



# Manual Tira Dúvidas

Assistência à saúde suplementar

# Sumário

<b>1. INFORMAÇÕES GERAIS.....</b>	<b>5</b>
1.1. O que significa Plano de Assistência à Saúde?.....	5
1.2. O que significa Operadora de Plano de Assistência à Saúde?.....	5
1.3. O que é Código ANS e onde posso encontrá-lo?.....	5
<b>2. LEGISLAÇÃO.....</b>	<b>6</b>
2.1. Qual é a legislação que regulamenta o benefício da saúde suplementar? .....	6
<b>3. CUSTEIO.....</b>	<b>6</b>
3.1. A quem cabe o custeio da assistência à saúde suplementar dos servidores e seus dependentes? .....	6
<b>4. BENEFICIÁRIOS.....</b>	<b>7</b>
4.1. Quem pode ser beneficiário do plano de assistência à saúde? .....	7
4.2. O servidor de outro órgão da administração pública federal em exercício de função no Ifes poderá solicitar o ressarcimento assistência saúde?.....	7
4.3. O servidor e seus dependentes devem estar inscritos no mesmo plano de saúde ou odontológico? .....	8
4.4. Um servidor contratou plano de saúde ou odontológico apenas para os familiares, mas não é o titular do plano. Nesse caso tem direito ao ressarcimento referente aos familiares? .....	8
4.5. A operadora de plano de saúde ou odontológico do servidor não permite a inclusão de dependente no mesmo contrato, como proceder? .....	8
4.6. Para ser dependente do servidor no que se refere a ressarcimento à saúde, o(a) filho(a) precisa ser solteiro(a)? .....	8
4.7. A partir de 21 (vinte e um) anos, se o(a) filho(a) do servidor continuar estudando, ele terá direito a continuar recebendo o ressarcimento à saúde? .....	8
<b>5. REQUERIMENTO: Utilização do formulário “Assistência à Saúde Suplementar   Requerimento” .....</b>	<b>9</b>
5.1. Quais são os documentos necessários para solicitação de abertura de processo de ressarcimento à saúde? .....	9

5.2.	Quais são os documentos necessários para comprovação de dependência econômica?.....	10
<b>6.</b>	<b>ALTERAÇÕES NO PLANO DE SAÚDE: Utilização do formulário “Assistência à Saúde Suplementar   Atualização de Dados” .....</b>	<b>11</b>
6.1.	Se o servidor quiser incluir ou excluir um beneficiário, na qualidade de dependente, para ressarcimento à saúde, qual é o procedimento?.....	11
6.2.	O servidor precisa ALTERAR O VALOR DA MENSALIDADE informada anteriormente no processo, qual é o procedimento? .....	11
6.3.	O servidor deverá informar as alterações de valor do plano de saúde ou odontológico em virtude de coparticipação? .....	12
6.4.	O servidor precisa informar o CANCELAMENTO de plano de assistência à saúde. Qual é o procedimento? .....	12
6.5.	O servidor precisa informar a ALTERAÇÃO DE PLANO de assistência à saúde ou TROCA DE OPERADORA. Qual é o procedimento?.....	12
<b>7.</b>	<b>AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO, MEDIANTE RESSARCIMENTO .....</b>	<b>13</b>
7.1.	A partir de quando deve ser pago o ressarcimento?.....	13
7.2.	O servidor abriu o processo solicitando ressarcimento à saúde no mês de Abril, mas a vigência do plano é a partir de Maio. Ele terá direito ao ressarcimento a partir do mês de Abril?.....	13
7.3.	Qual o valor do ressarcimento por beneficiário (per capita) e como é calculado? .....	13
7.4.	Para fins de enquadramento na faixa etária devemos considerar o mês em que o beneficiário (servidor e dependentes) aniversaria ou o mês subsequente? .....	13
7.5.	Se o servidor tem um plano de saúde com valor menor do que o da tabela de ressarcimento, ele pode receber também ressarcimento pelo plano odontológico? .....	13
7.6.	O servidor que paga taxa de adesão será ressarcido por ela?.....	14
7.7.	O ressarcimento deve ser realizado por beneficiário ou pelo total da despesa paga ao plano pelo servidor?.....	14
7.8.	O servidor já recebe o ressarcimento à saúde e inclui um dependente, o pagamento será proporcional para o dependente no primeiro mês? .....	14

