

**PRODEP**

PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO SAÚDE SUPLEMENTAR - RESSARCIMENTO**DADOS DO/A REQUERENTE:**

Nome:		Matrícula:	Unidade/Órgão:
Nome Social:			
Situação Funcional: [] Ativo [] Aposentado [] Pensionista	E-mail:		DDD e Telefone:

DADOS DO PLANO DE SAÚDE:

Nome do Plano/Empresa contratado:	
Código do registro da Operadora na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): (acessar em https://www.ans.gov.br/COMPROVA)	Número do registro do Plano de Saúde na ANS: (acessar em https://www.ans.gov.br/COMPROVA)

Valor individual do Servidor/Aposentado/Pensionista titular do contrato do Plano:**FINALIDADE DA SOLICITAÇÃO - TITULAR:**

- [] Inclusão do Auxílio [] Exclusão do Auxílio [] Alteração do valor do Plano (apenas se o valor do Plano passar a ser inferior ao valor do Auxílio)
- [] Alteração de Plano e/ou Empresa
- [] Restabelecimento do Auxílio já concedido anteriormente, com pagamento de valores retroativos de/..... (mês/ano) a/..... (mês/ano), por ausência de comprovação tempestiva da manutenção regular do Plano, referente ao período de/..... (mês/ano) a/..... (mês/ano)

DADOS DE DEPENDENTES (apenas para Servidor ou Aposentado):**CONDIÇÃO:**

- [A] - Cônjuge ou companheiro/a em união estável; [B] - Filho/a ou enteado/a, até 21 anos de idade; [C] - Filho/a ou enteado/a maior de 21 e até 24 anos de idade, desde que dependente economicamente do servidor/aposentado e também estudante de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- [D] - Filho/a ou enteado/a inválido/a, enquanto durar a invalidez; [E] - Menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição;
- [F] - Pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de Pensão Alimentícia (desde que não haja Dependente na condição A);

FINALIDADE:

- [1] - Inclusão de Dependente [2] - Exclusão de Dependente
- [3] - Alteração do valor do Plano (apenas se o valor do Plano passar a ser inferior ao valor do Auxílio)
- [4] - Restabelecimento do Auxílio já concedido anteriormente, com pagamento de valores retroativos de/..... (mês/ano) a/..... (mês/ano), por ausência de comprovação tempestiva da manutenção regular do Plano, referente ao período de/..... (mês/ano) a/..... (mês/ano)

Dep. 01 Condição [] Finalidade: [] (conforme legendas acima)

Nome:	Nome da Mãe:
CPF:	Valor individual do Dependente no Plano:

Dep. 02 Condição [] Finalidade: [] (conforme legendas acima)

Nome:	Nome da Mãe:
CPF:	Valor individual do Dependente no Plano:

Dep. 03 Condição [] Finalidade: [] (conforme legendas acima)

Nome:	Nome da Mãe:
CPF:	Valor individual do Dependente no Plano:

Dep. 04 Condição [] Finalidade: [] (conforme legendas acima)

Nome:	Nome da Mãe:
CPF:	Valor individual do Dependente no Plano:

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

Finalidade:	Documentos:
Inclusão do Titular	<ul style="list-style-type: none"> Cópia do Contrato do Plano Comprovante do último pagamento realizado
Exclusão do Titular	Nenhum (apenas esta Solicitação preenchida)
Exclusão de Dependente (apenas para Servidor ou Aposentado)	Nenhum (apenas esta Solicitação preenchida)
Alteração do valor do Plano (apenas se o valor do Plano passar a ser inferior ao valor do Auxílio)	<ul style="list-style-type: none"> Cópia do Contrato e Comprovante do último pagamento realizado
Alteração de Plano e/ou Empresa	<ul style="list-style-type: none"> Cópia do Contrato e Comprovante do último pagamento realizado
Restabelecimento do Auxílio já concedido anteriormente, com pagamento de valores retroativos	<ul style="list-style-type: none"> Comprovação da manutenção regular do Plano no período referente à ausência da comprovação, até a data atual, inclusive para o(s) Dependente(s) (se houver), por meio de boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento, ou de declaração da Operadora/Administradora de Benefícios, discriminando valores mensais de cada ano, por beneficiário e atestando sua quitação

Inclusão de Dependente (apenas para Servidor ou Aposentado)

