|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Universidade Federal da Paraíba  Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas  Central de Atendimento ao Servidor |  |

|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO SAÚDE – APOSENTADOS E PENSIONISTAS** |

|  |
| --- |
| A Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas |
| A/C da Divisão de Benefícios ao Servidor - DBS |

**Favor preencher LETRA DE FORMA. Grato(a)!**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome (titular do plano): | | | | | |
| Endereço: | | | Nº: | | CEP: |
| Bairro: | Telefone: | | | Celular: | |
| Nº Matrícula SIAPE: | | Nº Matrícula UFPB: | | | |
| CPF: | | R.G.: | | | |
| Lotação: | | | | | |
| Cargo: | | Função: | | | |
| Situação Funcional: Cedido Requisitado(a) Ativo Permanente Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

|  |
| --- |
| Auxílio Saúde referente ao mês \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do ano \_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do dependente | CPF | Grau de Parentesco | Sexo | |
| M | F |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Declaro, sob as penas da lei, para fins de prova junto a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, que as informações são verdadeiras e pelas quais me responsabilizo. |

|  |
| --- |
| Assinatura do Servidor: |
| João Pessoa,      /     / |

**Observações importantes:**

* **Os pedidos que não estiverem devidamente documentados estarão sujeitos a indeferimento;**

Auxílio Saúde é o benefício devido ao servidor ativo, inativo e o pensionista, de caráter indenizatório, realizado

Auxílio Saúde é o benefício devido ao servidor ativo, inativo e o pensionista, de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência a saúde suplementar que atenda às exigências contidas no termo de referência anexo à Portaria nº 01, de 09 de março de 2017.

O auxílio será consignado no contracheque do titular do benefício e será creditado no mês subsequente à apresentação da cópia do boleto e da cópia do comprovante de pagamento, **pago até a data de vencimento,** desde que, entregue na Central de Atendimento ao Servidor da PROGEP.

|  |  |
| --- | --- |
| **Titular** | **Documentos originais e cópias** |
| Servidor ativo, inativo e pensionista. | * Declaração da operadora informando que o referido plano de saúde está de acordo com a Portaria nº 01, de 09 de março de 2017. |
| **Dependentes** | **Documentos originais e cópias** |
| Cônjuge ou companheiro(a) de união estável.  Companheiro(a) de união estável homoafetiva. | * Cônjuge: Certidão de Casamento. * Companheiro(a):Certidão de Nascimento e Declaração de União Estável com firma reconhecida em Cartório. * RG e CPF (documento necessário para cruzamento de informações). |
| Filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez. | * Certidão de Nascimento. * Laudo Médico a ser submetido aos procedimentos da perícia médica da instituição (em caso de invalidez). * RG e CPF (documento necessário para cruzamento de informações). |
| Filhos e enteados entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação. | * Certidão de Nascimento. * Cópia da Declaração do Imposto de Renda, onde conste a relação dos dependentes econômicos do declarante. * Comprovante de matrícula atualizado de curso regular, reconhecido pelo MEC. * RG e CPF (documento necessário para cruzamento de informações). |
| Menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial. | * Certidão de Nascimento. * Termo de Guarda ou Tutela. * RG e CPF (documento necessário para cruzamento de informações). |

**Informações Gerais:**

O auxílio saúde poderá ser requerido também para cobrir despesas com planos de assistência odontológica, observadas as regras contidas no art. 27 da Portaria 01/2017.

**Dúvidas e informações pelo e-mail:** dbs@progep.ufpb.br