da mensalidade paga por beneficiário e plano contratado.

PARA REQUERIMENTO ONDE CONSTA TITULAR E DEPENDENTES LEGAIS

- ☞ Documentações citadas acima para titulares;
- ☞ Cópia da certidão de casamento ou declaração do próprio servidor de que possui União estável ou União Homoafetiva (declaração válida somente no caso da União Estável ou da União Homoafetiva já estar designada na UFJF);
- ☞ Cópia da certidão de nascimento para filho/enteado solteiro até 21 anos de idade;
- ☞ Cópia da certidão de nascimento para filho/enteado inválidos. Anexar também, neste caso, uma declaração do próprio servidor de que já houve designação deste filho/enteado na UFJF;
- ☞ Cópia da certidão de nascimento de filho/enteado entre 21 e 24 anos de idade. Neste caso anexar também: comprovante de matrícula do filho/enteado em curso regular reconhecido pelo MEC e declaração em que conste que o filho/enteado é dependente economicamente do servidor [Modelo Anexo I]. No caso de filho/enteado em que ambos os pais sejam servidores públicos, o ressarcimento ocorrerá somente para um destes servidores; Para enteados favor anexar documentos que comprove o vínculo entre Mãe/Madrasta e Padrasto/Pai;
- ☞ Comprovante de recebimento de Pensão Alimentícia de ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) designado(a) na UFJF, desde que não haja cônjuge ou companheiro(a) na qualidade de dependente do servidor;

Observação 01: Todos dependentes devem estar previamente cadastrados no SIAPE (formulário para cadastro: RH-065)

Observação 02: As cópias devem ser conferidas com o documento original.

Observação 03: a cópia do termo de adoção ou termo de guarda pode substituir a certidão de nascimento de filho/enteado, se for o caso.

Observação 04: Para fins de recebimento do benefício, 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 da Administração Pública federal direta, suas autarquias e fundações;
 - II - na qualidade de militar de ex-Território, os militares da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima;
 - III - na qualidade de dependente do servidor ou do militar de ex-Território:
 - 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 união estável -reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
 - d) os filhos e enteados, até a data em que completarem 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 até a data em que completarem 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 concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.
 - IV - o pensionista de servidor ou de militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima.
- § 1º A existência do dependente constante das alíneas “a” ou “b” do item III exclui a assistência à saúde do dependente da letra “c” do mesmo item.

01 DADOS DO REQUERENTE		
NOME DO REQUERENTE [SERVIDOR (A)]		CPF
DATA DE NASCIMENTO	MATRÍCULA SIAPE	PROCESSO Nº.
<input type="checkbox"/> SERVIDOR ATIVO <input type="checkbox"/> SERVIDOR APOSENTADO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA		
CARGO	TELEFONE	E-MAIL
UNIDADE/SUBLOTAÇÃO		

02 REQUERIMENTO																												
<p>DECLARO NÃO POSSUIR o Plano de Assistência à Saúde oferecido pela UFJF na qualidade de titular e/ou dependente, bem como, DECLARO que eu e meus dependentes não somos custados com este auxílio, ora requerido, em outro órgão da Administração Pública.</p> <p>DECLARO que meu plano de saúde foi contratado:</p> <p><input type="checkbox"/> antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;</p> <p><input type="checkbox"/> após da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;</p> <p>ASSIM, VENHO REQUERER o auxílio de caráter Indenizatório, por meio de ressarcimento, em conformidade com o disposto na Portaria Normativa nº. 01/2017, publicada no D.O.U. de 10/03/2017. Assim, solicito o cadastramento de Assistência à Saúde Suplementar no sistema SIAPE para mim e dependentes abaixo listados.</p> <p>Declaro que AUTORIZO previamente a reposição ao erário de valores recebidos indevidamente.</p> <p>DADOS DOS DEPENDENTES (só devem constar aqui os dependentes legais para fins deste requerimento, em conformidade com a Portaria Normativa nº. 01/2017, e somente serão aceitos dependentes previamente cadastrados no sistema SIAPE através do formulário RH-065 (encaminhar o formulário à GCAD/CAP/PROGEPE).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOME</th> <th>PARENTESCO</th> <th>DATA DE NASC.</th> <th>CPF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>/ /</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>/ /</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>/ /</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>/ /</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>/ /</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>/ /</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Observação 04: Pai/ mãe (padrasto/madrasta) não são dependentes legais para fins de ressarcimento. Observação 05: Pensionistas não possuem dependentes legais para fins deste benefício.</p> <p>Gov. Valadares, ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura do(a) Requerente Servidor/pensionista.</p> <p>Observação 06: A data inserida neste formulário deve ser a data de entrega de toda a documentação no setor responsável pelo recebimento do mesmo.</p>	NOME	PARENTESCO	DATA DE NASC.	CPF			/ /				/ /				/ /				/ /				/ /				/ /	
NOME	PARENTESCO	DATA DE NASC.	CPF																									
		/ /																										
		/ /																										
		/ /																										
		/ /																										
		/ /																										
		/ /																										

