



## **DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE DA OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR**

Por meio da presente, a \_\_\_\_\_, inscrita no  
CNPJ/MF nº \_\_\_\_\_, com endereço:

\_\_\_\_\_

**DECLARA**, sob as penas da Lei, que o Plano de Assistência à Saúde Suplementar contratado pelo  
servidor do IF Baiano: \_\_\_\_\_,

Matrícula SIAPE nº \_\_\_\_\_, está registrado na Agência Nacional de Saúde - ANS  
sob o nº \_\_\_\_\_, e cumpre todas as exigências e condições

previstas na Lei nº 9.656/98 e nas Resoluções da ANS, como também atende ao Termo de  
Referência Básico, anexo da Portaria Normativa SRH/MP nº 05/2010, assegurando ao servidor,  
dentre outros requisitos previstos no Termo de Referência Básico, aqueles indicados no anexo que  
acompanha aquela Portaria: o atendimento de urgência e emergência em todo território nacional (Art.  
18, III); a inclusão sem carências de pensionistas, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do titular (Item  
2.2.1); o pagamento de reembolso pelo prazo de 12 (doze) meses contados da data do evento (Item  
6.4); a obtenção de autorização prévia no prazo de até 01 (um) dia útil contado da data da solicitação  
(Item 8.4); instauração de Junta Médica no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas para  
solucionar divergências na concessão da autorização (Item 8.5); e a cobertura dos  
procedimentos relacionados com agravos ocupacionais e suas conseqüências, incluindo cirurgia  
plástica reparadora no caso de doenças ocupacionais e moléstia profissional (Item 3.4).

A presente **DECLARAÇÃO** destina-se a possibilitar a concessão do Auxílio de Caráter  
Indenizatório ao servidor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, para  
ressarcimento parcial dos custos com o Plano de Assistência à Saúde contratado.

Estamos cientes de que a falsidade das informações aqui prestadas incorre no disposto no  
art. 299 do Código Penal Brasileiro – CPB.