



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Avenida Rio Branco, 50 – Santa Lúcia – 29056-255 – Vitória – ES
27 3357-7500
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Assistência à Saúde Suplementar | Requerimento Auxílio de caráter indenizatório

Ilmo(a). Sr(a). Coordenador(a) Geral/Diretor(a) de Gestão de Pessoas.

Venho, respeitosamente, requerer o auxílio de caráter indenizatório, mediante ressarcimento, por beneficiário, do valor despendido com plano de saúde ou odontológico, nos termos do Art. 230 da Lei 8.112/1990 e da **Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março 2017**, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 10.03.2017, **uma vez que sou titular de plano de saúde**, conforme dados abaixo e documentação anexa.

1 - DADOS DO(A) REQUERENTE			
Nome:			Matrícula SIAPE:
CPF:	Situação Funcional:	() Servidor(a) Ativo(a) () Aposentado(a) () Pensionista	Telefone 1:
Unidade de Lotação: () Reitoria () Campus			Telefone 2:

2 - DADOS DO PLANO DE SAÚDE			
Operadora:		ANS nº	
Plano de Saúde (Produto):		ANS nº	
Valor/Mensalidade do Plano do Titular (Somente o valor correspondente ao titular):		R\$	

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

3 - DADOS DOS DEPENDENTES (Art. 5º e Art. 29, § 3º, da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1/2017)		
Solicito que o ressarcimento do referido auxílio também seja efetuado para os dependentes.		
Nome	Parentesco	Valor/Mensalidade
		R\$

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Recebido em ____/____/____.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Avenida Rio Branco, 50 – Santa Lúcia – 29056-255 – Vitória – ES
27 3357-7500
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____, Matrícula SIAPE nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, requerente/beneficiário do auxílio de caráter indenizatório (Auxílio-Saúde), relativo às despesas com plano de saúde ou odontológico, em virtude da sistemática instituída pela **Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017**, publicada no Diário Oficial da União em 10.03.2017, declaro, para todos fins de direito, estar ciente que:

1 – A **COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS EFETUADAS** no ano (Janeiro a Dezembro) deverá ser feita **uma única vez**, DE JANEIRO ATÉ O ÚLTIMO DIA ÚTIL DO MÊS DE ABRIL DO ANO SUBSEQUENTE, devendo ser entregue, **prioritariamente**, uma **declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação**.

1.1 – Na impossibilidade da entrega da declaração da operadora ou administradora, poderão ser entregues os documentos descritos nos itens abaixo, optando por um deles:

- a) Boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento; ou
- b) Outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

2 - Devo *"informar ao órgão ou entidade concedente qualquer **mudança de valor, inclusão ou exclusão de beneficiários**, bem como apresentar documentos destinados à comprovação de condições complementares de beneficiário"*, conforme parágrafo 4º, Art. 29 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017.

3 – Caso não comprove as despesas **no prazo descrito no item 1 deste termo**, haverá a **SUSPENSÃO** do benefício, conforme Artigo 31 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março 2017, bem como a necessidade de reposição ao Erário dos valores considerados indevidos.

4 – A alteração do plano de assistência à saúde ou a troca de operadora, sem a devida informação ao órgão durante o período de pagamento, acarretará a **SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO**, sendo passível de reposição ao Erário dos valores considerados indevidos, conforme Artigo 33 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março 2017).

5 – O cancelamento do plano de assistência à saúde, sem a devida informação ao órgão durante o período de pagamento, acarretará a **CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO**, sendo passível de reposição ao Erário dos valores considerados indevidos, conforme Artigo 32 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março 2017).

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Avenida Rio Branco, 50 – Santa Lúcia – 29056-255 – Vitória – ES
27 3357-7500
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Assistência à Saúde Suplementar | Requerimento Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- a) Formulário de Requerimento;
- b) Termo de Ciência; *(2ª página do formulário de requerimento)*
- c) Cópia da proposta de adesão ao plano em que o servidor figura como titular;
- d) Cópia do contrato do plano de saúde ou odontológico;
- e) Cópia do Comprovante de dependência (Certidão de Casamento, Nascimento, etc.);
- f) Cópia do CPF dos dependentes;
- g) No caso de filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade: Comprovante de dependência econômica [*Declaração de Ajuste Anual de IRPF (se não isento) ou 3 documentos contidos no rol do Art. 4º da Orientação Normativa SRH nº 9/2010*] e Comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo MEC, sendo que este último deverá ser entregue no início de cada semestre letivo.

OBS.: Na proposta de adesão ou no contrato **devem constar os valores das mensalidades a serem pagos por beneficiário**. Na ausência das respectivas informações, o(a) requerente deverá entregar o boleto discriminado com valores por beneficiário ou boleto acrescido de declaração constando os valores por beneficiário.

DEPENDENTES, de acordo Inciso III, Artigo 5º da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017.

- a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
- f) o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.