



**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)
	/ /	( ) Masculino ( ) Feminino	Cód.:	Cód.:
	/ /	( ) Masculino ( ) Feminino	Cód.:	Cód.:
	/ /	( ) Masculino ( ) Feminino	Cód.:	Cód.:
	/ /	( ) Masculino ( ) Feminino	Cód.:	Cód.:
	/ /	( ) Masculino ( ) Feminino	Cód.:	Cód.:
	/ /	( ) Masculino ( ) 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 nº 01/SEGRT/MP/2017;
- 5 – Para que o servidor receba regularmente o benefício deve apresentar, anualmente, **até o último dia útil do mês de abril**, 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 – Aos servidores cuja **prestação do plano de saúde seja inferior ao valor do custeio** correspondente na tabela de ressarcimento **a contrapartida do IFCE é limitada ao valor efetivamente pago por beneficiário**;
- 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, 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;
- 3 - que na comprovação de pagamento **detalhado**, conste a indicação do titular e dependentes, quando houver;
- 4 - que os dependentes se enquadrem como tais, conforme o inciso III do art. 5º da Portaria Normativa nº 01/SEGRT/MP/2017.

## 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, conforme modelo disponibilizado no sítio do IFCE;
- Cópia da fatura do mês em que foi protocolado o pedido do benefício no SUAP, devidamente paga, na qual conste a indicação e os valores detalhados, 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
7 EX-ESPOSA – (COM PENSÃO ALIMENTÍCIA JUDICIAL)	SOB GUARDA)

### 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/
4 ADOTIVO(A) INTERDITO(A)	MENOR SOB GUARDA)
5 ADOTIVO(A) INCAPAZ	24 TUTELADO(A)
6 COM PENSÃO ALIMENTICIA	25 TUTELADO(A) INTERDITO
7 CURATELADO(A)	26 TETELADO(A) ABSOLUT. INCAPAZ
8 CURATELADO(A) ABSOL. INCAPAZ	27 TUTELADO(A) ESTUDANTE
10 EMPREGADO(A) DOMESTICO(A)	28 TUTELADO(A) INVALIDO(A)
11 EQUIPARADO(A)	29 TUTELADO(A) SOLT.S/REMUNERACAO
12 EQUIPARADO(A) INVALIDO(A)	31 RENDIMENTO NO LIMITE ISENCAO – (CONJUGE OU
13 ESTUDANTE – (DEPENDENTE ECONOMICO)	COMPANHEIRO)
14 ESTUDANTE UNIV. S/ATIV. REMUN. – (DEPENDENTE	32 SEM EXIGENCIA DE CONDIÇÃO (MENOR DE 21 ANOS)
ECONOMICO)	33 CURATELADO ESTUDANTE
15 EXCEPCIONAL ID MENTAL =< 7ANOS	34 CURATELADO INVALIDO
16 INCAPACITADO(A) FISICO/MENTAL	35 CURATELADO INTERDITIO
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

## FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

- Lei nº 8.112/90, art. 230
- Decreto nº 4.978, de 03/02/2004.
- Portaria Normativa SEGRET/MP nº 1 (DOU 10/03/2017)
- Resolução Normativa (RN) nº 387/2015 – ANS.