



REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO PARA TITULAR DE PLANO DE SAÚDE

(Decreto nº 4978/2004, modificado pelo Decreto nº 5010/2004 e Portaria Normativa nº 01/2017 - MPOG)

| Nome: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--------------------|---|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| () Servidor Ativo () Servidor Aposentado () Pensionista | | Data de Nascimento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Matrícula SIAPE: | Cargo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lotação: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço atual: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone: | E-mail: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plano de Saúde: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relação de Dependentes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><thead><tr><th>Nome do Dependente</th><th>Tipo de Dependente (filho, cônjuge, etc.)</th><th>Data de Nascimento</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> | | | Nome do Dependente | Tipo de Dependente (filho, cônjuge, etc.) | Data de Nascimento | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Dependente | Tipo de Dependente (filho, cônjuge, etc.) | Data de Nascimento | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Para fins de cadastro inicial, juntar cópia dos seguintes documentos, conforme o caso:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Proposta de adesão ou declaração com a operadora de plano de saúde;■ Comprovante de pagamento da última prestação;■ Certidão de nascimento e CPF do(s) filho(s), enteado(s), ou dependente(s) com provisão de guarda judicial;■ Caso o filho, enteado ou dependente legalmente constituído tiver mais de 21 anos e menos de 24 anos, deverá ser apresentado comprovante de que o mesmo é estudante de instituição de curso regular reconhecido pelo MEC;■ Certidão de Casamento e CPF;■ Documento comprobatório de união estável, inclusive se relação homoafetiva (três indícios de união estável, RG e CPF do companheiro (a));■ Assinar o verso do requerimento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



ATENÇÃO

Conforme Portaria Normativa do MPOG nº 01, de 09/03/2017, que estabelece orientações sobre a assistência à saúde suplementar do servidor.

Serão beneficiários do Plano de Assistência à Saúde 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.

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

Belém, de de

Assinatura