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

Pelo presente Termo de Responsabilidade e Compromisso, **ASSUMO**, voluntariamente, sob as penas da Lei, os seguintes **COMPROMISSOS**:

- 1) solicitar cancelamento do benefício Auxílio de Caráter Indenizatório, por escrito, junto à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas/UFJF, caso eu e/ou meus dependentes venha(mos) aderir ao Plano de Assistência à Saúde oferecido pela UFJF;
- 2) solicitar cancelamento do benefício Auxílio de Caráter Indenizatório, por escrito, junto à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas/UFJF, caso eu e/ou meus dependentes tenha(mos) custeio de plano de Assistência à Saúde por parte da Administração Pública;
- 3) comunicar de imediato e por escrito à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas/UFJF qualquer alteração que ocorra e que divirja do que ora é requerido por mim, conforme Portaria Normativa nº 1/2017.

Art. 29, § 4º É obrigação do servidor, do militar de ex-Território e do pensionista informar ao órgão ou entidade concedente qualquer mudança de valor, inclusão ou exclusão de beneficiários, bem como apresentar documentos destinados à comprovação de condições complementares de beneficiário (PORTARIA NORMATIVA Nº 1/2017).

- 4) manter atualizado meu Cadastro de Dependentes junto à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas/UFJF. Dessa forma, comprometo-me ainda, caso possua ou venha a possuir dependente (filho) com idade compreendida entre 21 e 24 anos, em apresentar semestralmente comprovante de matrícula em curso superior reconhecido pelo Ministério da Educação e Declaração de dependência econômica destes dependentes (filhos) a mim.
- 5) Apresentar mensalmente ou, no mínimo, anualmente comprovantes de despesas com plano de saúde, nos termos da Portaria Normativa nº 1/2017:

Art. 30. Independentemente do mês de apresentação do requerimento a comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de abril, acompanhada de toda a documentação comprobatória necessária, tais como:

I - boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento;

II - declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação; ou

III - outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos (PORTARIA NORMATIVA Nº 1/2017).

TERMO DE CIÊNCIA

Pelo presente Termo de Ciência, declaro que:

- 1) estou ciente de que, caso o comprovante de despesas com mensalidade de Plano de Assistência à Saúde seja encaminhado via e-mail (ressarcimentoplanosaude.prorh@ufjf.edu.br) ou caso seja apresentado fotocópia sem apresentação do documento original, a Universidade Federal poderá solicitar-me a apresentação do comprovante original a qualquer tempo;
- 2) estou ciente ainda de que a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas poderá solicitar-me a qualquer tempo documentações complementares;
- 3) quanto a meus dependentes, estou ciente que receberei per capita (cota de ressarcimento) somente daqueles que estiverem devidamente cadastrados no sistema SIAPE;
- 4) estou ciente que o benefício é devido somente a partir da data de meu requerimento e que o recebimento do per capita saúde suplementar (subsídio federal) é proporcional ao dia de requerimento;
- 5) estou ciente que o pagamento do benefício a partir do dia de requerimento está condicionado à instrução correta do presente processo de requerimento;
- 6) ciente estou ainda de que o descumprimento dos compromissos aqui firmados e que a inveracidade das informações por mim prestadas, constituem falta grave, passível de punição prevista na Lei 8112/90;
- 7) Estou ciente de todo teor da Portaria Normativa nº 1/2017, disponível no site da Progepe.

Por ser verdade, assino e dato requerimento, nos termos aqui apresentados.

Gov. Valadares, ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Requerente Servidor/pensionista.

Observação 06: A data inserida neste formulário deve ser a data de entrega de toda a documentação no setor responsável pelo recebimento do mesmo.

04 PARA USO OBRIGATÓRIO DO ATENDENTE QUE RECEBER A DOCUMENTAÇÃO DO REQUERENTE**PASSO 01: VERIFICAÇÕES INICIAIS (aplicável a todos os casos):**

- **Importante:** A marcação da opção “não”, ou seja, a falta de qualquer documento impede o recebimento da documentação, bem como a abertura de processo.

1. A data de requerimento, inserida no formulário pelo requerente é a mesma de recebimento da documentação, ou seja, hoje?

Sim Não.

Ponto crítico: Em caso de não, o servidor deve preencher novo formulário, uma vez que o ressarcimento é realizado proporcional à data de requerimento ou o recebedor deverá bater carimbo de recebido atestando a data correta e real de requerimento.

2. Está presente a declaração da Operadora atestando que a mesma atende, pelo menos, o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS?

Sim Não Requerente declarou que plano foi contratado antes da vigência da Lei nº 9.656/1998 (exceção)

Ponto crítico: Em caso de não, o servidor deve providenciar a declaração antes do requerimento.

