



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI**  
**PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**  
**COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL**

Campus de Juazeiro do Norte-CE  
CEP: 63.048-080 – Avenida Tenente Raimundo Rocha, 1639 – Bairro Cidade Universitária  
[atendimento.progep@ufca.edu.br](mailto:atendimento.progep@ufca.edu.br) / 88-3221.9310 / 9311

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**

Decreto 4978/04 e Portaria Normativa nº 01/2017

**SOLICITAÇÃO DO SERVIDOR**

Inicial  Inclusão de beneficiários  Exclusão de beneficiários:  Titular  Dependentes

Nome: \_\_\_\_\_

Mat. SIAPE: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Unidade de Lotação: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Dados do Dependente – Cônjuge / Companheiro (a): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Dt.Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dados do Dependente – Filho(s) (as) / enteado (as) / menor sob guarda ou tutela:

CPF \_\_\_\_\_ Dt.Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estudante 21 a 24 anos:  Sim  Não

CPF \_\_\_\_\_ Dt.Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estudante 21 a 24 anos:  Sim  Não

CPF \_\_\_\_\_ Dt.Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estudante 21 a 24 anos:  Sim  Não

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Solicitante (Carimbo ou SIAPE)




**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS / OBSERVAÇÕES**



Documento que comprove a titularidade do Plano de saúde, bem como os dependentes, caso haja;



Comprovante de quitação do mês de abertura do processo ou documento emitido pelo plano de saúde ou Administradora de benefícios, em que constem os nomes dos beneficiários (titular e dependentes) e os valores pagos para cada beneficiário, bem como o mês a que se refere;

-  Certidão de casamento ou certidão de união estável ou ato declaratório de união estável registrado em cartório, inclusive se a relação for homo-afetiva, original. Na ausência da via original, cópia autenticada;
  -  Certidão de nascimento original do (as) filho (as), enteados (as) ou do menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição. Na ausência da via original, cópia autenticada;
  -  Declaração da Operadora de que Plano de saúde atende o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde, editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Art. 26);
- Obs1: A assistência a saúde suplementar se extingue para o beneficiário que atingir 21 anos de idade. Nesse caso, o servidor deve ingressar com novo pedido em relação a este, conforme Art. 5º, inciso III, alínea e, da Portaria Normativa nº 01/2017.
- Obs2: A comprovação das despesas com o plano de saúde ocorre anualmente, até o último dia útil do mês de abril, enquanto receber o benefício (art. 30 da Portaria nº 01/2017);
- Obs3: O servidor deve informar imediatamente toda e qualquer alteração contratual com o plano de saúde (inclusão, exclusão de dependentes, mudança ou cancelamento e, ainda, divórcio ou dissolução de união estável, óbito, etc);
- Obs4: Para os dependentes filhos de 21 a 24 anos, o servidor deverá apresentar semestralmente a comprovação da condição, devendo solicitar a exclusão, se ocorrer interrupção ou conclusão dos estudos antes de o mesmo completar 24 anos.
- Obs5: O documento deverá ser escaneado no ato de abertura do processo.