

## REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE PARTICULAR

<p>PARA VALIDAÇÃO PELA DIREH/DEPAD A ausência de um desses itens indefere a solicitação.</p> <p>( ) Todos os campos preenchidos. ( ) Anexados os documentos exigidos. Data: ____/____/____.</p> <p>Assinatura e carimbo do Servidor Responsável</p>	<p>RESERVADO AO PROTOCOLO:</p> <p>Nº Processo: _____ Data: ____/____/____ Destino: COAS</p> <p>Assinatura do Servidor(a)</p>
---	--

<b>1 – IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE</b>			
Nome:			
<input type="checkbox"/> Servidor Ativo		<input type="checkbox"/> Servidor Aposentado	<input type="checkbox"/> Pensionista
Matrícula SIAPE:		Data de Admissão:	
Cargo:		Lotação:	
Telefone:		E-mail:	
<b>2 – IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE</b>			
Operadora:		Valor do Plano do Titular:	
Dependentes do Servidor no Plano de Saúde		Vínculo Familiar	Data de Nascimento
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
<b>Valor Total a ser pago (Titular e dependentes):</b>			R\$

### 3- DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS

a) Cópia do contrato do plano de saúde feito com a operadora ou uma declaração que informe a titularidade do servidor, os seus dependentes e a data de adesão ao plano. Caso a operadora não atenda aos regulamentos presentes na Portaria Normativa SRH/MPOG Nº05, de 11/10/2010, o interessado não terá direito ao benefício;

b) No caso do servidor ter dependentes no plano de saúde anexar cópia de:

- o cônjuge → RG, CPF e certidão de casamento;
- companheiro(a), inclusive na união homoafetiva → RG, CPF e certidão de união estável reconhecida em cartório;
- filhos e enteados até 21 anos de idade ou se inválidos → CPF e RG ou certidão de nascimento (filhos até 16 anos);
- filhos e enteados, entre 21 e 24 anos de idade → RG, CPF e comprovante de matrícula de curso regular reconhecido pelo MEC **a ser enviado semestralmente**. O não envio suspenderá automaticamente o ressarcimento do referido dependente nos meses subsequentes ao início do semestre (fevereiro e agosto);
- menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observar o disposto nos itens anteriores;

Tabela de valores cobrados pelo Plano, com identificação de quais valores são devidos pelo servidor, por beneficiário. Tal exigência deve-se à necessidade de verificar, se o valor pago pelo servidor é inferior ao per capita, estabelecido pelo MPOG. Caso afirmativo, o valor do per capita será reajustado no sistema.

### 4-OBSERVAÇÕES

- a) O servidor deverá comprovar o pagamento do plano de saúde mensalmente, entregando ao DEQUAV / COAS, a cópia do boleto e o comprovante de pagamento. **Não será aceito agendamento de pagamento de títulos.**
- b) O prazo para a entrega do recibo de pagamento será até o **5º dia útil do mês**, conforme estabelecido pela Portaria Normativa SRH / MPOG Nº 05, de 11/10/2010. A inclusão do benefício após este prazo ficará condicionada com a data de fechamento do sistema.
- c) O servidor terá direito ao per capita saúde suplementar, a partir da data que solicitou o ressarcimento.

Local / Data

Assinatura do Servidor