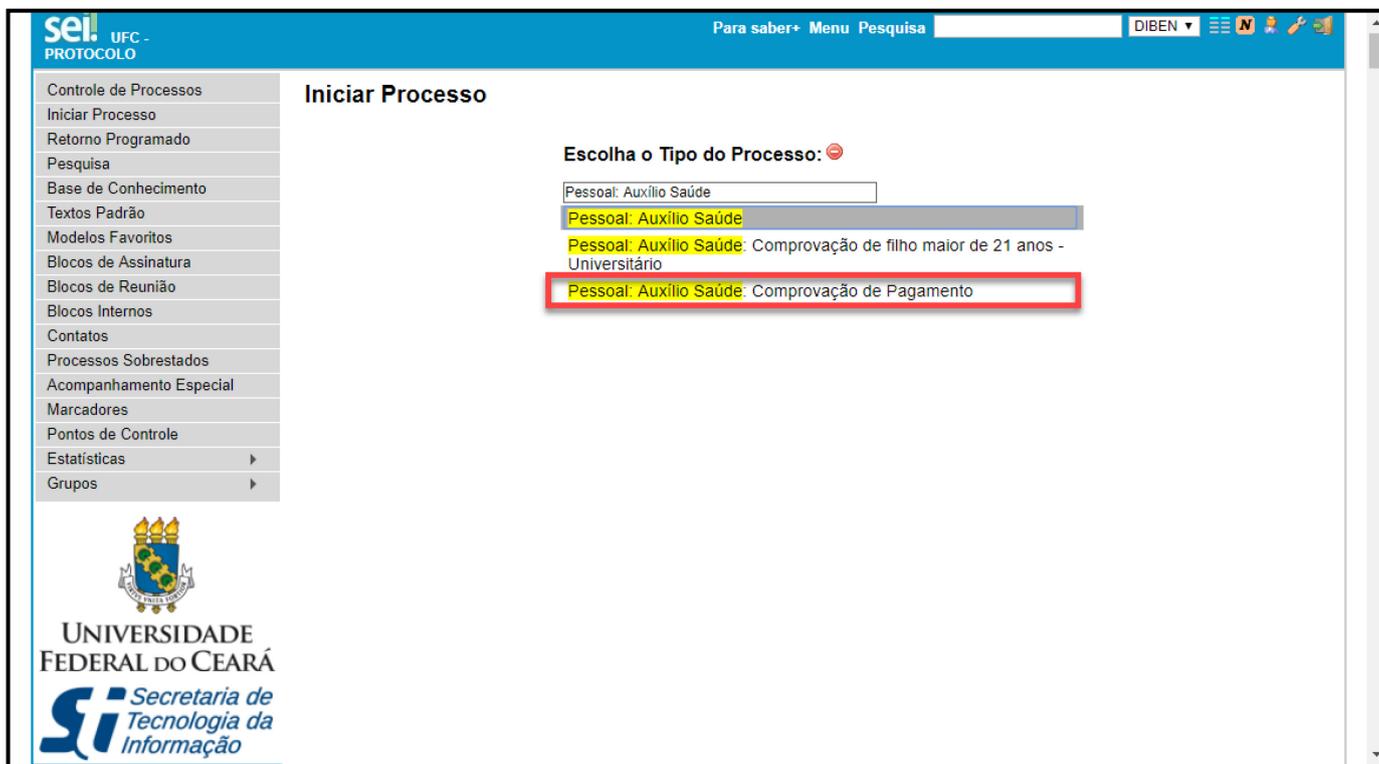


- 1) Acessar <https://sei.ufc.br>, opção “Iniciar processo”, tipo de processo: “Pessoal: Auxílio Saúde: Comprovação de Pagamento”.



- 2) Preencher o campo “Especificação” com o nome do titular do plano de saúde e o plano de saúde. No campo “Interessado” informar o nome do servidor titular do plano de saúde. Em “Nível de acesso” marcar a opção “Restrito” e em “Hipótese Legal” selecionar “Informação Pessoal (Art. 31 da Lei nº 12.527/2011)” e SALVAR.

