
GUIA RESSARCIMENTO DO PLANO DE SAÚDE



SUMÁRIO:

CONTEXTUALIZAÇÃO: SOBRE A REDE EBSEH.....	3
CRITÉRIOS PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO.....	4
SOLICITAÇÃO DO RESSARCIMENTO DO PLANO DE SAÚDE NO PROCESSO-SEI.....	5-10
DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA (ANEXAR AO PROCESSO)	11
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA DENTRO DO PROCESSO.....	12
PARA SABER MAIS SOBRE A NORMA	15

A. SOBRE A REDE EBSERH

- ✓ A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) foi autorizada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública.
 - ✓ Trata-se da maior rede de hospitais públicos do Brasil. Suas atividades unem dois dos maiores desafios do país, educação e saúde, melhorando a qualidade de vida de milhões de brasileiros, por meio da atuação de uma rede que inclui o órgão central da empresa e 45 Hospitais Universitários Federais (HUFs), que exercem a função de centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) e um papel de destaque para a sociedade.
 - ✓ Dada a sua finalidade, é uma empresa estatal 100% dependente da União e cumpre o seu dever de prestar serviços de assistência à saúde de forma integral e exclusivamente inseridos no âmbito do SUS, observando a autonomia universitária.
-

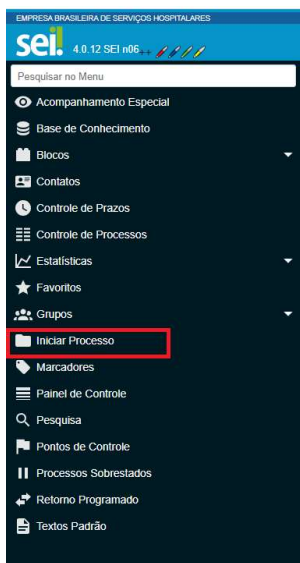
CRITÉRIOS PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO

- ✓ SERÁ CONCEDIDO O BENEFÍCIO AO TITULAR DO CONTRATO PLANO DE SAÚDE. (Art. 7)
 - ✓ OS DEPENDENTES DO BENEFÍCIO SERÃO ACEITOS SOMENTE QUANDO CONFIGURAR COMO TITULAR DO CONTRATO O PRÓPRIO EMPREGADO. (Art. 8)
 - ✓ A OPERADORA CONTRATADA DO PLANO DE SAÚDE TEM QUE SER REGULADA PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – ANS. (Art. 2)
 - ✓ O ENCAMINHAMENTO DO CADASTRO DO BENEFÍCIO SERÁ ACEITO SOMENTE QUANTO SOLICITADA ATRAVÉS DO PROCESSO SEI.
 - ✓ O BENEFÍCIO SERÁ CADASTRADO A PARTIR DA ENTREGA, DENTRO DO PROCESSO SEI, DO FORMULÁRIO “ RESSARCIMENTO DO PLANO DE SAÚDE” ASSINADO PELO EMPREGADO E DE TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS. (Art. 12, 1.)
-

**SOLICITAÇÃO DO
RESSARCIMENTO DO PLANO DE
SAÚDE NO PROCESSO-SEI**

INICIAR PROCESSO-TIPO DO PROCESSO

Acessando o Sistema SEI, através do seguinte link: <https://sei.ebserh.gov.br/>



Escolha o Tipo do Processo: 

Pessoal: Gestão de Folha de Pagamento e Benefícios

1

A) Especificação
(RESSARCIMENTO
PLANO DE
SAUDE)

2

B) Interessados
(NOME DO
TITULAR)

3

C) Nível de Acesso
(RESTRITO)

INICIAR PROCESSO:

Iniciar Processo

Salvar Voltar

Protocolo

Automático

← Deixar esta opção selecionada

Informado

Tipo do Processo:

Pessoal: Gestão de Folha de Pagamento e Benefícios

← Deixar esta opção selecionada

Especificação:

RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE

← Preencher este campo

Classificação por Assuntos:

023.11 - FOLHAS DE PAGAMENTO

023.73 - RESSARCIMENTO DE PLANO DE SAÚDE

← Deixar esta opção selecionada

Interessados:

NOME DO TITULAR DO PLANO

← Preencher este campo

Observações desta unidade:

Nível de Acesso

Sigiloso


Restrito

Público

Hipótese Legal:

Informação Pessoal (Art. 31 da Lei nº 12.527/2011)

INCLUIR DOCUMENTO – TIPO DE DOCUMENTO




Incluir Documento

Processo aberto somente na unidade UAP/DIVGP/GAD/HU-UFSC.