7.9.	O servidor que não tiver recebido o ressarcimento de meses anteriores a Maio/2017 poderá receber o pagamento?.....	14
7.10.	O servidor que está há muito tempo sem entregar os comprovantes poderá voltar a receber o ressarcimento? .....	14
7.11.	Se o servidor for exonerado, demitido ou solicitar vacância, o pagamento do último mês será proporcional? .....	14
<b>8.</b>	<b>COMPROVAÇÃO DOS PAGAMENTOS AO PLANO DE SAÚDE OU AO PLANO ODONTOLÓGICO.....</b>	<b>15</b>
8.1.	Qual é a documentação necessária para a comprovação das despesas efetuadas junto ao plano de saúde ou odontológico durante o ano anterior? .....	15
8.2.	Quando será feita a comprovação das despesas efetuadas pelo servidor junto ao plano de saúde ou odontológico? .....	15
8.3.	Se o servidor não entregar a declaração do plano com valores discriminados por mês e por dependente, terá que devolver os valores recebidos? .....	15
8.4.	Se o servidor alterar o plano ou trocar de operadora e não informar à UGP imediatamente após a mudança deverá devolver os valores recebidos? .....	15
8.5.	Se o servidor cancelar o plano e não informar ao órgão imediatamente após a mudança deverá devolver os valores recebidos?.....	16
8.6.	Se na comprovação anual for constatado que o servidor pagou um valor mensal menor do que aquele lançado no mesmo mês, de modo automático, pelo Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – Siape em sua folha de pagamento, ele deverá devolver algum valor?.....	16
8.7.	A UGP analisará os valores pagos ao plano de saúde ou odontológico mês a mês ou analisará o valor total pago no ano?.....	16
8.8.	O módulo de plano de saúde do SIGRH deixará de ser utilizado?.....	16

# 1. INFORMAÇÕES GERAIS

## 1.1. O que significa Plano de Assistência à Saúde?

Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (Inciso I, Art. 1º da Lei nº 9.656, de 03.07.1998)

## 1.2. O que significa Operadora de Plano de Assistência à Saúde?

Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo. (Inciso II, Art. 1º da Lei nº 9.656, de 03.07.1998)

## 1.3. O que é Código ANS e onde posso encontrá-lo?

É o número em que a Operadora e o Plano de Saúde ou Odontológico (Produto) comercializado pela mesma está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Tais Códigos poderão ser encontrados em uma das seguintes formas:

- a) Na proposta de adesão;
- b) No contrato de plano de saúde ou odontológico;
- c) No boleto de pagamento;
- d) Por meio de pesquisa na página eletrônica da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)) na internet, conforme sequência abaixo:
  1. Clicar em **“Planos e Operadoras”**;
  2. Clicar em **“Informações e Avaliações de Operadoras”**;
  3. Clicar em **“Consultar Dados e Planos da Operadora”**;

## 2. LEGISLAÇÃO

### 2.1. Qual é a legislação que regulamenta o benefício da saúde suplementar?

O artigo 230 da Lei nº 8.112/90; Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 9 de março de 2017.

## 3. CUSTEIO

### 3.1. A quem cabe o custeio da assistência à saúde suplementar dos servidores e seus dependentes?

A responsabilidade pelo custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários constantes no art. 5º da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017 é **da Administração Pública Federal Direta, de suas autarquias e fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, condicionado à disponibilidade orçamentária, bem como dos servidores e dos militares de ex-Territórios, ressalvados os casos previstos em lei específica. (Art. 11, Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 9 de março de 2017)**

## 4. BENEFICIÁRIOS

### 4.1. Quem pode ser beneficiário do plano de assistência à saúde?

- i. Os ocupantes de cargos efetivos, os inativos, os cargos comissionados ou de natureza especial e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;
- ii. Os militares de ex-Território, da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima;
- iii. O cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;
- iv. O companheiro ou companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios para o reconhecimento da união estável;
- v. A pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- vi. Os filhos, enteados até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- vii. 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;
- viii. O menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição;
- ix. O pensionista de servidor ou de militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima.

