

Ministério da Educação Universidade Federal da Integração Latino-Americana Pró-reitoria de Gestão de Pessoas - PROGEPE Departamento de Promoção e Vigilância à Saúde - DPVS

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE TITULAR E/OU DEPENDENTE AO BENEFÍCIO SAÚDE AUXÍLIO PER CAPITA

) INCLUSÃO DE SERVIDOR			
() INCLUSÃO DE SERVIDOR E DEPENDENTE(S) () INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)			
inclused be beliefule(3)			
Servidor:			
Matrícula SIAPE:			
Cargo:			
Setor/Departamento:			Ramal/Telefone:
Plano de Saúde			
() Particular, qual?			
() Convênio Aliança () Associação dos Servidores (ASSFEFI)			
DEPENDENTES:			
Nome do Dependente	Nascimento	Código	Porta necessidade especial ou é estudante?

Declaro, estar ciente da Portaria nº 1 de 9 de março de 2017:

- alterações no valor, inclusão, exclusão de dependente ou cancelamento do plano deverão ser comunicadas imediatamente ao DPVS;

6- Mãe

Códigos: 1- Cônjuge ou Companheiro/a 2- Filho/a 3- Enteado 4- Guarda Judicial

- 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; a não comprovação das despesas torna suspenso o benefício, devendo o servidor fazer reposição ao erário, conforme descrito na Portaria

Sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações preenchidas acima, e que o(s) respectivo(s) dependente(s) vive(m) as minhas expensas.

ATENÇÃO

OS PROCESSOS SÃO ABERTOS NO DPVS

Comparecer pessoalmente com as vias originais, ou enviar cópias contendo fé pública proferida por outro servidor que não o requerente

- 1- Contrato com a operadora do plano de saúde ou Declaração de Titularidade, constando nome do titular (deve ser o servidor) e dos dependentes;
- 2- RG e CPF do servidor;
- 3- RG e CPF dos dependentes e ou cópia da certidão de nascimento com CPF, quando filho ou guarda judicial;
- 5- Comprovante de matrícula atualizado de instituição de ensino regular reconhecido pelo MEC, caso o filho(a) ou dependente legalmente constituído esteja na faixa etária entre 21 e 24 anos;
- 6- Certidão de casamento ou escritura pública de união estável com companheiro(a) ou união estável homoafetiva.
- 7- Pagamento da última mensalidade. Que deve ser do mesmo mês de abertura do processo.



Ministério da Educação Universidade Federal da Integração Latino-Americana Pró-reitoria de Gestão de Pessoas - PROGEPE Departamento de Promoção e Vigilância à Saúde - DPVS

Ao Departamento de Promoção e Vigilância à Saúde - DPVS

VENHO REQUERER auxílio de caráter indenizatório por meio de ressarcimento, em conformidade com o disposto na <u>Portaria Normativa</u> nº, 01/2017-SEGRT-MP publicada no D.O.U. de 10/03/2017 e assumo, voluntariamente, sob as penas da Lei, os seguintes compromissos:

- ESTOU CIENTE de que o ressarcimento mensal ocorrerá a partir do mês de apresentação deste requerimento e seus anexos ao DPVS e que, independente desta data, a comprovação das despesas efetuadas 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: boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento; declaração da operadora ou administradora de beneficios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação; ou outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos;
- ESTOU CIENTE de que o usufruto de férias, licença ou afastamento durante o mês de abril não me desobriga da comprovação das despesas efetuadas;
- ESTOU CIENTE de que caso requeira exoneração, a comprovação das despesas efetuadas deverá se dar antes de meu afastamento da UNILA;
- ESTOU CIENTE de que o valor recebido é a título de ressarcimento, podendo atingir o limite previsto de *per capita* de direito constante na Portaria nº 8 de 13 de janeiro de 2016 e que os valores ressarcidos indevidamente a maior, se houver, serão objeto de processo de reposição ao erário.
- ESTOU CIENTE de que caso não comprove as despesas efetuadas terei meu beneficio suspenso e o DPVS instaurará processo visando à reposição ao erário;
- ESTOU CIÉNTE de que devo comunicar formalmente ao DPVS qualquer alteração que ocorra e que divirja do que ora é requerido por mim, inclusive mudança de valores ou de plano de saúde, troca de operadora ou eventual desligamento do plano, assim como inclusão ou exclusão de beneficiário(s);
- ESTOU CIENTE de que DPVS poderá solicitar-me, a qualquer tempo, documentações complementares;
- ESTOU CIENTE de que receberei per capita somente de meus dependentes que estiverem previamente cadastrados no sistema SIAPE;
- **DECLARO** que meu(s) filho(s) ou dependente(s) legalmente constituído(s) com idade entre 21 e 24 anos, estudante(s), é(são) meu(s) dependente(s) econômico(s) legal(is);
- COMPROMETO-ME a manter atualizado meu cadastro de dependentes junto à Gestão de Pessoas da UNILA. Portanto, COMPROMETO-ME ainda, caso possua ou venha a possuir filho(s) ou dependente(s) legalmente constituído(s) e que sejam meus dependente(s) econômico(s) legal(is) com idade compreendida entre 21 e 24 anos, a apresentar semestralmente ao DPVS comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo MEC (declaração, carnê ou boleto);
- AUTORIZO a reposição ao erário de valores recebidos indevidamente;
- ESTOU CIENTE de que o descumprimento dos compromissos aqui firmados e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição prevista na Lei nº. 8.112 de 11/12/1990.