

Base Legal: Portaria Normativa nº 01/2017, publicada no D.O.U. de 10/03/2017

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

PARA REQUERIMENTO ONDE CONSTA SOMENTE TITULAR

- ▶ Declaração da Operadora atestando que possui autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou comprovar regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização, atendendo pelo menos, o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela ANS, observado o disposto nesta Portaria Normativa. [**Modelo Anexo I**]
- ▶ 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

- ▶ Documentação citada acima para titular;
- ▶ Cópia da certidão de casamento ou declaração do próprio(a) servidor(a) de que possui União Estável (declaração válida somente no caso da União Estável já estar designada na UFJF);
- ▶ Cópia da certidão de nascimento para filho(a)/enteado(a) solteiro(a) até 21 anos de idade;
- ▶ Cópia da certidão de nascimento para filho(a)/enteado(a) inválido(a). Anexar também, neste caso, uma declaração do próprio(a) servidor(a) de que já houve designação deste(a) filho(a)/enteado(a) na UFJF;
- ▶ Cópia da certidão de nascimento de filho(a)/enteado(a) entre 21 e 24 anos de idade. Neste caso anexar também: comprovante de matrícula do filho(a)/enteado(a) em curso regular reconhecido pelo MEC e declaração em que conste que o(a) filho(a)/enteado(a) é dependente economicamente do(a) servidor(a) [**Modelo Anexo II**]. No caso de filho(a)/enteado(a) em que ambos os pais sejam servidores públicos, o ressarcimento ocorrerá somente para um destes servidores; Para enteados(as), favor anexar documentos que comprove o vínculo entre Mãe/Madrasta e Pai/Padrasto;
- ▶ 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(a) servidor(a);

Observações:

- 1) *Todos dependentes devem estar previamente cadastrados no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape) (Formulário para cadastro: RH-065).*
- 2) *As cópias devem ser conferidas com o documento original.*
- 3) *A cópia do termo de adoção ou termo de guarda pode substituir a certidão de nascimento de filho(a)/enteado(a), se for o caso.*
- 4) *Para fins de recebimento do benefício, são beneficiários do plano de assistência à saúde os citados no artigo 5º da Portaria Normativa.*

DADOS DO REQUERENTE			
NOME DO(A) REQUERENTE			
DATA DE NASCIMENTO	CPF	MATRÍCULA SIAPE	
<input type="checkbox"/> SERVIDOR(A) ATIVO(A)		<input type="checkbox"/> SERVIDOR(A) APOSENTADO(A)	
<input type="checkbox"/> PENSIONISTA			
CARGO	TELEFONE	E-MAIL	
UNIDADE/SUBLOTAÇÃO			
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
RUA		Nº / COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	CEP	UF

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 Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape) através do formulário RH-065 (encaminhar o formulário à GCAD/CAP/PROGEPE).

Nome:	CPF:
Data Nasc.:	Parentesco: Inválido: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Nome:	CPF:
Data Nasc.:	Parentesco: Inválido: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Nome:	CPF:
Data Nasc.:	Parentesco: Inválido: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Nome:	CPF:
Data Nasc.:	Parentesco: Inválido: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

- * Pai/mãe (padrasto/madrasta) não são dependentes legais para fins de ressarcimento.
- * Pensionistas não possuem dependentes legais para fins deste benefício.

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 Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape) para mim e dependentes acima listados.

Declaro que AUTORIZO previamente a reposição ao erário de valores recebidos indevidamente.

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do(a) Requerente Servidor(a)/Pensionista

Observação:

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

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) a 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 dependentes [filhos(as)/enteados(as)] com idade compreendida entre 21 e 24 anos, em apresentar **semestralmente** (comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação e Declaração de dependência econômica) destes dependentes 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.

- 6) Comunicar de imediato, caso tenha ocorrido mudança de operadora do plano ou alteração no valor da mensalidade, apresentando os comprovantes de despesas com plano de saúde.

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 (planodesaude.progepe@ufjf.edu.br) ou caso seja apresentado fotocópia sem apresentação do documento original, a Universidade Federal de Juiz de Fora 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 Integrado de Administração de Recursos Humanos (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.

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do(a) Requerente Servidor(a)/Pensionista

Observação:

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

ANEXO I

(Modelo para uso da operadora)

PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



**AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO
(RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE)**

DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE

Por meio da presente, a _____,
inscrita no CNPJ/MF _____, com endereço: _____
_____, **DECLARA**, sob as penas da Lei, que o Plano de Assistência à Saúde
Suplementar contratado pelo(a) servidor(a)/pensionista: _____,
Matrícula SIAPE nº _____, está registrada na Agência Nacional de Saúde - ANS sob o
nº _____, atendendo 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, observado o
disposto da **Portaria Normativa Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2017**.

A presente **DECLARAÇÃO** destina-se a possibilitar a concessão do Auxílio de Caráter
Indenizatório ao (a) servidor(a)/pensionista da Universidade Federal de Juiz de Fora, para ressarcimento parcial dos
custos com o Plano de Assistência à Saúde contratado.

Estamos cientes de que a falsidade das informações aqui prestadas incorre no disposto no art. 299 do
Código Penal Brasileiro – CPB.

_____, _____ de _____ de _____

Responsável pela operadora de Plano de Assistência à Saúde

ANEXO II

(Modelo para uso do(a) servidor (a))

PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS



**AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO
(RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE)**

DECLARAÇÃO

Eu, , SIAPE _____,

declaro, para fins de requerimento do benefício Auxílio de Caráter Indenizatório (ressarcimento de plano de saúde), que meu(s) filho(s)/enteado(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(A) FILHO(A)/ENTEADO(A)	CPF DO(A) FILHO(A)/ENTEADO(A)

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

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do(a) servidor(a)