

RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE – ADESÃO

| | |
|---|----------|
| NOME: | |
| MATRÍCULA: | |
| CARGO: | LOTAÇÃO: |
| <input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE PARTICULAR <input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE SINDICATO / ASSOCIAÇÃO | |
| QUAL? | |

VEM REQUERER A:

ADESÃO DO RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE

Fundamento legal: Portaria nº5, de 11 de outubro de 2010.

Documento a serem anexados:

1. Plano de saúde particular:

- cópia do contrato com a operadora de plano de saúde;
- declaração assinada pela operadora de plano de saúde;
- cópia da mensalidade paga (do mês de requerimento do ressarcimento).
(* apresentar todo 5º dia útil de cada mês comprovante de pagamento).

2. Plano de saúde sindicato:

- cópia da mensalidade paga (do mês do requerimento do ressarcimento).

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras, sob as penas da Lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.

Local e data de requerimento: _____, ____ de ____ de ____.

Assinatura do servidor (a) _____.

Uso exclusivo do CGRH / DGP

Local e data de recebimento: _____, ____ de ____ de ____.

Assinatura e carimbo do recebedor (a) _____.

DECLARAÇÃO – PLANO DE SAÚDE PARTICULAR

Por meio da presente declaração, a _____, inscrita no CNPJ sob o nº. _____ e registrada na ANS sob o nº._____, localizada no _____.
DECLARA que o plano de saúde contratado pelo servidor _____, matrícula SIAPE nº. _____, cumpre todas as exigências e condições previstas na Lei nº. 9.656/98, bem como, também, ao Termo de Referência Básica da Portaria Normativa nº. 05, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, de 11 de outubro de 2010, publicada no DOU de 13/10/10.

A falsidade das informações prestadas submeterá o signatário ao disposto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

....., de de

(assinatura com RG, CPF e Carimbo identificador do signatário e do cargo)

RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE – INCLUSÃO DE DEPENDENTE

| | |
|--|---|
| NOME: | |
| MATRÍCULA: | |
| CARGO: | LOTAÇÃO: |
| <input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE PARTICULAR | <input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE SINDICATO |

VEM REQUERER A:

INCLUSÃO DO RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE

Fundamento legal: Portaria nº5, de 11 de outubro de 2010.

| RELAÇÃO DE DEPENDENTES | | | |
|------------------------|------------|--------------------|-----|
| Nome do dependente | Parentesco | Data de nascimento | CPF |
| | | | |
| | | | |

Observações:

Conforme legislação, só há ressarcimento para cônjuge ou companheiro, filhos e enteados solteiros até 21 anos ou se inválidos enquanto durar a invalidez, filhos e enteados entre 21 e 24 anos estudantes de curso regular e menor sob guarda.

Documentos a serem anexados junto ao requerimento:

-Para todos os dependentes a serem incluídos: cópia do CPF, do RG e da Certidão de nascimento.

-Em caso de filhos, enteados ou menor sob guarda (maiores de 21 anos e menores de 24 anos) – comprovação de que o mesmo é estudante de ensino superior de curso regular reconhecido pelo MEC;

-Cópia da Certidão de casamento ou escritura pública de união estável e CPF, em caso de cônjuge ou companheiro;

-Comprovante de pagamento da última prestação;

1. **Plano de saúde particular:** cópia do contrato com a operadora de plano de saúde (a inclusão de dependente), declaração assinada pela operadora do plano de saúde e cópia da mensalidade paga.

2. **Plano de saúde sindicato:** cópia da mensalidade paga.

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras, sob as penas da Lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente. Estou ciente de que devo apresentar até o 5º (quinto) dia útil de cada mês a comprovação do pagamento para que seja devido o ressarcimento.

Local e data de requerimento: _____, ____ de ____ de ____.

Assinatura do servidor (a) _____.

Uso exclusivo do CGRH / DGP

Local e data de recebimento: _____, ____ de ____ de ____.

Assinatura e carimbo do recebedor (a) _____.

DECLARAÇÃO – PLANO DE SAÚDE PARTICULAR / INCLUSÃO DE DEPENDENTE

Por meio da presente declaração, a _____, inscrita no CNPJ sob o nº. _____ e registrada na ANS sob o nº. _____, localizada no _____. DECLARA que o plano de saúde contratado pelo servidor _____, matrícula SIAPE nº. _____, cumpre todas as exigências e condições previstas na Lei nº. 9.656/98, bem como, também, ao Termo de Referência Básica da Portaria Normativa nº. 05, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, de 11 de outubro de 2010, publicada no DOU de 13/10/10.

A falsidade das informações prestadas submeterá o signatário ao disposto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

....., de de

(assinatura com RG, CPF e Carimbo identificador do signatário e do cargo)

RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE – EXCLUSÃO

| | |
|--|---|
| NOME: | |
| MATRÍCULA: | |
| CARGO: | LOTAÇÃO: |
| <input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE PARTICULAR | <input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE SINDICATO |

VEM REQUERER A:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DO RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE |
| <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DO RESSARCIMENTO DO DEPENDENTE |

Fundamentos Legal: Portaria nº5, de 11 de outubro de 2010.

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras, sob as penas da Lei e que autorizo a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente.

Local e data de requerimento: _____, ____ de ____ de ____.

Assinatura do servidor (a) _____.

Uso exclusivo do CGRH / DGP

Local e data de recebimento: _____, ____ de ____ de ____.

Assinatura e carimbo do recebedor (a) _____.

RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE

O servidor tem que ser o titular do plano de saúde.

Preencher o formulário de ressarcimento para titular de plano de saúde, no site do IF SUL DE MINAS.

Plano de saúde
Particular

Ao requerer o reembolso do plano de saúde, o servidor deverá preencher o formulário, anexar cópia do contrato com a operadora do plano de saúde e a cópia da mensalidade paga (do mês que requereu o auxílio).

Servidores do Campus:
nos demais meses, cada servidor deverá encaminhar cópia do boleto pago, ao seu RH, até o 5º dia útil.

Servidores da Reitoria:
nos demais meses cada servidor deverá enviar via e-mail ao DGP cópia do boleto pago até o 5º dia útil.

Plano de saúde
Sindicado

Ao requerer o reembolso do Plano de saúde o servidor deverá preencher o formulário e anexar cópia da mensalidade paga (do mês que se requereu O auxílio .

Nos próximos meses o próprio servidor encaminha os comprovantes ao RH. No caso servidor do servidor pagar após a data de vencimento ele deverá encaminhar ao RH e o comprovante de pagamento.

Os servidores titulares de plano de Saúde podem incluir seus dependentes para fins de ressarcimento do plano de saúde, basta preencher o formulário de inclusão, no site do IF SUL DE MINAS E anexar os documentos solicitados.

Em caso de exclusão do ressarcimento para titular do plano de saúde ou de seus dependentes, é preciso informar o respectivo RH através do preenchimento do formulário de exclusão.

ATENÇÃO:

- Dependentes, do servidor que tem direito ao ressarcimento do plano de saúde:
Cônjuge/ companheiro;
Filhos / enteados solteiros até 21 anos ou si inválidos, enquanto durar a invalidez;
Filhos/ enteados, entre 21 e 24 anos, estudantes;
Menor sob guarda.
- O cálculo do ressarcimento baseia-se no vencimento básico e na faixa etária.