

# ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

## DEFINIÇÃO

A assistência à saúde suplementar compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, e é prestada diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, mediante convênio ou contrato, ou na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde. No IF Goiano, a assistência à saúde suplementar é prestada nas seguintes modalidades, devendo o servidor optar por uma delas:

1- Convênio com operadoras de planos de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão, como por exemplo a GEAP.

2- Auxílio de Caráter Indenizatório – Ressarcimento

Na modalidade de auxílio de caráter indenizatório, o servidor recebe o ressarcimento parcial do valor pago por beneficiário, pela contratação de plano de saúde privado, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde que atenda o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme disposto na Portaria Normativa nº. 1, de 9 de março de 2017, do Ministério do Planejamento. Esta modalidade é devida aos servidores ativos ou inativos, e também a seus dependentes ou pensionistas.

## REQUISITOS BÁSICOS

Contratar plano de assistência à saúde privado na condição de titular do contrato junto a qualquer Operadora de Saúde devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde – ANS.

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

1- Preenchimento do requerimento SIGEPE.

2- Cópia do Contrato ou Declaração emitida pela Operadora, comprovando a titularidade do servidor (e no caso de dependente que figure como titular do plano, por imposição da operadora, apresentar a comprovação de responsabilidade financeira do servidor).

3- Cópia do boleto e do recibo de pagamento, do mês da solicitação. *A comprovação de despesas e de pagamento do plano de saúde consiste em um documento emitido pela empresa, em que constem os nomes dos beneficiários (titular e dependentes) e os valores pagos para cada beneficiário. Caso o boleto de pagamento contenha essas informações, a comprovação pode ser feita com o boleto, acompanhado do extrato de pagamento do mesmo. Caso contrário, o servidor deverá solicitar, junto ao seu plano de saúde, uma declaração contendo tais informações.*

4- Documentação pessoal do(s) dependente(s): CPF; RG/Certidão de nascimento; Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável. No caso de dependentes entre 21 e 24 anos, se for estudante, apresentar comprovação de dependência econômica e comprovante de matrícula de curso regular reconhecido pelo MEC.

5- Os servidores requisitados de Órgãos não SIAPE, apresentar o respectivo contracheque.

## PROCEDIMENTO

Essa solicitação deverá ser feita diretamente na página do SIGEPE (<https://servidor.sigepe.planejamento.gov.br>).

O servidor irá logar e, ao entrar na página, deverá clicar em Requerimentos Gerais > Solicitar > Escolher “Assistência à Saúde Suplementar (solicitação)”. Após isto, abrirá uma tela onde o servidor escolherá o “Tipo de solicitação de ressarcimento requerido”, preencher os campos, anexar os documentos devidos, gravar, assinar digitalmente e enviar para análise.

PASSO	QUEM FAZ?	PROCEDIMENTO
1	Servidor	- Preenche o requerimento, anexa os documentos necessários e encaminha para análise.
2	Unidade de Gestão de Pessoas responsável pelo servidor	- Recebe e confere o requerimento e os documentos anexados no SIGEPE. - Caso o requerimento esteja devidamente instruído, realiza os devidos lançamentos e defere a solicitação. - Caso o requerimento esteja faltando alguma documentação ou informação, devolve o requerimento ao servidor para correção.
<p><i>Observação: O servidor deve ficar sempre atento e acompanhando o andamento do requerimento, pois, pode ser solicitado alguma alteração e/ou correção por quem for analisar o pedido. Caso a solicitação seja deferida, o requerimento também retorna para o servidor concluir a solicitação.</i></p>		

## INFORMAÇÕES GERAIS

1- Podem ser beneficiários do plano de assistência à saúde complementar, na condição de dependente do servidor:

- a- o cônjuge ou companheiro, inclusive de união homoafetiva;
- b- a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, que receba pensão alimentícia;
- c- os filhos e enteados, solteiros, até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- d- 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
- e- o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, observado o disposto nas alíneas "c" e "d".