### 4.2. O servidor de outro órgão da administração pública federal em exercício de função no Ifes poderá solicitar o ressarcimento assistência saúde?

Sim, desde que não tenha o mesmo benefício no seu órgão de origem, o ocupante de cargo comissionado poderá ser beneficiário do plano de assistência à saúde. (inciso I, Art. 5º, da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017).

#### 4.3. O servidor e seus dependentes devem estar inscritos no mesmo plano de saúde ou odontológico?

Sim. O servidor deverá inscrever seus dependentes no mesmo plano de saúde ou odontológico do qual seja titular e tenha sido por ele contratado. (parágrafo 4º, Art. 25, da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017)

#### 4.4. Um servidor contratou plano de saúde ou odontológico apenas para os familiares, mas não é o titular do plano. Nesse caso tem direito ao ressarcimento referente aos familiares?

Não. Para fazer jus ao auxílio, o plano de assistência à saúde suplementar deve ser contratado diretamente pelo servidor, devendo figurar como titular do plano. (parágrafo 4º, Art. 25, da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017)

#### 4.5. A operadora de plano de saúde ou odontológico do servidor não permite a inclusão de dependente no mesmo contrato, como proceder?

Neste caso o servidor deverá entregar declaração da operadora de plano de saúde ou odontológico informando que essa limitação faz parte de sua regra. Além disso, no contrato dos dependentes deve constar que o servidor é o responsável financeiro. (parágrafos 5º e 6º, Art. 25 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017)

#### 4.6. Para ser dependente do servidor no que se refere a ressarcimento à saúde, o(a) filho(a) precisa ser solteiro(a)?

Não. A partir da publicação da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017, não há mais necessidade de que o filho seja solteiro. O filho ou enteado fará jus ao ressarcimento até a data que completar 21 anos ou, se inválido, enquanto durar a invalidez. (alínea "d", inciso III, Art. 5º, da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017)

#### 4.7. A partir de 21 (vinte e um) anos, se o(a) filho(a) do servidor continuar estudando, ele terá direito a continuar recebendo o ressarcimento à saúde?

Sim. Os filhos e enteados, entre 21 anos e até a data em que completarem 24 anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo MEC, terão direito ao benefício, desde que o servidor entregue o comprovante de dependência econômica [Declaração de Ajuste Anual de IRPF (se não isento) ou 03 (três) documentos contidos no rol do Art. 4º da Orientação Normativa SRH nº 9/2010], além de comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo MEC, sendo que este último deverá ser entregue no início de cada semestre letivo.



## 5. REQUERIMENTO

### Utilização do formulário “Assistência à Saúde Suplementar | Requerimento”

5.1. Quais são os documentos necessários para solicitação de abertura de processo de ressarcimento à saúde?

- a) Formulário de **“Assistência à Saúde Suplementar | Requerimento”**;
- b) Termo de Ciência; (**2ª página do formulário de “Assistência à Saúde Suplementar | Requerimento”**)
- c) Cópia da proposta de adesão ao plano em que o servidor figura como titular, constando o código ANS da operadora e do produto;

#### **OBSERVAÇÕES**

- i. Caso não conste os códigos ANS da operadora e/ou do produto na proposta de adesão, fornecer Declaração da operadora comprovando possuir autorização do funcionamento expedida pela ANS, ou a regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização.
- ii. Na proposta de adesão **deve constar os valores das mensalidades a serem pagas 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.

- d) Cópia do Comprovante de dependência (Certidão de Casamento, Nascimento, etc.);
- e) Cópia do CPF dos dependentes;
- f) 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 03 (três) 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.

## 5.2. Quais são os documentos necessários para comprovação de dependência econômica?

Declaração de Ajuste Anual de IRPF (se não isento) ou 03 (três) documentos contidos no rol do Art. 4º da Orientação Normativa SRH nº 9/2010.

