



Conforme Portaria Normativa/SRH-MP nº 3 de 30/07/2009 que estabelece orientações sobre a assistência a saúde suplementar do servidor, serão beneficiários do Plano de Assistência à Saúde Suplementar:

Art. 4º Para fins desta Portaria 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 e de emprego público, da Administração Pública Federal direta, suas autarquias e fundações;

II - na qualidade de dependente do servidor:

- 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 sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, solteiros, até 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 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 concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "d" e "e".

III - pensionistas de servidores de órgãos ou entidades do SIPEC.

Parágrafo único. A existência do dependente constante das alíneas "a" ou "b" do inciso II desobriga a assistência à saúde do dependente constante da alínea "c" daquele inciso

**SOLICITAÇÃO DO RESSARCIMENTO ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

(Portaria nº 3 de 30/07/2009 - MPOG)

Nome:			
Matrícula SIAPE:		Data Nascimento:	
Servidor: ( ) Ativo ( ) Aposentado ( ) Pensionista			
Lotação:		Telefone:	
Endereço Res.:			Nº
Bairro:		CEP:	
Telefone Residencial:		Telefone Celular:	
Email:			
<b>Relação Dependentes (TIPO) 1- Cônjuge 2- Filho (s) a 3 – Enteado (s) a</b>			
<b>Nome(s) do(s) dependente(s)</b>	<b>CPF</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Tipo</b>

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

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura

Parecer DGP.

( ) Deferido

( ) Indeferido, Motivo: \_\_\_\_\_

**Anexar:** Contrato com a operadora; Declaração da sua operadora de plano de saúde, constando o nome do titular (obrigatoriamente o servidor) e os seus dependentes, com o valor pago por dependente; Comprovante mensal de pagamento; Comprovante de matrícula atualizado de instituição de ensino regular reconhecido pelo Ministério da Educação, caso o filho (a) ou dependente legalmente constituído com faixa etária entre de 21 e 24 anos;