



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS
Rua das Laranjeiras, 232 - Laranjeiras - RJ - CEP:22240-001
Telefone: (21)2225-1187
e-mail: crh@ines.gov.br

RESSARCIMENTO PLANO DE SAÚDE – PER CAPITA

Portaria Normativa nº 01 de 09 de março de 2017 – MPOG

Nome:		
Matrícula SIAPE:	CPF:	
Servidor Ativo () Lotação: _____	Servidor Aposentado ()	Pensionista ()
Surdo ()	Ouvinte ()	
Endereço:		
Bairro:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone Res.:	Telefone Celular:	
E-mail pessoal:		
E-mail institucional:		

Conforme Portaria Normativa nº 01 de 09 de março de 2017 – MPOG que estabelece orientações sobre a assistência a saúde suplementar do servidor, serão beneficiados do Plano de Assistência Suplementar:

Art. 5º Para os fins desta Portaria Normativa, são beneficiários do plano de assistência à saúde:

I - na qualidade de servidor, os inativos e os ocupantes de cargo efetivo, de cargo comissionado ou de natureza especial da Administração Pública federal direta, suas autarquias e fundações; II – na qualidade de militar de ex-Território, os militares da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima; III - na qualidade de dependente do servidor ou do militar de ex-Território:

a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;

b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

d) os filhos e enteados, até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e

f) o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

IV - o pensionista de servidor ou de militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima

§ 1º A existência do dependente constante das alíneas “a” ou “b” do inciso III deste artigo exclui a assistência à saúde do dependente constante da alínea “c” do mesmo inciso.

Relação de Dependentes

Nome (s) do (s) dependente (s)	CPF	Data de Nasc.	Tipo

Caso o (s) dependente (s) não estiver cadastrado no SIAPE, é necessário solicitar inclusão em formulário próprio fornecido pela CRH.

Plano de Saúde:	Nº Contrato:
Deverão ser apresentadas cópias dos seguintes documentos:	
<ul style="list-style-type: none">• Declaração da sua operadora de plano de saúde, constando o nome do titular (obrigatoriamente o servidor ou pensionista- artigo 25 da Portaria Normativa MPOG 01/2017) e os seus dependentes ou cópia do contrato (caso a assinatura do contrato seja inferior a 30 dias do pedido de solicitação junto à operadora);• Comprovante de pagamento da última mensalidade;• Comprovante de matrícula atualizado de Instituição de ensino regular reconhecido pelo Ministério da Educação, caso filho (a) ou dependente legalmente constituído com faixa etária de 21 a 24 anos (Informamos que a continuidade do pagamento deste auxílio está condicionada à apresentação anual do comprovante da matrícula).	

Fico ciente, desde já que, a comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de abril, independente do mês de apresentação do requerimento.

Estou ciente, também, que o efeito financeiro deste benefício, será a partir da data de abertura do processo, não havendo retroatividade de pagamento.

Comprometo-me ainda, a informar à CRH, eventuais alterações que importem a perda do benefício pelo dependente, bem como disponibilizar documentos adicionais que se façam necessários.

Por fim, declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e, autorizo, desde já, a reposição ao erário de eventuais valores recebidos indevidamente, a título de “Per Capita”.

Data: _____ Assinatura: _____