ORIENTAÇÃO NORMATIVA Nº 9, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2010

Art. 4º Para fins de comprovação do vínculo e da dependência econômica do beneficiário deverão ser apresentados no mínimo três dos seguintes documentos:

- I. certidão de nascimento de filho havido em comum;
- II. certidão de casamento religioso;
- III. declaração de imposto de renda do servidor, em que conste o interessado como seu dependente;
- IV. disposições testamentárias;
- V. declaração especial feita perante Tabelião;
- VI. prova de residência no mesmo domicílio;
- VII. prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
- VIII. procuração ou fiança reciprocamente outorgada;
- IX. conta bancária conjunta;
- X. registro em associação de qualquer natureza, no qual conste o nome do interessado como dependente do servidor;
- XI. anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
- XII. apólice de seguro no qual conste o servidor como titular do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;
- XIII. ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o servidor como responsável;
- XIV. escritura de compra e venda de imóvel pelo servidor em nome do dependente;
- XV. declaração de não emancipação do dependente menor de vinte e um anos; ou
- XVI. quaisquer outros que possam levar à convicção do fato a ser comprovado.

Parágrafo único. O auxílio financeiro ou quaisquer outros meios de subsistência material custeada pelo instituidor não constitui meio de comprovação de dependência econômica.

## 6. ALTERAÇÕES NO PLANO DE SAÚDE

### Utilização do formulário “Assistência à Saúde Suplementar | Atualização de Dados”

6.1. Se o servidor quiser incluir ou excluir um beneficiário, na qualidade de dependente, para ressarcimento à saúde, qual é o procedimento?

O servidor deve preencher o **formulário** “Assistência à Saúde Suplementar | Atualização de Dados” e marcar a opção desejada (INCLUSÃO ou EXCLUSÃO) no campo específico, informando o nome, parentesco e valor da mensalidade relativa ao beneficiário (dependente). O(s) documento(s) pertinente(s) deverá(ão) ser entregue(s) na Unidade de Gestão de Pessoas (UGP) do campus onde o servidor se encontra em exercício.

**No caso de inclusão de beneficiário**, o formulário deverá estar acompanhado de Cópia de Termo de inclusão de dependente junto ao plano de saúde, Cópia da Comprovação de dependência (Certidão de Casamento, Nascimento, etc.), Cópia do CPF e Cópia de Boleto ou documento que especifica o valor da mensalidade em relação ao beneficiário; **e, 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.

6.2. O servidor precisa alterar o valor da mensalidade informada anteriormente no processo, qual é o procedimento?

O servidor deve preencher o formulário “Assistência à Saúde Suplementar | Atualização de Dados”, informando o nome do beneficiário, parentesco e o valor da mensalidade atual (aquela que vigorará de hoje em diante) nos campos pertinentes e apresentar um boleto ou documento com os valores discriminados por beneficiário. A alteração de mensalidade não corresponde aos valores relativos à coparticipação. O(s) documento(s) pertinente(s) deverá(ão) ser entregue(s) na UGP do campus onde o servidor se encontra em exercício.

### 6.3. O servidor deverá informar as alterações de valor do plano de saúde ou odontológico em virtude de coparticipação?

Não. As alterações de valor só referem-se ao valor da mensalidade paga ao plano, quando esta é reajustada, bem como as alterações em virtude de mudança de faixa etária.

### 6.4. O servidor precisa informar o cancelamento de plano de assistência à saúde. Qual é o procedimento?

Neste caso o servidor deverá preencher o **formulário** “Assistência à Saúde Suplementar | Atualização de Dados”, marcando a opção desejada. Na ocasião deverá entregar uma **declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação** do período de início do ano até o mês do cancelamento do plano junto à operadora, além de um documento da Operadora/Administradora que comprove a data final da vigência do plano de saúde ou odontológico.

### 6.5. o servidor precisa informar a alteração de plano de assistência à saúde ou troca de operadora. qual é o procedimento?

Neste o caso o servidor deverá preencher o **formulário** “Assistência à Saúde Suplementar | Atualização de Dados”, marcando a opção desejada. **Caso deseje continuar recebendo o benefício**, deverá preencher novo formulário “Assistência à Saúde Suplementar | Requerimento” para análise da possibilidade de concessão relativa ao novo Plano ou Operadora. **Ressalte-se que não deverá ser aberto novo processo**, somente providenciar a entrega do(s) documento(s) pertinente(s) na UGP do campus onde o servidor se encontra em exercício.

