

CADASTRAMENTO 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: _____

Dados do Plano de Saúde

PLANO DE SAÚDE/EMPRESA: _____

FORMA DE PAGAMENTO ADOTADA : Boleto bancário () Desconto em folha: () Débito Automático: ()

DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE PAGAMENTO:

Boleto bancário () Desconto em folha: () Débito Automático: ()

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

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: _____

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: _____