

## Passo a passo para inclusão do Plano de Saúde no Sistema SEI

- Acessar o SEI



The screenshot shows the login interface for the SEI system. At the top, the logo for 'sei! EBSEH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS' is displayed. Below the logo, there are three input fields: 'Usuário' (User), 'Senha' (Password), and a dropdown menu currently showing 'HUGG-Unirio'. A blue 'ACESSAR' (Access) button is positioned below the input fields. Underneath the button, the text 'Autenticação em dois fatores' (Two-factor authentication) is visible in a smaller font.

- Iniciar processo

- Clicar no “+” em verde para ver todos os tipos de processo

- Tipo de processo: “Pessoal: Gestão de folha de pagamento e benefícios”

Pesquisar no Menu

- Acompanhamento Especial
- Base de Conhecimento
- Blocos
- Contatos
- Controle de Prazos
- Controle de Processos
- Estatísticas
- Favoritos
- Grupos
- Iniciar Processo**
- Marcadores
- Painel de Controle
- Pesquisa
- Pontos de Controle
- Processos Sobrestados
- Retorno Programado
- Textos Padrão

### Iniciar Processo

Escolha o Tipo do Processo:

pessoal: gestão de folha

**Pessoal: Gestão de Folha de Pagamento e Benefícios**

- Protocolo automático
- Especificação: Inclusão de plano de saúde (informar o seu nome)
- Nível de acesso: Restrito
- Hipótese legal: Informação pessoal
- Salvar

#### Iniciar Processo

**Protocolo**

Automático  
 Informado

**Tipo do Processo:**  
Pessoal: Gestão de Folha de Pagamento e Benefícios

**Especificação:**  
Inclusão do plano de saúde (seu nome)

**Classificação por Assuntos:**  
023.11 - FOLHAS DE PAGAMENTO

**Interessados:**

**Observações desta unidade:**

**Nível de Acesso**

Sigiloso  Restrito  Público

**Hipótese Legal:**  
Informação Pessoal (Art. 31 da Lei nº 12.527/2011)

Salvar Voltar

#### - Incluir documento no processo

23819.003051/2025-31

Consultar Andamento

Processo aberto somente na unidade UAP/DIVGP/GAD/HUGG-Unirio.

#### - "Ressarcimento - Assistência Médica e Odontológica"

## Escolha o Tipo do Documento:

ress

**Ressarcimento - Assistência Médica e Odontológica**

- Informar seu nome, seu tipo de vínculo e sua matrícula.
- Informar se é uma inclusão, alteração (como a inclusão de um novo dependente ou de um plano novo) ou exclusão do benefício.
- Informar o nome do plano, nome do titular (tem que ser o funcionário EBSERH e plano em pessoa física para ter direito ao benefício);

FORMULÁRIO DE RESSARCIMENTO - BENEFÍCIO ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA

Solicito para os devidos fins:

Inclusão  Alteração  Exclusão  Comprovação anual

### 1. DADOS DO TITULAR

Nome	
Vínculo	
Matrícula	

### 2. DADOS DO PLANO DE SAÚDE

Nome do Plano:	
Titular do Plano:	
Responsável Financeiro (Imposto de Renda):	
Data de Nascimento do Titular:	
CPF:	

- Inserir informações e os dados de cada um dos dependentes (confirmar que todos os dependentes já estão cadastrados no sistema. Caso não, realizar o cadastro seguindo o passo a passo neste link: [https://www.canva.com/design/DAGkeMW\\_sOk/wgV\\_6o-wX74zzH8JQSIQlg/watch?utm\\_content=DAGkeMW\\_sOk&utm\\_campaign=designshare&utm\\_medium=link2&utm\\_source=uniquelinks&utm\\_id=h225f64b285](https://www.canva.com/design/DAGkeMW_sOk/wgV_6o-wX74zzH8JQSIQlg/watch?utm_content=DAGkeMW_sOk&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utm_id=h225f64b285))