## 7. AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO, MEDIANTE RESSARCIMENTO

### 7.1. A partir de quando deve ser pago o ressarcimento?

A partir do momento em que o servidor tenha requerido o benefício da saúde suplementar. Não há amparo para pagamento do ressarcimento para período anterior à solicitação do servidor. Deferida a concessão do benefício, será observada a data de requerimento e a data da vigência do plano de saúde ou do plano odontológico para definição do **efeito financeiro**, sendo a mais recente para fins de proporcionalização do pagamento relativo ao primeiro mês. (Art. 29 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017).

### 7.2. O servidor abriu o processo solicitando ressarcimento à saúde no mês de Abril, mas a vigência do plano é a partir de Maio. Ele terá direito ao ressarcimento a partir do mês de Abril?

Não. Neste caso, o pagamento do ressarcimento será a partir da vigência do plano, ou seja, Maio.

### 7.3. Qual o valor do ressarcimento por beneficiário (per capita) e como é calculado?

Atualmente, os valores vigentes constam na Portaria MPOG nº 8, de 13.01.2016 (Publicada no D.O.U. em 14.01.2016), cuja tabela varia de R\$ 101,56 (Mínimo) a 205,63 (Máximo). O valor do ressarcimento depende da faixa de remuneração do servidor e da faixa de idade dos beneficiários (servidor e dependentes), conforme estabelecido na citada Portaria.

### 7.4. Para fins de enquadramento na faixa etária devemos considerar o mês em que o beneficiário (servidor e dependentes) aniversaria ou o mês subsequente?

Deverá ser observado o mês subsequente ao do aniversário do beneficiário (servidor e dependentes), com o objetivo de não prejudicar aqueles **que porventura tenham data de nascimento no final do mês**.

### 7.5. Se o servidor tem um plano de saúde com valor menor do que o da tabela de ressarcimento, ele pode receber também ressarcimento pelo plano odontológico?

Não. Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um plano de assistência a saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes da União. Ou seja, em nenhuma hipótese haverá ressarcimento conjuntamente para plano de saúde e odontológico. O ressarcimento ou será para plano de saúde ou para o plano odontológico (parágrafo 3º, Art. 11, da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017)

## 7.6. O servidor que paga taxa de adesão será ressarcido por ela?

Não. O ressarcimento é referente ao pagamento da mensalidade do plano de saúde ou do plano odontológico. Como a taxa de adesão é um valor a parte da mensalidade do plano, não será ressarcida.

## 7.7. O ressarcimento deve ser realizado por beneficiário ou pelo total da despesa paga ao plano pelo servidor?

O pagamento referente ao ressarcimento, que é um benefício de caráter indenizatório, é realizado por beneficiário, e não pelo total da despesa paga ao plano de saúde ou ao plano odontológico. (Art. 25 da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017)

## 7.8. O servidor já recebe o ressarcimento à saúde e inclui um dependente, o pagamento será proporcional para o dependente no primeiro mês?

Sim. Será observada a data de apresentação do **formulário** "Assistência à Saúde Suplementar | Atualização de Dados" relativa à inclusão do dependente, e a data da vigência do plano de saúde ou do plano odontológico, para definição do **efeito financeiro**, sendo considerada a data mais recente para fins de proporcionalização do pagamento do primeiro mês. (parágrafo 1º, Art. 29, da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017)

## 7.9. O servidor que não tiver recebido o ressarcimento de meses anteriores a Maio/2017 poderá receber o pagamento?

Sim. Na Reitoria e no campus Serra, os arquivos deverão ser enviados via Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH). Os servidores de outros campi deverão consultar a UGP de seu campus para orientações sobre a forma de entrega.

## 7.10. O servidor que está há muito tempo sem entregar os comprovantes poderá voltar a receber o ressarcimento?

Sim, desde que o plano esteja ativo e o servidor assine o Termo de Ciência divulgado via Notícias Ifes. Lembrando que caso o servidor tenha alterado o plano ou trocado de operadora, deverá fazer novo requerimento e apresentar a documentação comprobatória.