3. Comprovante de despesas com plano atualizado está presente?

Sim Não

Ponto crítico: Em caso de não, o servidor deve providenciar o documento antes do requerimento. No caso de boleto, deve ser apresentado também comprovante de pagamento bancário (comprovante de agendamento de pagamento não se vem como comprovantes).

4. Comprovante de despesas atualizado consta de forma clara o valor de mensalidade de cada beneficiário?

Sim Não

Ponto crítico: Em caso de não, o servidor deve providenciar documento em que fique demonstrado o valor de cada beneficiário. Se o requerente for o único beneficiário no plano, isso deve ser demonstrado de forma inequívoca no boleto ou por meio de documentos da operadora de plano. O boleto ou comprovante de quitação de débito emitido pela Operadora do Plano que deverá conter: titularidade, mês de referência, plano contratado e valor da mensalidade paga por beneficiário (inclusive se o servidor for o único beneficiário no plano).

5. O servidor requereu benefício para dependentes?

Sim. Verificar Passo 02.

Não. Pular Passo 02 e ir direto ao Passo 03.

Ponto crítico: Pensionistas não possuem dependentes, ou seja, somente servidores possuem dependentes legais para fins deste benefício.

PASSO 02: VERIFICAÇÕES DE DEPENDENTES

- **Importante:** A marcação da opção “não”, ou seja, a falta de qualquer documento impede o recebimento da documentação, bem como a abertura de processo.

1. Cópia da certidão de casamento ou declaração do próprio servidor de que possui União estável designada na UFJF está presente?

Sim Não Não se aplica, pois servidor não requer para cônjuge ou companheiro(a).

Ponto crítico: se o documento não estiver presente, o requerente deve providenciá-lo para prosseguir requerimento;

2. Cópia da certidão de nascimento para filho/enteado até 23 anos de idade está presente?

Sim Não Não se aplica, pois servidor não requer para filho/enteado até 23 anos

Ponto crítico: se o documento não estiver presente, o requerente deve providenciá-lo para prosseguir requerimento;

3. No caso de filhos/enteados com idade entre 21 e 23 anos, o comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo MEC está presente?

Sim Não Não se aplica, pois servidor não requer para filho/enteadado com 21 a 23 anos

Ponto crítico: se o documentos não estiver presente, o requerente deve providenciá-lo para prosseguir requerimento;

4. No caso de filhos/enteados com idade entre 21 e 23 anos, a declaração em que conste que o filho/enteadado é dependente economicamente do servidor está presente?

Sim Não Não se aplica, pois servidor não requer para filho/enteadado com 21 a 23 anos.

Ponto crítico: se o documento não estiver presente, o requerente deve providenciá-lo para prosseguir requerimento;

5. Cópia da certidão de nascimento para filho/enteadado inválidos e declaração do próprio servidor de que já houve designação deste filho/enteadado na UFJF estão presentes?

Sim Não Não se aplica, pois servidor não requer para filho/enteadado inválido.

Ponto crítico: se os documentos não estiverem presentes, o requerente deve providenciá-los para prosseguir requerimento;

6. No caso de ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) designado(a) na UFJF recebedores de pensão alimentícia, está presente documento que comprove pagamento de pensão alimentícia?

Sim Não Não se aplica, pois servidor não requer para ex-conjuge ou ex-companheiro recebedores de pensão alimentícia.

Ponto crítico: se o documento não estiver presente, o requerente deve providenciá-lo para prosseguir requerimento;

PASSO 03: ATESTE DA VERIFICAÇÃO

Estando a documentação completa e devidamente conferida por mim, de acordo com a lista de verificação acima, efetuo a abertura do processo e o encaminhamento à Assistência à Saúde Suplementar/CAP/Progepe para análise.

Gov Valadares, ____ de ____ de ____

Coordenação de Recursos Humanos/CGV

-----CORTE AQUI-----

--

05 PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DESTINADO AO REQUERENTE

Declaro que foi entregue pelo sr./sra. _____, nesta data documentação, conforme consta do processo por mim aberto.

Em ____ / ____ / ____

Coordenação de Recursos Humanos/CGV

ANEXO I
(Modelo para uso do servidor)

DECLARAÇÃO

Eu, , SIAPE _____, declaro, para fins de requerimento do benefício Auxílio de Caráter Indenizatório (ressarcimento de plano de saúde), que meu (s) filho (s) com idade entre 21 e 24 anos, estudante(s), abaixo informado(s) é (são) meu(s) dependente(s) econômico(s) legal(is):

NOME DO FILHO (A)	CPF DO FILHO (A)

Estou ciente de que a inveracidade da declaração por mim firmada constitui falta grave, passível de punição prevista na Lei 8112/90.

Governador Valadares, / / .

Assinatura do(a) servidor(a)