



ORIENTAÇÕES RECADASTRAMENTO ANUAL DO RESSARCIMENTO À SAÚDE SUPLEMENTAR

FINALIDADE

Atualizar dos dados cadastrais do servidor, no que concerne às informações prestadas a respeito de seu contrato de plano de saúde e de seus dependentes no respectivo plano, a fim de que continue recebendo o benefício de assistência à saúde suplementar mediante ressarcimento (auxílio saúde).

PÚBLICO-ALVO

Servidores ativos e aposentados e pensionistas (**esses últimos não podem incluir dependentes**).

REQUISITOS BÁSICOS

- Todos os servidores ativos, aposentados e pensionistas que forem detentores **titulares** de plano de saúde;
- O cadastro do dependente viabiliza o usufruto dos direitos e benefícios relacionados à condição da dependência. Portanto, se tiver dependentes no plano de saúde, esses deverão constar no assentamento funcional do servidor.

INFORMAÇÕES GERAIS

- O recadastramento anual será realizado durante os meses de abril e maio.
- O recadastramento deverá ser realizado exclusivamente através da abertura de processo por meio do sistema SIPAC.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- Requerimento comum nº 42 (disponível em <http://www2.ifam.edu.br/pro-reitorias/adminitracao/proad/formularios>)
- Formulário devidamente preenchido;
- Cópia do Contrato de plano de saúde ou Declaração do Plano de Saúde, **comprovando que o servidor é o titular do plano.**
- Documento do plano de saúde discriminando os beneficiários.
- Boleto referente ao mês do recadastramento e respectivo comprovante de pagamento.



FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO ANUAL DO RESSARCIMENTO À SAÚDE SUPLEMENTAR

Informações do servidor:

Servidor:	
Matrícula SIAPE n°.	Lotação:
Fone: ()	e-mail:

Dados da Operadora:

<input type="checkbox"/> Plano Privado	Nome do Plano de Saúde: _____
<input type="checkbox"/> Plano Coletivo – Convênio IFAM	<input type="checkbox"/> Aliança Administradora de Benefícios de Saúde
	<input type="checkbox"/> SINASEFE -AM

Informações dos dependentes inscritos no plano de saúde

Preencher a relação de dependentes abaixo:

Nome	CPF	Data nascimento	Grau de Parentesco

O recebimento da assistência à saúde suplementar (per capita) esta condicionado ao preenchimento do presente formulário em todos os seus campos e a inclusão dos documentos comprobatórios:



- Cópia do contrato do plano de saúde ou declaração da operadora acerca da cobertura do plano de saúde contratado, constando o nome do titular (obrigatoriamente o servidor) e os seus dependentes.
- Documentos dos dependentes: Cópia de RG, CPF e Certidão de Nascimento, para filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade.
- Cópia de RG, CPF e Certidão de Casamento para cônjuge, RG, CPF e certidão de União Estável, emitido em cartório, para companheiro (a).
- Para filhos entre 21 e 24 anos, na condição universitário sem remuneração, apresentar também a declaração de matrícula por período, ou seja, semestralmente.
- Comprovante de pagamento do Plano de Saúde.

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

Local: _____ data: ____/____/____

Assinatura do requerente