



REQUERIMENTO - ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR
(CONCESSÃO DE AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO, POR MEIO DE RESSARCIMENTO)

PLANO REGULAMENTADO PLANO NÃO REGULAMENTADO

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)
	/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cód.:	Cód.:
	/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cód.:	Cód.:
	/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cód.:	Cód.:
	/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cód.:	Cód.:
	/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cód.:	Cód.:
	/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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 a partir de 18 anos, cópia 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 nº 5 de 2010;
- 5 – Para que o servidor receba regularmente o benefício deve apresentar, **até o dia 20 de fevereiro de cada ano**, todos os boletos e comprovantes de pagamento do período compreendido entre janeiro e dezembro do ano anterior ou declaração da operadora do plano de saúde, contendo o demonstrativo dos valores pagos mensalmente pelo titular e seus dependentes;
- 6 – Os servidores cuja **prestação do plano de saúde seja inferior ao valor do benefício** correspondente na tabela de ressarcimento **deverão apresentar, mensalmente, as cópias dos boletos e comprovantes de pagamento do plano de saúde contratado;**
- 7 – **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)

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 da operadora de saúde, conforme modelo disponibilizado no sítio do IFCE ([plano regulamentado](#) e [não regulamentado](#));
- 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 no sistema SUAP**;
- 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), conforme modelo disponibilizado no sítio do IFCE ([plano regulamentado](#) e [não regulamentado](#));
- Cópia da fatura do mês em que foi protocolado o pedido do benefício no SUAP, devidamente paga, na qual conste a indicação, se houver, dos dependentes;
- 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 a partir de 18 anos)**;
- Cópia do **CPF (obrigatório)**;
- 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) | 8 FILHO(A) |
| 5 CONJUGE | 12 QUALQUER OUTRA RELACAO |
| 6 ENTEADO(A) | DEPENDENCIA- ESTAB. EM LEI – (EX-ESPOSO E MENOR SOB GUARDA) |
| 7 EX-ESPOSA – (COM PENSÃO ALIMENTÍCIA JUDICIAL) | |

TABELA DE CONDIÇÃO DE DEPENDENTE

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

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.