

Anexo 1

**SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE TITULAR E/OU DEPENDENTE AO BENEFÍCIO SAÚDE**  
Formulário de Solicitação de Assistência à Saúde Suplementar

- ( ) INCLUSÃO DE SERVIDOR  
( ) INCLUSÃO DE SERVIDOR E DEPENDENTE(S)  
( ) INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)

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?

Códigos: 1- Cônjuge ou Companheiro/a    2- Filho/a    3- Enteado    4- Guarda Judicial    5- Pai    6- Mãe

**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;

- 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.

**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 [Portaria Normativa 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 benefícios, 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 benefício suspenso e o DPVS instaurará processo visando à reposição ao erário;
- **ESTOU CIENTE** 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](#).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ assinatura do servidor