



## RECADASTRAMENTO PARA CONCESSÃO DE RESSARCIMENTO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

### Dados do(a) Servidor

|                        |              |                 |              |                            |
|------------------------|--------------|-----------------|--------------|----------------------------|
| NOME                   |              | MATRÍCULA SIAPE |              |                            |
| NACIONALIDADE          | NATURALIDADE | DATA NASCIMENTO | ESTADO CIVIL | SEXO                       |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL   |              |                 |              |                            |
| TELEFONES PARA CONTATO |              | E-MAIL          |              |                            |
| SITUAÇÃO:              |              |                 |              |                            |
| ATIVO ( )              |              | APOSENTADO ( )  |              | BENEFICIÁRIO DE PENSÃO ( ) |

### Dados do(a) Dependente

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

SEXO: Masculino ( ) Feminino ( ) DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

CERTIDÃO: Nascimento ( ) Casamento ( ) UF do Cartório \_\_\_\_ Nº do Registro \_\_\_\_\_ Folha \_\_\_\_\_ Livro \_\_\_\_\_

Nome do Cartório: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ UF do RG: \_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Condição do Dependente: \_\_\_\_\_  
CÓD (vide-verso) CÓD (vide-verso) CÓD (vide-verso)

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

SEXO: Masculino ( ) Feminino ( ) DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

CERTIDÃO: Nascimento ( ) Casamento ( ) UF do Cartório \_\_\_\_ Nº do Registro \_\_\_\_\_ Folha \_\_\_\_\_ Livro \_\_\_\_\_

Nome do Cartório: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ UF do RG: \_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Condição do Dependente: \_\_\_\_\_  
CÓD (vide-verso) CÓD (vide-verso) CÓD (vide-verso)

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

SEXO: Masculino ( ) Feminino ( ) DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

CERTIDÃO: Nascimento ( ) Casamento ( ) UF do Cartório \_\_\_\_ Nº do Registro \_\_\_\_\_ Folha \_\_\_\_\_ Livro \_\_\_\_\_

Nome do Cartório: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ UF do RG: \_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Condição do Dependente: \_\_\_\_\_  
CÓD (vide-verso) CÓD (vide-verso) CÓD (vide-verso)



Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**INSTITUTO FEDERAL DE  
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA**  
**BAIANO**  
**Reitoria**



### **IMPORTANTE:**

**Ler 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)

### **OBSERVAÇÕES:**

- 1 – 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 3/MP/2009.
- 2 – Para que o servidor receba, regularmente, o benefício, deve apresentar mensalmente, até o 5º dia útil de cada mês, à sua unidade de recursos humanos, o comprovante de pagamento do plano de saúde, referente ao mês anterior.
- 3 – Só será concedido o benefício após a entrega da documentação completa.

### **REQUISITOS BÁSICOS:**

- 1 - que o servidor ativo ou aposentado, ou pensionista ser 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 3/MP/2009) e à Resolução Normativa nº 167/2007 - 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 3/MP/2009.

### **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:**

#### **PARA A INCLUSÃO NO BENEFÍCIO**

- requerimento específico (também disponível no sítio do (IFBAIANO) protocolizado pelo servidor ou pensionista;
- cópia do contrato do plano de assistência à saúde;
- declaração da seguradora de saúde contratada, informando o nº de registro do plano na Agência Nacional de Saúde (ANS) e que atende ao Termo de Referência Básico (anexo da Portaria Normativa nº 3/MP/2009) e à RN nº 167/2007 - ANS;
- cópia da fatura do mês anterior, paga, na qual conste a relação de dependentes;
- caso o dependente não seja cadastrado no SIAPE, o servidor deve apresentar a documentação relacionada abaixo.

