



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
RORAIMA

ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

(CONCESSÃO DE AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO, POR MEIO DE RESSARCIMENTO)

DADOS DO(A) SOLICITANTE

Nome Completo: _____

Matrícula SIAPE: _____ 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	Grau de Parentesco (vide verso)	Condição de Dependente (vide verso)
		Cód.:	Cód.:
		Cód.:	Cód.:
		Cód.:	Cód.:
		Cód.:	Cód.:
		Cód.:	Cód.:

OBSERVAÇÕES:

- 1 – Para preenchimento deste formulário o servidor deverá orientar-se pelos códigos indicados no verso.
- 2 – Para a inclusão de dependentes é obrigatório anexar cópia do CPF.
- 3 – O servidor deverá, obrigatoriamente, anexar os documentos que comprovem a relação de dependência.
- 4 – Conforme o art. 7º, 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 5/SRH/MPOG/2010.
- 5 – Para que o servidor receba regularmente o benefício, deve apresentar mensalmente, até o 5º dia útil de cada mês, à Diretoria de Gestão de Pessoas, o comprovante de pagamento do plano de saúde, referente ao mês anterior.
- 6 – **Só será concedido o benefício após a entrega da documentação completa.**
- 7 – **As cópias do cartão do Plano de Saúde devem ser anexas a esse formulário no início de cada ano.**

IMPORTANTE:

- O Benefício será pago a partir da data de entrega deste requerimento e desde que a documentação esteja de acordo com as exigências legais.
- **Ler, no verso, as orientações e a especificação da documentação necessária.**

Declaro, sob a minha inteira responsabilidade, a exatidão e veracidade das informações acima prestadas, em conformidade com a legislação vigente.

_____, ___/___/___
(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 - que o plano contratado atenda ao termo de referência básico (anexo da Portaria Normativa nº 5/SRH/MPOG/2010) e à Resolução Normativa nº 211/2010 - ANS;
- 3 - que na comprovação mensal de pagamento do respectivo plano, conste a relação dos dependentes, se for o caso;
- 4 - que os dependentes se enquadrem como tais, conforme o inciso II do art. 4º da mencionada Portaria Normativa nº 5/SRH/MPOG/2010.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

PARA A INCLUSÃO NO BENEFÍCIO

- requerimento específico preenchido pelo servidor ou pensionista;
- cópia do contrato ou cartão do plano de assistência à saúde;
- cópia da fatura do mês da inclusão do benefício, paga, na qual conste a relação, se tiver, 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 ou RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do Termo de Tutela ou Adoção;
- Laudo médico, no caso de dependente excepcional;

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

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

TABELA DE NACIONALIDADE

1 BRASILEIRO NATO 2 BRASILEIRO NATURALIZADO 3 EQUIPARADO 4 ESTRANGEIRO

TABELA DE GRAU DE PARENTESCO

1 COMPANHEIRO(A) 2 CÔNJUGE 3 ENTEADO(A) 4 FILHO(A)

5 EX-ESPOSA – (COM PENSÃO ALIMENTÍCIA JUDICIAL)

6 QUALQUER OUTRA RELAÇÃO DEPENDÊNCIA - ESTAB. EM LEI – (EX-ESPOSO E MENOR SOB GUARDA)

TABELA DE CONDIÇÃO DE DEPENDENTE

1 ADOTIVO(A)	18 ADOTIVO(A) SOLTEIRO S/REMUNERAÇÃO
2 ADOTIVO(A) ESTUDANTE	19 ADOTIVO(A) INTERDITO(A)
3 ADOTIVO(A) INCAPAZ	20 COM PENSÃO ALIMENTÍCIA
4 CURATELADO(A)	21 CURATELADO(A) ABSOLUTAM. INCAPAZ
5 EMPREGADO(A) DOMÉSTICO(A)	22 EQUIPARADO(A)
6 EQUIPARADO(A) INVÁLIDO(A)	23 ESTUDANTE – (DEPENDENTE ECONÔMICO)
7 ESTUDANTE UNIV. (DEPEND. ECONÔMICO)	24 EXCEPCIONAL ID MENTAL =< 7ANOS
8 INCAPACITADO(A) FÍSICO/MENTAL	25 INTERDITO(A)
9 INTERDITO(A) COM CURATELA	26 INVÁLIDO(A)
10 SEM ARRIMO SOB GUARDA JUDICIAL	27 SEM RENDIMENTOS
11 SOLTEIRO(A) SEM REMUNERAÇÃO – (FILHO/ENTEADO/ MENOR SOB GUARDA)	28 TUTELADO(A)
12 TUTELADO(A) INTERDITO	29 TETELADO(A) ABSOLUTAM. INCAPAZ
13 TUTELADO(A) ESTUDANTE	30 TUTELADO(A) INVÁLIDO(A)
14 TUTELADO(A) SOLTEIRO.S/REMUNERAÇÃO	31 SEM EXIGÊNCIA DE CONDIÇÃO (MENOR DE 21 ANOS)
15 CURATELADO ESTUDANTE	32 CURATELADO INVÁLIDO
16 CURATELADO INTERDITO	33 MENOR SOB GUARDA ESTUDANTE
17 MENOR ADOTIVO INVÁLIDO	34 MENOR SOB GUARDA INVÁLIDO

FUNDAMENTOS LEGAIS:

- **Lei nº 8.112/90, art. 230 (redação dada pela Lei nº 11.302/2006)**
- **Decreto nº 4.978, de 03/02/2004.**
- **Portaria Normativa SRH/MPOG nº 5 (DOU 13/10/2010)**
- **Termo de Referência Básico Resolução Normativa (RN) nº 211/2010 - ANS**