## 7.11. Se o servidor for exonerado, demitido ou solicitar vacância, o pagamento do último mês será proporcional?

Sim. Neste caso, o servidor deverá entregar uma **declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação** do período de início do ano **até o mês de saída**, uma vez que perderá o vínculo com a Instituição. Será observada a data correspondente ao último dia trabalhado pelo servidor no Ifes, e a data de encerramento, caso tenha ocorrido, da vigência do plano de saúde ou do plano odontológico, para definição do **efeito financeiro**, sendo considerada a data mais antiga para fins de proporcionalização do pagamento do último mês. (parágrafo 1º, Art. 29, da Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017)

## 8. COMPROVAÇÃO DOS PAGAMENTOS AO PLANO DE SAÚDE OU AO PLANO ODONTOLÓGICO

8.1. Qual é a documentação necessária para a comprovação das despesas efetuadas junto ao plano de saúde ou odontológico durante o ano anterior?

Deverá ser entregue uma (única) declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação.

8.2. Quando será feita a comprovação das despesas efetuadas pelo servidor junto ao plano de saúde ou odontológico?

O **prazo** de comprovação das despesas inicia-se em **Janeiro** e termina em **Abril** de cada ano. O servidor ativo e inativo e o pensionista deverá apresentar toda a documentação comprobatória dos pagamentos realizados no ano anterior. (Art. 30, Portaria Normativa SEGRT/MP nº 1, de 09 de março de 2017)

8.3. Se o servidor não entregar a declaração do plano com valores discriminados por mês e por dependente, terá que devolver os valores recebidos?

Sim, o prazo de entrega da declaração é de **Janeiro a Abril** do ano seguinte ao do pagamento do ressarcimento. Caso o servidor não entregue no prazo, o pagamento será suspenso imediatamente e será aberto processo de reposição ao erário para devolução dos valores.

8.4. Se o servidor alterar o plano ou trocar de operadora e não informar à UGP **imediatamente** após a mudança deverá devolver os valores recebidos?

Não, o servidor que não informar a mudança terá o pagamento do ressarcimento à saúde suspenso até a data em que entregar a documentação comprobatória. Entretanto, somente deverá ser contabilizado para abertura de processo de reposição ao erário e devolução de valores de ressarcimento pagos, caso haja lapso temporal entre a data de cancelamento de um plano ou operadora e a data de vigência do outro plano ou operadora.

8.5. Se o servidor cancelar o plano e não informar ao órgão **imediatamente** após a mudança deverá devolver os valores recebidos?

Sim, o pagamento do ressarcimento à saúde será cancelado e os valores pagos a partir da data do cancelamento deverá ser devolvido, após abertura de processo de reposição ao erário.

8.6. Se na comprovação anual for constatado que o servidor pagou um valor mensal menor do que aquele lançado no mesmo mês, de modo automático, pelo Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – Siape em sua folha de pagamento, ele deverá devolver algum valor?

Sim. A UGP fará a conferência dos valores e caso seja constatado que o servidor pagou ao plano de saúde ou ao plano odontológico um valor mensal menor do que aquele que recebeu mensalmente em sua folha de pagamento, será aberto processo de reposição ao erário para devolução dos valores.

8.7. A UGP analisará os valores pagos ao plano de saúde ou odontológico mês a mês ou analisará o valor total pago no ano?

A UGP analisará os valores mês a mês, por isso é essencial que a declaração anual, entregue de Janeiro a Abril de cada ano, contenha os valores discriminados por mês e por beneficiário.

8.8. O módulo de plano de saúde do SIGRH deixará de ser utilizado?

Não. A entrega da declaração de quitação anual do plano de saúde ou odontológico, com valores discriminados por mês e por beneficiário, deverá ser enviada via SIGRH. No referido sistema, o servidor deverá escolher o mês de Dezembro do ano em que está sendo comprovado e para esse mês deverá incluir a declaração. Ressalte-se que o prazo para entrega da declaração inicia-se em Janeiro e termina em Abril.