- Cópia do Contrato do Plano com a inclusão do Dependente
- Comprovante do último pagamento realizado com a inclusão do Dependente
- Na hipótese de inclusão de Dependentes para o Auxílio, que, por imposição das regras da Operadora/Administradora de Benefícios, não for possível a inscrição destes no Plano como dependentes do Titular, obrigando a feitura de um contrato para cada beneficiário:
 - Cópia do Plano contratado pelo Dependente e comprovante do último pagamento realizado;
 - Declaração/Documento do Plano informando a impossibilidade de inclusão de dependentes no contrato do Titular, devido às suas regras de comercialização;
 - Documentos idôneos, atualizados e capazes de comprovar a veracidade da dependência econômica do beneficiário em relação ao recurso do servidor/aposentado para sua sobrevivência (Declaração Anual do Imposto de Renda).
- Documentação do Dependente, sendo:
 - **Cônjuge:** cópia da Certidão de Casamento e do RG/CPF do cônjuge
 - **Companheiro/a em união estável:** cópia da Escritura Pública referente à constituição da união estável e do RG/CPF do/a companheiro/a
 - **Filho/a:** cópia do RG/CPF ou da Certidão de Nascimento
 - **Enteado/a:** cópia do RG/CPF e da comprovação inequívoca do vínculo com o servidor/aposentado
 - **Filho/a ou enteado/a maior de 21 e até 24 anos de idade, que seja dependente economicamente do servidor/aposentado e também estudante:** cópia do RG/CPF do filho/enteado e ainda: documentos idôneos, atualizados e capazes de comprovar a veracidade da dependência econômica preponderantemente do recurso do servidor/aposentado para sua sobrevivência (Declaração Anual do Imposto de Renda), e comprovante atualizado de matrícula em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação
 - **Filho/a ou enteado/a inválido/a:** cópia do RG/CPF e do laudo referente à invalidez, emitido por Junta Médica Oficial
 - **Menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição:** cópia do RG/CPF do menor e do Termo de Guarda Judicial, ainda que provisório, decorrente de processo de adoção, ou da Sentença;
 - **Pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de Pensão Alimentícia (desde que não haja Dependente na condição A):** cópia do RG/CPF do ex-cônjuge/ex-companheiro, cópia da determinação judicial para pagamento da Pensão Alimentícia e cópia da documentação que ateste o divórcio/dissolução judicial da união estável

DECLARAÇÕES DO/A REQUERENTE:

Estou ciente de que:

- O Auxílio Saúde Suplementar somente é devido a partir da data do requerimento inicial, não retroagindo a meses anteriores;
- Dependentes só fazem jus ao Auxílio Saúde Suplementar quando também inscritos como tais no mesmo Plano de Saúde do qual sou Titular, exceto quando, por imposição das regras da Operadora/Administradora de Benefícios, não seja possível a inscrição de Dependentes, obrigando a feitura de um contrato para cada beneficiário. Ainda nesta hipótese, estou ciente de que deve existir prova inequívoca da minha responsabilidade financeira relativamente a esses Dependentes;
- Faço jus ao Auxílio apenas quando mantida a contratação particular de Plano de Saúde com autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou com comprovação de regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização. Estou ciente também que o Plano contratado deverá atender, pelo menos, ao padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas por aquela Agência;
- Devo informar imediatamente à Coordenação de Gestão de Pessoas qualquer alteração relacionada ao Plano de Saúde em tela, quanto aos eventos que impliquem a perda do meu direito e/ou de meus Dependentes ao Auxílio, a exemplo do cancelamento da contratação, da exclusão/perda da condição de beneficiários, da alteração do Plano contratado e da alteração do valor do Plano (esta última apenas se o valor passar a ser inferior ao valor do Auxílio recebido);
- Devo apresentar, anualmente, após solicitação da Coordenação de Gestão de Pessoas, a comprovação da manutenção regular do Plano no(s) ano(s) anterior(es), inclusive para o(s) Dependente(s) (se houver), por meio de boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento, ou de declaração da Operadora/Administradora de Benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário e atestando sua quitação;
- Na hipótese de ausência da comprovação a que se refere o item anterior, ou mediante identificação de que o Plano contratado não atende à legislação que versa sobre a concessão do Auxílio Saúde Suplementar, o pagamento do benefício poderá ser automaticamente suspenso pela Universidade e haverá cobrança posterior, mediante reposição ao Erário, dos valores recebidos indevidamente;
- Constitui crime previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Perda da qualidade de dependente.

Declaro que:

- Sou o titular do contrato particular firmado junto ao Plano e também o seu responsável financeiro;
- Não recebo, inclusive para meus dependentes cadastrados na UFBA, Auxílio Saúde Suplementar de outro Órgão ou entidade integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC);
- São verdadeiras as informações prestadas nesta Solicitação. Na hipótese de esta Solicitação se referir ao Restabelecimento do Auxílio já concedido anteriormente, declaro que me mantenho no mesmo Plano informado à UFBA anteriormente.

Data:/...../.....

Assinatura:.....