



FORMULÁRIO DE ADESÃO/RECADASTRAMENTO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

SIGAN.º:	
NOME DO SERVIDOR:	
NOME SOCIAL:	
CAMPUS DE LOTAÇÃO:	SIAPE:
CARGO:	CPF:
VINCULO:	
ESTADO CIVIL:	
TELEFONE:	
E-MAIL:	
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS	
<p><u>Cópia de Documentos:</u></p> <p>– Servidor: RG, CPF, cópia do contrato assinado com a operadora, no qual conste a titularidade do servidor e a lista do(s) dependente(s), comprovante de residência com CEP, comprovação de vínculo com o IFBAIANO (contracheque ou termo de exercício) e declaração de conformidade da operadora de plano de assistência à saúde suplementar.</p> <p>– Dependente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Filho até 21 anos – CPF, RG (Se menor de 18 anos Certidão de Nascimento);• Filho entre 21 e 24 anos – CPF, RG e Comprovante de matrícula em Curso Regular, reconhecido pelo MEC a ser enviado semestralmente. O não envio deste comprovante suspenderá automaticamente o benefício do Per Capita Saúde Suplementar;• Enteadado – CPF, RG (Se menor de 18 anos Certidão de Nascimento);• Cônjuge – CPF, RG e Certidão de Casamento;• Companheiro(a) – RG, CPF e Declaração de União Estável registrada em cartório;• Ex-Cônjuge ou ex-Companheiro(a) comprovação de pagamento de pensão alimentícia judicial, condicionado. <p>– Pai e/ou Mãe – RG, CPF e Comprovação de Dependência Econômica via Declaração de Imposto de Renda atualizado.</p>	
PLANO ESCOLHIDO	
ESPECIFICAR PLANO (administradora, se houver + operadora): _____ _____	



Valor Pago para o Titular _____

Soma total do Plano de Assistência à Saúde Suplementar
(titular+dependentes) _____

DECLARAÇÕES

DECLARO, sob as penas da Lei (Art. 299 do Código Penal), que o Plano de Assistência à Saúde Suplementar contratado, acima descrito, atende, pelo menos, o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúdes editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, está registrado na Agência Nacional de Saúde – ANS sob o n.º _____, e cumpre todas as exigências e condições previstas na Lei n.º 9.656/98 e nas Resoluções da ANS.

Assinatura do servidor solicitante

DECLARO para fins de Adesão ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar que designo a(s) pessoa(s) relacionadas nesse formulário como meu(s) dependente(s).

RESPONSABILIZO-ME pelo envio semestral do Comprovante de Matrícula em Curso Regular, reconhecido pelo MEC dos filhos entre 21 e 24 anos e estou ciente que o não envio deste comprovante suspenderá automaticamente o ressarcimento no mês subsequente ao início de cada semestre (fevereiro e agosto).

Assinatura do servidor solicitante

TERMO DE COMPROMISSO

COMPROMETO-ME a pagar mensalmente o valor referente ao Plano de Assistência à Saúde Suplementar, ciente de que a ausência de consignação na minha folha de pagamento não me desobriga a efetuar o pagamento sob minha responsabilidade. Declaro, ainda, estar ciente de que a inadimplência por 30 (trinta) dias acarretará na minha exclusão e dos meus dependentes, sendo o valor da parcela não paga lançado na minha folha de pagamento, na forma da legislação vigente, com base no artigo 46, da Lei n.º 8.112/1990 e conforme Art. 28 § 4.º da Portaria Normativa 01/2017 informar ao órgão ou entidade concedente qualquer mudança de valor, inclusão ou exclusão de beneficiários, bem como apresentar documentos destinados à comprovação de condições complementares de beneficiário.

Assinatura do servidor solicitante

DADOS DE DEPENDENTES

Desejo incluir os dependentes SIM NÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – DGP
Coordenação de Atenção a Saúde e Qualidade de Vida

NOME	GRAU DE PARENTESCO	CPF	VALOR DO PLANO (RS)

TERMO DE COMPROVAÇÃO DE DESPESAS COM SAÚDE SUPLEMENTAR
(Lei 8.112/90, art. 230)

Comprometo-me de acordo com o Art. 30 da Portaria Normativa 01/2017 a enviar ANUALMENTE, independentemente do mês de apresentação deste requerimento, a comprovação das despesas efetuadas até o último dia útil do mês de abril, acompanhada de toda a documentação comprobatória necessária.

Estou ciente, ainda, que **segundo os parágrafos § 1.º e § 2.º da Portaria supramencionada, nos casos de exoneração ou retorno de servidor cedido, a apresentação dos documentos de comprovação das despesas efetuadas deverá se dar antes do afastamento do órgão ou entidade concedente e o usufruto de férias, licença ou afastamento durante o mês de abril não desobriga o servidor do cumprimento do disposto.**

_____ Assinatura do servidor solicitante



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA COMPROVAÇÃO ANUAL DE DESPESAS COM SAÚDE SUPLEMENTAR (Portaria Normativa 01/2017)

- I – boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento;
- II – declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação; ou
- III – ou outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

(É suficiente a apresentação de **apenas** um dos documentos supracitados. Itens não cumulativos.)

Declaro que são verdadeiras as informações prestadas nesse formulário e que, assumo inteira responsabilidade pelas mesmas.

Observação: _____

Local/Data: _____, ____/____/____

Assinatura: _____ SIAPE: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA INSTITUIÇÃO

Nesta data, segundo declaração anexa, o Plano de Assistência à Saúde Suplementar contratado atende, ao menos, o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúdes editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Opinamos pelo ____deferimento do objeto pretendido – ressarcimento à saúde
____indeferimento do objeto pretendido – ressarcimento à saúde

Local/Data: _____, ____/____/____

Assinatura: _____ SIAPE: _____