

ia à Saúde Suplementar SRH/SR/PF/S

7498473 SEI 0849

Requerimento de Assistênc

C 1

0.000498/2021-81 / pg. 1

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MJSP - POLÍCIA FEDERAL SRH/SR/PF/SC

## ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

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

## Ao Senhor CRH e/ou Superintendente Regional da SR/PF/SC

**1- DA SOLICITAÇÃO**

( ) Incluir servidor/beneficiário ( ) Excluir servidor/beneficiário ( ) Incluir dependente(s) ( ) Excluir dependente(s)

( ) Alteração de plano de saúde ( ) Atualização cadastral (Mudança de lotação)

## 2- DO(A) SOLICITANTE

Endereço:

Bairro: Cidade: UF:

Ramal: Celular: E-mail:

( ) Anistiado - Órgão: ( ) Adido

( ) Servidor Cedido/Requisitado

Nome Completo: Matr. SIAPE:

CPF: Lotação: Cargo:

( ) Servidor Ativo ( ) Aposentado ( ) Pensionista - Nome do Inst. de Pensão:

1. **– DOS DEPENDENTES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Dependente** | **Vínculo** | **Data de Nascimento** | **CPF** | **Valor do Plano** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **– DO PLANO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome do Plano** | **Forma de Pagamento** | **Início da Vigência** |
| **Agente Intermediador na Contratação (administradora de plano de saúde, sindicato, entidade de classe, etc.)** | | |

1. **– DA DECLARAÇÃO**
   1. Declaro, sob as penas previstas no art. 299 do Código Penal e no art. 132 da Lei 8.112/90, que:
      1. Atendo, neste ato, a todos os requisitos legais para recebimento do auxílio saúde por meio de ressarcimento, previstos no art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e na Portaria Normativa nº 1 de 9 de março de 2017.
      2. O plano de saúde contratado possui autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como atende ao art. 3º da Portaria Normativa nº 1, de 9 de março de 2017, segundo o qual *“Os planos de saúde destinados aos beneficiários dos órgãos e entidades do SIPEC contemplarão atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com ou sem obstetrícia, realizados exclusivamente no país, com acomodação padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde”*.
      3. O plano de saúde contratado não se configura como plano privado coletivo empresarial.
   2. Estou ciente de que para fazer jus ao auxílio relativo aos meus dependentes eles deverão estar inscritos no mesmo plano de saúde do qual sou o titular, contratado na forma da Portaria Normativa nº 1, de 9 de março de 2017, bem como constarem nos meus assentamentos funcionais.
      1. Tenho conhecimento da obrigação de informar ao órgão qualquer mudança de valor, inclusão ou exclusão de beneficiários, cancelamento do plano de saúde, ou qualquer evento que acarrete o fim do benefício, além da necessidade de apresentar documentos destinados à comprovação de condições complementares de beneficiário.
      2. Estou a par de que a comprovação das despesas efetuadas com saúde (mensalidades), objeto deste requerimento, deverá ser efetuada anualmente, no período compreendido entre 1º de janeiro e o último dia útil do mês de abril, do ano subsequente ao exercício financeiro a que se refere, acompanhada de toda a documentação comprobatória necessária.
      3. Sou conhecedor de que a não comprovação das despesas (item 5.2.2) ou a falta de informação ao órgão das alterações realizadas (item 5.2.1) acarretará a suspensão imediata do benefício e, consequentemente, a instauração de processo administrativo visando a reposição ao erário dos valores recebidos indevidamente, na forma do normativo expedido pelo órgão central do SIPEC.
      4. Estou ciente de que meus filhos ou enteados inscritos na assistência à saúde suplementar são automaticamente excluídos do benefício ao completarem 21 anos de idade e que, para continuarem tendo direito ao auxílio, até completarem 24 anos, deverão ser meus dependentes econômicos, bem como, estudantes de curso regular reconhecido pelo MEC, cuja situação deverá ser informada e regularizada nos meus assentamentos funcionais.

## , / /

(local e data) Assinatura do (a) servidor (a)

**FUNDAMENTOS LEGAIS:**

Lei nº 8.112/90, art. 230 (redação dada pela Lei nº 11.302/2006); Portaria Normativa nº 1, de 9 de março de 2017 – SRH/MP; e MOC nº 08/2017-CRH/DGP/PF, de 15 de maio de 2017

**Referência:** Processo nº 08490.000498/2021-81

SEI nº 17498473

# Requerimento de Assistência à Saúde Suplementar SRH/SR/PF/SC 17498473 SEI 08490.000498/2021-81 / pg. 2