



Ministério dos Transportes  
Secretaria Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Recursos Humanos  
Coordenação de Administração de Pessoal Ativo  
Divisão de Benefícios

Versão 2011

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE AUXÍLIO SAÚDE**

A Divisão de Benefícios - DIBEN/COAD/CGRH:

Solicito o pagamento do **AUXÍLIO SAÚDE** referente ao mês de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_,  
nos termos do art. 26 da Portaria Normativa SRH n.º 5, publicada no Diário Oficial da União em 11/10/10.

**PREENCHER COM LETRA DE FORMA**

**1 - DADOS DO (A) TITULAR**

1 - Nome do TITULAR do Plano de Saúde		2 - Matrícula SIAPE	3 - Primeiro Pedido <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4 - Plano de Saúde PARTICIPATIVO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		5 - Valor da mensalidade do Plano de Saúde	
6 - Situação funcional <input type="checkbox"/> Ativo Permanente <input type="checkbox"/> Ativo Perma. cedido p/ outro Órgão <input type="checkbox"/> Dec. judicial - Cedido p/ outro Órgão <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Nomeado p/ cargo comissionado <input type="checkbox"/> Requisitado - Órgão de origem <input type="checkbox"/> Decisão Judicial <input type="checkbox"/> Pensionista			
7 - Endereço (Lotação)		8 - Telefone (Lotação)	9 - Ramal (Lotação)
10 - Bairro (Lotação)	11 - Cidade (Lotação)		12 - UF (Lotação)
14 - Endereço (Residencial)		15 - Telefone (Residencial)	16 - Celular
17 - Bairro (Residencial)	18 - Cidade (Residencial)		19 - UF (Residencial)
20 - CEP (Residencial)			
21 - Endereço eletrônico (E-mail)			

**2 - DADOS DOS(AS) DEPENDENTES**

<b>DEPENDENTE 1</b>				
Nome		Data Nascimento		Parentesco
Número CPF		Número RG	Órgão expedidor	Data de expedição
Nome da mãe				
Se menor de 18 anos - CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nome do cartório:				
UF do cartório	Num. Registro	Folha	Livro	CÓDIGO - Nova certidão
<b>DEPENDENTE 2</b>				
Nome		Data Nascimento		Parentesco
Número CPF		Número RG	Órgão expedidor	Data de expedição
Nome da mãe				
Se menor de 18 anos - CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nome do cartório:				
UF do cartório	Num. Registro	Folha	Livro	CÓDIGO - Nova certidão
<b>DEPENDENTE 3</b>				
Nome		Data Nascimento		Parentesco
Número CPF		Número RG	Órgão expedidor	Data de expedição
Nome da mãe				
Se menor de 18 anos - CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nome do cartório:				
UF do cartório	Num. Registro	Folha	Livro	CÓDIGO - Nova certidão

22 - Local e data	23 - Assinatura do titular
-------------------	----------------------------

**3 - RECEBIDO E CONFERIDO CONFORME AS INFORMAÇÕES**

24 - Data do recebimento	25 - Assinatura e carimbo do responsável pelo recebimento (DIBEN ou NRH)
--------------------------	--

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ESTÃO NO VERSO DESTES FORMULÁRIO.

## FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

### DEFINIÇÃO

Benefício devido ao servidor ativo, inativo e ao pensionista, de caráter indenizatório, realizado mediante ressarcimento desde que comprovada a contratação particular de Plano de Assistência à Saúde suplementar que atenda às exigências contidas no art. 26 da Portaria Normativa SRH n.º 5, publicada no Diário Oficial da União de 13/10/2010.

### DOCUMENTAÇÃO

**Todas as CÓPIAS** devem ser autenticadas, em cartório ou por servidor público em exercício no Ministério ou que atue na DIBEN - Divisão de Benefícios do Ministério dos Transportes, ou nos NRHs - Núcleos de Recursos Humanos (preferivelmente o responsável pelo NRH), ou ainda, por servidor que atue nas Unidades do DEFMM - Departamento do Fundo da Marinha Mercante em atividade na área de apoio administrativo.

> Contrato assinado com a operadora de Planos de Saúde **(SOMENTE NA PRIMEIRA SOLICITAÇÃO)**.

> RG e CPF **(SOMENTE NA PRIMEIRA SOLICITAÇÃO)**.

> Carteiras do Plano de Saúde **(SOMENTE NA PRIMEIRA SOLICITAÇÃO)**.

> Este formulário, preenchido e assinado. **(EM TODAS AS SOLICITAÇÕES)**

> Comprovação de pagamento da mensalidade: Recibo, comprovante de débito automático ou boleto bancário com a respectiva prova do pagamento. **(EM TODAS AS SOLICITAÇÕES)**

### INFORMAÇÕES GERAIS

O Auxílio será consignado no contracheque do titular do beneficiário e será pago sempre no mês subsequente à apresentação, pelo servidor, de cópia do pagamento do boleto bancário do Plano de Saúde, desde que apresentada à DIBEN até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

O Auxílio poderá também ser requerido para cobrir despesas com Planos de Assistência Odontológica, observadas as regras contidas no art. 26 da Portaria Normativa n.º 5.

### FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1 - Art. 230 da Lei n.º 8.112, de 11/12/1990 (DOU 12/12/1990).

2 - Decreto n.º 4978, de 03/02/2004, (DOU 04/02/2004).

3 - Portaria Normativa SRH n.º 05/2010, de 11/10/2010 (DOU 13/10/2010).