## Iniciar Processo

Salvar Voltar

### Protocolo

- Automático  
 Informado

### Tipo do Processo:

Pessoal: Auxílio Saúde: Comprovação de Pagamento ▼

### Especificação:

**INFORMAR O PLANO DE SAÚDE E O NOME DO TITULAR**

### Classificação por Assuntos:

026.192.a - ASSISTÊNCIA À SAÚDE (inclusive Planos de Saúde)



### Interessados:

**INFORMAR O NOME DO SERVIDOR INTERESSADO.**



### Observações desta unidade:

Área de texto para observações.

### Nível de Acesso

- Sigiloso  Restrito  Público

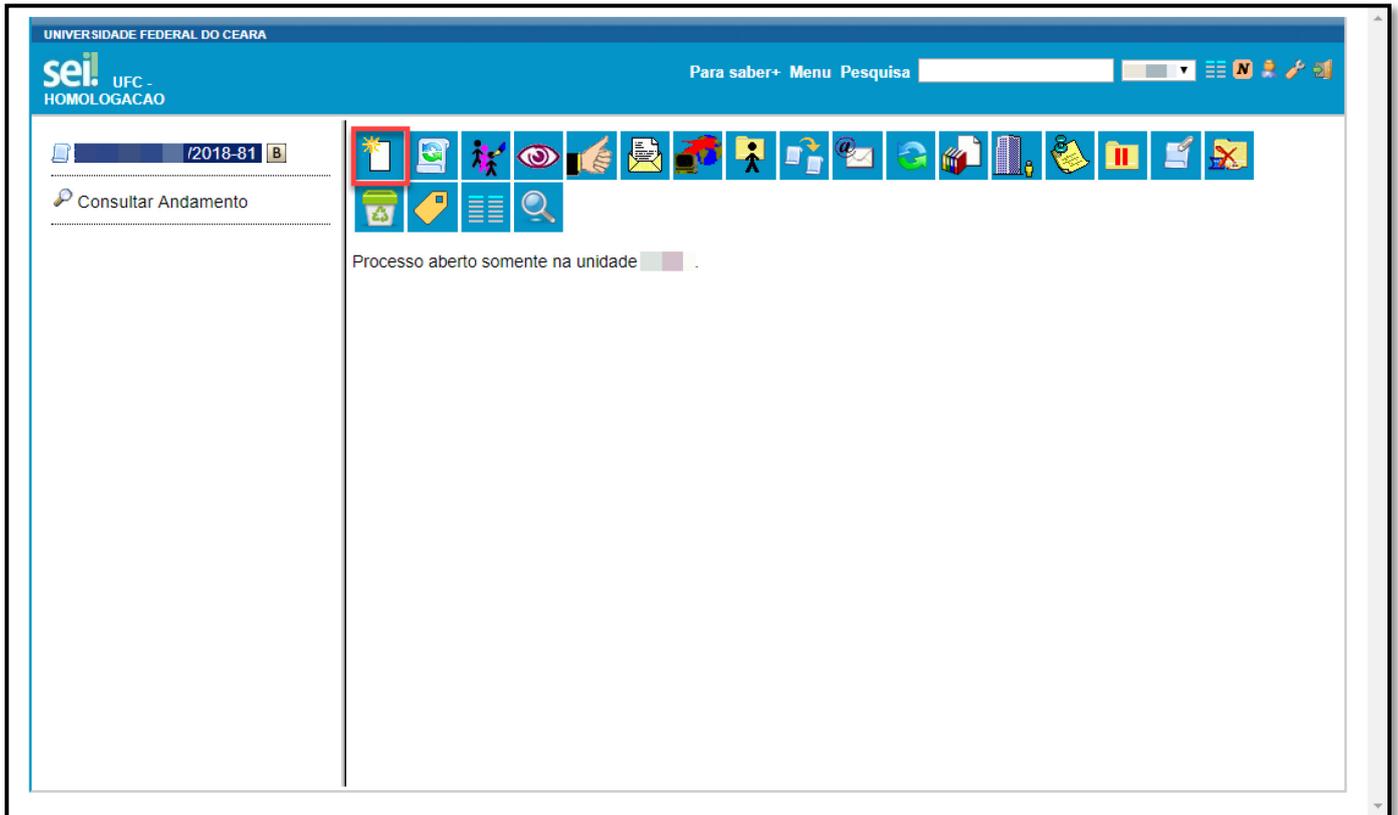
### Hipótese Legal:

**Informação Pessoal (Art. 31 da Lei nº 12.527/2011)** ▼

Salvar Voltar

3) Ao clicar em SALVAR, será gerado um novo processo. A seguir deve-se clicar na opção “Incluir documento”

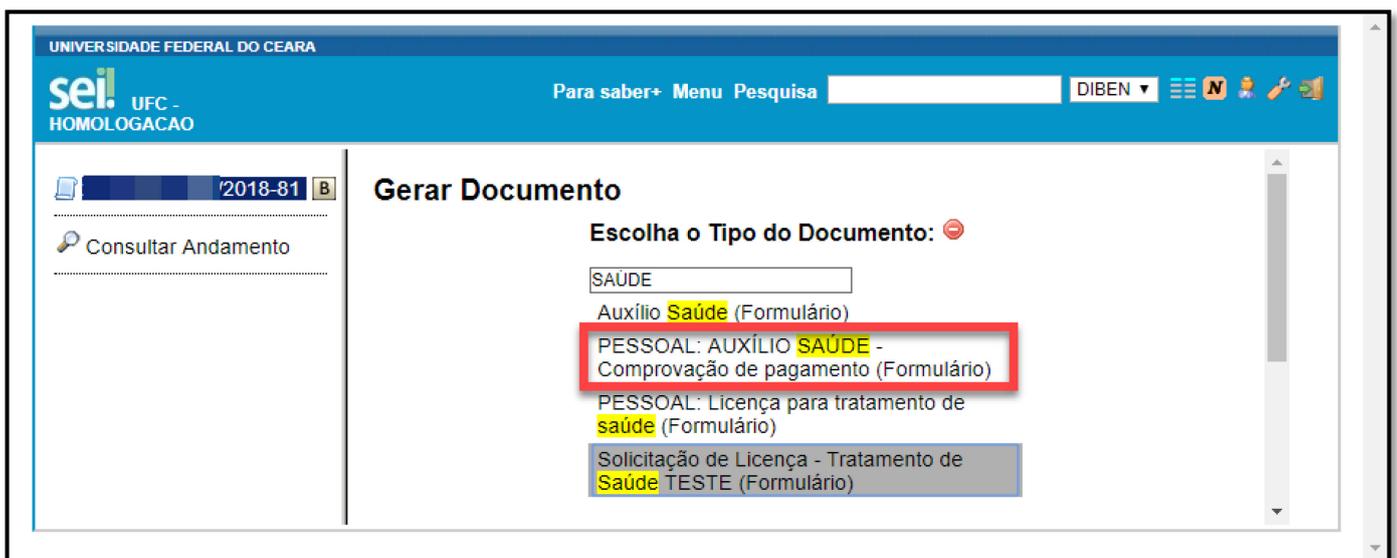
Ícone .



4) Na tela seguinte, “Gerar Documento”, informar o tipo de documento: “PESSOAL: AUXÍLIO SAÚDE - Comprovação de pagamento (Formulário)”. Deve-se preencher o formulário com as informações solicitadas. Após preenchimento do formulário é necessário realizar a **assinatura eletrônica do formulário**,

através do ícone .

No ANEXO I deste documento é possível verificar o modelo do formulário do Sistema SEI.



5) A seguir, deve-se clicar novamente na opção “Incluir documento”. Tipo do documento: “Externo”.

- 6) Preencher os campos: “Tipo de documento”, “Data do documento”, “Formato” (**Atenção para o campo “Tipo de Conferência”**), “Classificação por assuntos” e “Anexar arquivo”, conforme a seguir e ao finalizar clicar em “Confirmar Dados”.

\* Todo documento digitalizado torna-se cópia e, como tal, necessita ser autenticado por outro servidor no momento de sua inserção no processo.

### Registrar Documento Externo

Tipo do Documento: **PESSOAL: Comprovante pagamento de Plano de Saúde** Data do Documento: **Informar data**

Número / Nome na Árvore:

**Formato**

Nato-digital **Informar o formato do arquivo.**

Digitalizado nesta Unidade

Remetente:

Interessados:

Classificação por Assuntos:

**026.192.a – ASSISTÊNCIA À SAÚDE (Inclusive Planos de Saúde)**

Observações desta unidade:

**Nível de Acesso**

Sigiloso  Restrito  Público

Anexar Arquivo:  Nenhum arquivo selecionado **Anexar os comprovantes de pagamento.**

Lista de Anexos (0 registros):

Nome	Data	Tamanho	Usuário	Unidade	Ações
------	------	---------	---------	---------	-------

- 7) Finalmente, após preenchido o formulário de comprovação de pagamento e anexado o comprovante de pagamento, deve-se enviar o processo na opção “**Enviar Processo**”, ícone , selecionar a unidade **DIBEN** – Divisão de Administração de Benefícios.