### 3. DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

Dependente 1:

Grau de Parentesco:

- ) cônjuge/companheiro(a)  
 ) ex-cônjuge com percepção de pensão  
 ) filhos(as) e enteados(as), solteiros(as) de até 21 anos de idade incompletos ou, com incapacidade permanente, independentemente da idade;  
 ) maiores sob curatela do agente público, desde que concedida por decisão judicial.  
 ) filho(a) estudante de curso regular reconhecido pelo MEC com até 24 anos incompletos;

Data de Nascimento:

CPF:

Dependente 2:

Grau de Parentesco:

- ) cônjuge/companheiro(a)  
 ) ex-cônjuge com percepção de pensão  
 ) filhos(as) e enteados(as), solteiros(as) de até 21 anos de idade incompletos ou, com incapacidade permanente, independentemente da idade;  
 ) maiores sob curatela do agente público, desde que concedida por decisão judicial.  
 ) filho(a) estudante de curso regular reconhecido pelo MEC com até 24 anos incompletos;

Data de Nascimento:

CPF:

Dependente 3:

Grau de Parentesco:

- ) cônjuge/companheiro(a)  
 ) ex-cônjuge com percepção de pensão  
 ) filhos(as) e enteados(as), solteiros(as) de até 21 anos de idade incompletos ou, com incapacidade permanente, independentemente da idade;  
 ) maiores sob curatela do agente público, desde que concedida por decisão judicial.  
 ) filho(a) estudante de curso regular reconhecido pelo MEC com até 24 anos incompletos;

Data de Nascimento:

CPF:

- Conferir se os documentos solicitados a serem anexados no processo e salvar

### 4. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

- 1) Cópia do contrato/declarativo da operadora, nos casos de inclusão ou alteração;
- 2) Comprovantes de pagamento da mensalidade com discriminação do valor da mensalidade por beneficiário e respectivo(s) comprovante(s) de pagamento;
- 3) Documentos dos dependentes (certidão, CPF etc.);
- 4) Comprovante de matrícula no caso de estudantes até 24 anos incompletos;
- 5) Declaração de imposto de renda do(a) trabalhador(a), caso o dependente seja titular do plano.

### 5. DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR(A):

- 5.1. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e comprometo-me a informar as alterações referente aos dependentes, que importem perda de auxílio, bem como eventual desligamento do plano de saúde, sob pena de devolução dos valores indevidamente recebidos.
- 5.2. Declaro que meu cônjuge não recebe ressarcimento de mesma natureza e que não tenho este benefício em outro vínculo acumulável ou/e que não possuo plano de saúde subsidiado pelo Poder Público.
- 5.3. Estou ciente de que é vedada a percepção simultânea, caso haja duplo vínculo com a Administração Pública de quaisquer dos entes federativos, ou duplo vínculo com a Esberth, sob pena de reposição ao erário.

- Após, salvar o formulário e assinar o mesmo.



Assinatura de Documento

Assinar

Órgão do Assinante:  
HUGG-União

Assinante:

Cargo / Função:  
Assistente Administrativo

Senha  ou Certificado Digital

- Incluir um novo documento
- Externo

23819.003051/2025-31 Formulário de Ressarcimento de Plan

Gerar Documento

Consultar Andamento

Escolha o Tipo do Documento: +

Externo

- Tipo de documento: Anexo
- Data do documento: Informar a data em que o documento está sendo anexado
- Formato: Nato-digital
- Nível de acesso: Restrito
- Hipótese legal: Informação pessoal
- "Anexar arquivo...": Identificar o documento que deseja anexar no seu computador e anexar no processo.
- Deve ser anexado no processo:
  - O contrato do plano com o nome do titular, todos os dependentes e valores de cada um no plano
  - O boleto do mês em que o formulário for solicitado
  - O comprovante de pagamento desse mesmo boleto citado anteriormente

