



REQUERIMENTO - ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

(CONCESSÃO DE AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO, POR MEIO DE RESSARCIMENTO) Dados do (a) solicitante

Nome Completo: _____

Matrícula SIAPE: _____ e/ou CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Situação: Ativo () Aposentado () Beneficiário de Pensão ()

Telefone(s): _____ Celular: _____ E-mail: _____

() Incluir Servidor/Beneficiário () Excluir Servidor/Beneficiário () Alteração do mesmo plano

() Incluir Dependentes () Excluir Dependentes () Mudança para outro plano

Dados do(s) dependente(s)

Nome	Data de Nascimento	SEXO	Grau de Parentesco (vide verso)	Condição de Dependente (vide verso)
	____/____/____	() Maculino () Feminino	Cód.:	Cód.:
	____/____/____	() Maculino () Feminino	Cód.:	Cód.:
	____/____/____	() Maculino () Feminino	Cód.:	Cód.:
	____/____/____	() Maculino () Feminino	Cód.:	Cód.:
	____/____/____	() Maculino () Feminino	Cód.:	Cód.:
	____/____/____	() Maculino () Feminino	Cód.:	Cód.:

OBSERVAÇÕES:

- 1 – Para preenchimento deste formulário o servidor deverá orientar-se pelos códigos indicados no verso.
- 2 – Para a inclusão de qualquer dependente é obrigatório anexar cópia de CPF e do RG;
- 3 – O servidor deverá, obrigatoriamente, anexar os documentos que comprovem a relação de dependência;
- 4 – A inscrição, a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde são voluntárias e dependem do atendimento aos requisitos estabelecidos na Portaria Normativa SRH/MPOG n° 5 de 2010;
- 5 – Só será concedido o benefício após a entrega da documentação completa.

IMPORTANTE:

- O benefício será devido a partir da data de entrada do processo de requerimento, desde que a documentação esteja completa e de acordo com as exigências legais.

- Ler, no verso, as orientações e a especificação da documentação necessária.

Declaro que não recebo idêntico benefício em outro órgão público, bem como que não figuro como dependente para fins de recebimento deste benefício, estando ciente que a inveracidade das informações ora prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.

_____, ____/____/____

(local e data)

Assinatura do(a) servidor(a)

Planilha1

REQUISITOS BÁSICOS:

- 1 - que o servidor ativo ou aposentado, ou pensionista seja titular de contrato particular de plano de assistência à saúde;
- 2 - apresentar declaração ou contrato do plano de saúde;
- 3 - que na comprovação mensal, ou no demonstrativo anual de pagamento detalhado, conste a indicação do titular e dependentes, quando houver;
- 4 - que os dependentes se enquadrem como tais, conforme o inciso II do art. 4º da Portaria Normativa SRH/MPOG nº 5 de 2010.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

PARA DEFERIMENTO DO BENEFÍCIO

- Requerimento de Assistência à Saúde Suplementar preenchido pelo servidor ou pensionista que deve ser protocolizado;
- Declaração original da operadora de saúde contratada, informando a titularidade e os dependentes do contrato celebrado, o nº de registro do plano na Agência Nacional de Saúde (ANS).
- Caso o servidor possua dependente(s) deve apresentar a documentação relacionada abaixo.

PARA OS DEPENDENTES:

Para menores de 21 anos (apresentação obrigatória, conforme a situação do dependente):

- Cópia da Certidão de Nascimento (obrigatório);
- Cópia do RG (obrigatório para maiores de 18 anos);
- Cópia do Termo de Tutela ou Adoção;
- Comprovante autenticado de guarda legal do (s) dependentes, no caso de servidor separado ou divorciado;
- Declaração original do cônjuge ou companheiro(a), quando for servidor público, de que não usufrui de benefício similar;
- Laudo médico original, no caso de dependente inválido ou portador de deficiência.

Para outros tipos de dependentes (apresentação obrigatória, conforme a situação do dependente):

- Cópia da Certidão de Nascimento;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável expedida em cartório (no caso de companheiro (a));
- Declaração original da Instituição de Ensino informando que o (a) filho (a) é estudante e matriculado (a) em curso regular reconhecido pelo MEC (dependente estudante, com idade entre 21 a 24 anos).

TABELA DE NACIONALIDADE

1 BRASILEIRO NATO	3 EQUIPARADO
2 BRASILEIRO NATURALIZADO	4 ESTRANGEIRO
TABELA DE GRAU DE PARENTESCO	
4 COMPANHEIRO(A)	7 EX-ESPOSA – (COM PENSÃO ALIMENTÍCIA JUDICIAL)
5 CONJUGE	8 FILHO(A)
	12 QUALQUER OUTRA RELACAO DEPENDENCIA- ESTAB. EM LEI – (EX-ESPOSO E MENOR SOB GUARDA)
6 ENTEADO(A)	

TABELA DE CONDICAO DE DEPENDENTE

1 ADOTIVO(A)	22 SEM RENDIMENTOS
2 ADOTIVO(A) SOLT. S/REMUNERACAO	23 SOLTEIRO(A) SEM REMUNERACAO – (FILHO/ENTEADO/ MENOR SOB GUARDA)
3 ADOTIVO(A) ESTUDANTE	24 TUTELADO(A)
4 ADOTIVO(A) INTERDITO(A)	25 TUTELADO(A) INTERDITO
5 ADOTIVO(A) INCAPAZ	26 TETELADO(A) ABSOLUT. INCAPAZ
6 COM PENSAO ALIMENTICIA	27 TUTELADO(A) ESTUDANTE
7 CURATELADO(A)	28 TUTELADO(A) INVALIDO(A)
8 CURATELADO(A) ABSOL. INCAPAZ	29 TUTELADO(A) SOLT.S/REMUNERACAO
10 EMPREGADO(A) DOMESTICO(A)	30 VIÚVO
11 EQUIPARADO(A)	31 RENDIMENTO NO LIMITE ISENCAO – (CONJUGE OU COMPANHEIRO)
12 EQUIPARADO(A) INVALIDO(A)	32 SEM EXIGENCIA DE CONDICAO
13 ESTUDANTE – (DEPENDENTE ECONOMICO)	33 CURATELADO ESTUDANTE
14 ESTUDANTE UNIV. S/ATIV. REMUN. – (DEPENDENTE ECONOMICO)	34 CURATELADO INVALIDO
15 EXCEPCIONAL ID MENTAL =< 6 ANOS	35 CURATELADO INTERDITIO
16 INCAPACITADO(A) FISICO/MENTAL	36 MENOR SOB TUTELA
17 INTERDITO(A)	37 MENOR SOB GUARDA ESTUDANTE
18 INTERDITO(A) COM CURATELA	38 MENOR ADOTIVO INVALIDO
19 INVALIDO(A)	39 MENOR SOB GUARDA INVALIDO
20 MENOR SOB GUARDA JUDICIAL	
21 SEM ARRIMO SOB GUARDA JUDICIAL	

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

- Lei nº 8.112/90, art. 230
- Decreto nº 4.978, de 03/02/2004.
- Portaria Normativa SRH/MPOG nº 5 (DOU 13/10/2010)
- Termo de Referência Básico e Resolução Normativa (RN) nº 211/2010 – ANS