2- Não podem ser beneficiários de assistência à saúde complementar, concomitantemente, como dependentes do servidor, o cônjuge ou companheiro e a pessoa separada judicialmente ou divorciada, que receba pensão alimentícia.

3- Somente os dependentes cadastrados no assentamento funcional do servidor poderão ser beneficiários do plano para fins de percepção do benefício. Desse modo, caso o dependente ainda não esteja cadastrado, o servidor deverá solicitar previamente sua inclusão, por meio de procedimento à parte, conforme orientações contidas no Manual do Servidor.

4- Para fazer jus à assistência à saúde complementar na modalidade de ressarcimento (auxílio de caráter indenizatório), o servidor deve ser beneficiário de plano de saúde na condição de titular.

5- Na modalidade de ressarcimento, o pagamento do auxílio está condicionado à comprovação de que o plano atende ao padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme disposto na Portaria Normativa nº. 1, de 9 de março de 2017, do Ministério do Planejamento. Excetua-se dessa regra os planos de saúde contratados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

6- A assistência à saúde na modalidade ressarcimento somente é devida a partir da data de abertura do processo inicial, não retroagindo a valores pagos nos meses anteriores.

7- Após o deferimento do requerimento inicial do auxílio de caráter indenizatório (ressarcimento), o servidor deverá encaminhar até o mês de abril do ano subsequente a comprovação dos gastos realizados no ano anterior e quem não efetuar a comprovação está sujeito a desconto em folha referente à reposição ao erário dos valores recebidos e não comprovados.

8- O auxílio será incluído no contracheque do titular do benefício e será pago mensalmente,

9- Não serão aceitos comprovantes de agendamento de pagamento de títulos, pois estes não comprovam a quitação do débito, o que está condicionado a saldo disponível na conta.

10- Se o plano de saúde contratado pelo servidor, por imposição das regras da operadora, não permitir a inscrição de dependentes, obrigando a realização de um contrato para cada beneficiário, o servidor deverá fazer prova inequívoca de responsabilidade financeira relativamente a seus dependentes para fazer jus a receber o ressarcimento também por estes.

11- O valor do ressarcimento a ser pago ao servidor no custeio da assistência à saúde complementar está fixado na Portaria nº. 08/2016, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Segundo a

referida portaria, o valor da per capita é calculado considerando a faixa salarial (remuneração) e de idade do servidor. No caso da per capita devida aos dependentes, o cálculo leva em consideração a remuneração do servidor e a idade do dependente.

Para fins de pagamento da per capita o valor é limitado ao valor individual gasto por cada beneficiário, tendo como parâmetro o teto da Portaria nº. 08/2016, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

RENDA/IDADE	FAIXA 01	FAIXA 02	FAIXA 03	FAIXA 04	FAIXA 05	FAIXA 06	FAIXA 07	FAIXA 08	FAIXA 09	FAIXA 10
	0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 OU +
ATÉ 1.499	149,52	156,57	158,69	165,04	169,97	175,61	190,03	193,05	196,06	205,63
1500 – 1.999	142,47	149,52	151,64	156,57	161,51	167,15	180,76	183,63	186,5	196,06
2.000 – 2.499	135,42	142,47	144,59	149,52	154,46	160,1	171,49	174,21	176,94	186,5
2.500 – 2.999	129,78	135,42	137,53	142,47	147,41	153,05	163,77	166,37	168,97	176,94
3.000 – 3.999	122,71	129,78	131,89	135,42	140,35	146	156,04	158,52	161	168,97
4.000 – 5.499	111,43	114,25	116,38	117,07	122,02	127,66	129,78	131,84	133,9	137,09
5.500 – 7.499	107,2	108,61	110,73	111,43	116,38	122,02	123,6	125,56	127,52	130,71
7.500 OU MAIS	101,56	102,97	105,08	105,79	110,73	116,38	117,42	119,28	121,14	124,33

## FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- Lei nº 8.112/90, art. 230;
- Portaria Normativa nº 1 de 9 de março de 2017 - MPOG;
- Portaria nº 08/2016 - MPOG;
- Nota Informativa nº 421/2012-CGNOR/DENOP/SEGEP/MP.