



ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

(CONCESSÃO DE AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO, POR MEIO DE RESSARCIMENTO)

Ao Senhor CRH e/ou Superintendente Regional da _____

Dados do (a) solicitante

Nome Completo: _____		
Matrícula SIAPE: _____	CPF: _____	LOTAÇÃO: _____
Situação 1: Ativo () Aposentado () Beneficiário de Pensão () CARGO: _____		
Situação 2: Cedido () Requisitado () ADIDO () Anistiado () órgão: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____	Cidade: _____	UF: _____
Telefone(s): _____	Celular: _____	Email: _____

() Incluir servidor/beneficiário

() Excluir servidor/beneficiário

() Incluir dependentes

() Excluir dependentes

() **ALTERAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE**

Dados do(s) dependente(s)

Vínculo	Nome		
Nome da mãe			
Data de Nascimento ____/____/____	Sexo: Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	Situação: Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
CPF	RG Nº	Órgão Expedidor	Data Emissão ____/____/____

Vínculo	Nome		
Nome da mãe			
Data de Nascimento ____/____/____	Sexo: Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	Situação: Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
CPF	RG Nº	Órgão Expedidor	Data Emissão ____/____/____

Vínculo	Nome		
Nome da mãe			
Data de Nascimento ____/____/____	Sexo: Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	Situação: Normal <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/>	
CPF	RG Nº	Órgão Expedidor	Data Emissão ____/____/____

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. 5 de 11 de outubro de 2010 – SRH/MP.
- 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.**

Dados do (a) plano

Vínculo (Entidade)	Nome da Operadora/Plano
Data da adesão	Forma de pagamento

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)

DEFIRO

INDEFIRO

Coordenador de RH/Superintendente Regional

REQUISITOS BÁSICOS

- 1 - Que o servidor ativo, aposentado ou pensionista seja 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 5 de 11 de outubro de 2010 – SRH/MP e à Resolução Normativa nº 211/2010 – ANS;
- 3 - Que a 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 5/SRH - MP/2010 e estejam devidamente cadastrados no módulo dependente do Sistema SIAPE.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**PARA A INCLUSÃO NO BENEFÍCIO:**

- Requerimento específico (também disponível no sítio da PF) protocolizado pelo servidor ou pensionista;
- Cópia do contrato do plano de assistência à saúde;
- Declaração da operadora de plano 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 5/SRH/MP/2010) e à RN nº 211/2010 – ANS;
- Cópia da mensalidade do mês anterior, paga, na qual conste a relação de dependentes;
- Caso o dependente não seja cadastrado no SIAPE, o servidor deverá procurar o Serviço de Cadastro - Recursos Humanos/Polícia Federal para regularizar a situação.

FUNDAMENTOS LEGAIS:

- Lei nº 8.112/90, art. 230 (redação dada pela Lei nº 11.302/2006)
- Decreto nº 5.010, de 09/03/2004
- Portaria Normativa nº 5 – SRH/MP (DOU N. 196 de 13/10/2010)
- Termo de Referência Básico
- Resolução Normativa (RN) nº 211/2010 - ANS