#### **PARA OS DEPENDENTES:**

Para filhos menores de 21 anos (apresentação obrigatória conforme a situação do dependente):

- Cópia da certidão de nascimento;
- Cópia do Termo de Tutela ou Adoção;
- Comprovante de guarda legal do(s) dependentes, no caso de servidor separado ou divorciado;
- Declaração do cônjuge ou companheiro(a), quando for servidor público, de que não usufrui de benefício similar;
- Laudo médico, no caso de dependente excepcional;
- Declaração de união estável - no caso de companheiro(a);

Para outros tipos de dependentes:

- Cópia do CPF (obrigatório);
- Cópia da Identidade;
- Cópia da Certidão de Nascimento; ou
- Cópia da Certidão de Casamento;

Declaração da Instituição de Ensino informando que o(a) filho(a) é estudante e matriculado em curso regular reconhecido pelo MEC.



|  |  |
|--|--|
| <p><b>TABELA DE NACIONALIDADE</b></p> <p>1 BRASILEIRO NATO<br/>2 BRASILEIRO NATURALIZADO<br/>3 EQUIPARADO<br/>4 ESTRANGEIRO</p> <p><b>TABELA DE GRAU DE PARENTESCO</b></p> <p>4 COMPANHEIRO(A)<br/>5 CONJUGE<br/>6 ENTEADO(A)<br/>7 EX-ESPOSA – (COM PENSÃO ALIMENTÍCIA JUDICIAL)<br/>8 FILHO(A)<br/>12 QUALQUER OUTRA RELACAO<br/>DEPENDENCIA- ESTAB. EM LEI – (EX-ESPOSO E MENOR SOB GUARDA)</p> <p><b>TABELA DE CONDICAO DE DEPENDENTE</b></p> <p>1 ADOTIVO(A)<br/>2 ADOTIVO(A) SOLT. S/REMUNERACAO<br/>3 ADOTIVO(A) ESTUDANTE<br/>4 ADOTIVO(A) INTERDITO(A)<br/>5 ADOTIVO(A) INCAPAZ<br/>6 COM PENSAO ALIMENTICIA<br/>7 CURATELADO(A)<br/>8 CURATELADO(A) ABSOL. INCAPAZ<br/>10 EMPREGADO(A) DOMESTICO(A)<br/>11 EQUIPARADO(A)</p> | <p>12 EQUIPARADO(A) INVALIDO(A)<br/>13 ESTUDANTE – (DEPENDENTE ECONOMICO)<br/>14 ESTUDANTE UNIV. S/ATIV. REMUN. – (DEPENDENTE ECONOMICO)<br/>15 EXCEPCIONAL ID MENTAL =&lt; 7ANOS<br/>16 INCAPACITADO(A) FISICO/MENTAL<br/>17 INTERDITO(A)<br/>18 INTERDITO(A) COM CURATELA<br/>19 INVALIDO(A)<br/>21 SEM ARRIMO SOB GUARDA JUDICIAL<br/>22 SEM RENDIMENTOS<br/>23 SOLTEIRO(A) SEM REMUNERACAO – (FILHO/ENTEADO/ MENOR SOB GUARDA)<br/>24 TUTELADO(A)<br/>25 TUTELADO(A) INTERDITO<br/>26 TETELADO(A) ABSOLUT. INCAPAZ<br/>27 TUTELADO(A) ESTUDANTE<br/>28 TUTELADO(A) INVALIDO(A)<br/>29 TUTELADO(A) SOLT.S/REMUNERACAO<br/>31 RENDIMENTO NO LIMITE ISENCAO – (CONJUGE OU COMPANHEIRO)<br/>32 SEM EXIGENCIA DE CONDICAO (MENOR DE 21 ANOS)<br/>33 CURATELADO ESTUDANTE<br/>34 CURATELADO INVALIDO<br/>35 CURATELADO INTERDITIO<br/>37 MENOR SOB GUARDA ESTUDANTE<br/>38 MENOR ADOTIVO INVALIDO<br/>39 MENOR SOB GUARDA INVALIDO</p> |
|--|--|

### **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 MP nº 3 (DOU 31/07/2009)
- Termo de Referência Básico
- Resolução Normativa (RN) nº 167/2007 - ANS