## ANEXO I - FORMULÁRIO DE COMPROVAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

### Gerar Formulário

[Confirmar Dados](#)

[Voltar](#)

#### PESSOAL: AUXÍLIO SAÚDE - Comprovação de pagamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

AUXÍLIO SAÚDE - COMPROVAÇÃO DE PAGAMENTO  
Decreto nº 4978/04 e Portaria Normativa nº 01/2017

Documentos Necessários (CÓPIAS AUTENTICADAS):

- 1) Boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento; OU
- 2) Declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação.

Obs: Todas as cópias podem ser autenticadas na Central de Relacionamento mediante a apresentação do documento original.

A(O) Senhor(a) Pró-Reitor(a) de Gestão de Pessoas

:

Informo abaixo o(s) valor(es) pago(s) à operadora do Plano de Saúde contratada, referente ao:

Ano do Pagamento:

1 - Dados do Requerente:

**SIAPE:**

**Nome completo:**

**Nome Social:**

**Cargo/Função:**

**Telefone Residencial/Celular:**

**CPF:**

**E-mail:**

**Nome Operadora de Saúde:**

**Tipo de Contrato:**

ADUFC

- SINTUFC  
 Contrato Individual

Nome/Nome Social do Dependente 1:

Código Dependente 1: (1 - Cônjuge ou Companheiro(a); 2 - Filho(a); 3 - Enteado(a); 4 - Guarda Judicial):

Data de Nascimento Dependente 1:

CPF Dependente 1:

É estudante entre 21 e 24 anos?

- SIM  
 NÃO

Nome/Nome Social do Dependente 2:

Código Dependente 2: (1 - Cônjuge ou Companheiro(a); 2 - Filho(a); 3 - Enteado(a); 4 - Guarda Judicial):

Data de Nascimento Dependente 2:

CPF Dependente 2:

É estudante entre 21 e 24 anos?

- SIM  
 NÃO

Nome/Nome Social do Dependente 3:

Código Dependente 3 (1 - Cônjuge ou Companheiro(a); 2 - Filho(a); 3 - Enteado(a); 4 - Guarda Judicial):

Data de Nascimento Dependente 3:

CPF Dependente 3:

É estudante entre 21 e 24 anos?

- SIM  
 NÃO

Nome/Nome Social do Dependente 4:

Código Dependente 4 (1 - Cônjuge ou Companheiro(a); 2 - Filho(a); 3 - Enteado(a); 4 - Guarda Judicial):

Data de Nascimento Dependente 4:

CPF Dependente 4:

É estudante entre 21 e 24 anos?

- SIM  
 NÃO

Nome/Nome Social do Dependente 5:

Código Dependente 5 (1 - Cônjuge ou Companheiro(a); 2 - Filho(a); 3 - Enteado(a); 4 - Guarda Judicial):

Data de Nascimento Dependente 5:

CPF Dependente 5:

É estudante entre 21 e 24 anos?

- SIM  
 NÃO

Art. 30 da Portaria Normativa nº 1, de 9 de março de 2017.

Independente do mês de apresentação do requerimento de que trata o art. 28 desta Portaria Normativa, a comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita uma vez por ano, até o último dia útil do mês de abril, acompanhada de toda a documentação comprobatória necessária, tais como:

I - boletos mensais e respectivos comprovantes de pagamento;

II - declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação; ou

III - outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

§ 1º Nos casos de exoneração ou retorno de servidor ou militar de ex-Território cedido, a apresentação dos documentos de que trata o caput deverá se dar antes de seu afastamento do órgão ou entidade concedente.

§ 2º O usufruto de férias, licença ou afastamento durante o mês de abril não desobriga o servidor ou militar de ex-Território do cumprimento do disposto no caput.

\*É necessária a assinatura do REQUERENTE.

\*\* Após o preenchimento do formulário, o processo deve ser encaminhado para a DIBEN - Divisão de Administração de Benefícios.