Menu

Gerar Documento

Escolha o Tipo do Documento: 

Formulário de **Ressarcimento** de Plano de Saúde (Formulário)

PREENCHER O FORMULÁRIO COM DADOS DO TITULAR E, CASO TENHA, DOS DEPENDENTES E ASSINAR

25/10/2021 13:29 SEI - Gerar Formulário

Gerar Formulário

Formulário de Ressarcimento de Plano de Saúde

Nome:

Vínculo:
 Empregado
 Recusitado
 Nomeado/Sem Vínculo

Matrícula SIAPE:

Cargo/Etítulo/Função Gratificada:

Ramal:

Letra(s):

E-mail Institucional:

Substituto para os devidos fins:
 Inclusão
 Alteração
 Exclusão

Especificar:

Manutenção dos Critérios para o recebimento do Benefício:
Estou ciente que de que a continuidade deste auxílio está condicionada à apresentação da cópia do comprovante de pagamento do Plano de Saúde a qualquer tempo a pedido da área de gestão de pessoas.

Nome do Plano:

Integrantes do Plano:
Titular:
Nome do Titular ou Responsável Financeiro (Imposto de Renda):
Parentesco Titular:
Data Nascimento do Titular:
CPF do Titular:

Informa Relatório de Dependentes (De acordo com Plano de Benefícios - Rôl Taxativo)
a. o cônjuge;
b. o companheiro ou companheira na união estável;
c. o companheiro ou companheira na união homossexual, obedecidos os mesmos critérios para reconhecimento da união estável;
d. a pessoa separada judicialmente, divorciada ou que teve sua união estável reconhecida e desvirtuada judicialmente, que estiver recebendo pensão alimentícia do colaborador;
e. os filhos, enteados e os menores sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, maiores de 21 (vinte e um) anos de idade incompletos ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez.

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=procedimento_trabalhar&acao_origem=procedimento_gerar&acao_retorno=procedimento_es... 1/3

25/10/2021 13:29 SEI - Gerar Formulário

1. os filhos e o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, entre 21 (vinte e um) completos e 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos, dependentes economicamente do colaborador quando estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

Dependente 1:
Nome do Dependente 1:
Parentesco do Dependente 1:
Data Nascimento do Dependente 1:
CPF do Dependente 1:

Dependente 2:
Nome do Dependente 2:
Parentesco do Dependente 2:
Data Nascimento do Dependente 2:
CPF do Dependente 2:

Dependente 3:
Nome do Dependente 3:
Parentesco do Dependente 3:
Data Nascimento do Dependente 3:
CPF do Dependente 3:

Dependente 4:
Nome do Dependente 4:
Parentesco do Dependente 4:
Data Nascimento do Dependente 4:
CPF do Dependente 4:

Dependente 5:
Nome do Dependente 5:
Parentesco do Dependente 5:
Data Nascimento do Dependente 5:
CPF do Dependente 5:

Dependente 6:
Nome do Dependente 6:

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=procedimento_trabalhar&acao_origem=procedimento_gerar&acao_retorno=procedimento...

25/10/2021 13:29 SEI - Gerar Formulário

Parentesco do Dependente 6:

Data Nascimento do Dependente 6:

CPF do Dependente 6:

Declarações do Colaborador:

1 - Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e comprometo-me a informar as alterações referente aos dependentes, que importem perda de auxílio, bem como eventual desligamento do plano de saúde, sob pena de devolução dos valores indevidamente recebidos.

2 - Declaro que meu cônjuge não recebe ressarcimento de mesma natureza e que não tenho este benefício em outro vínculo acumulável ou que não possuo Plano de Saúde subsidiado pelo Poder Público.

3 - Declaro, sob as penas da lei, que a Operadora do Plano de Saúde do meu Dependente exige que o mesmo seja titular do contrato, portanto este figura como meu Dependente no Imposto de Renda a fim de que eu receba o benefício.

Documentos Exigidos (Anexar ao processo):
a) Contrato do Plano de Saúde/Proposta de Adesão;
b) Comprovante de pagamento;
c) Certidão de Nascimento do(s) filho(s), enteados(s) ou dependentes(s) com cópia da guarda judicial;
d) Comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação quando o dependente for filho ou sob guarda ou tutela entre 21 (vinte e um) completo e 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos;
e) Certidão de Casamento ou reconhecimento de união estável;
f) CPF e RG do titular e de todos os dependentes;
g) Se o dependente for - filho maior de 21 anos incapaz ou inválido - comprovar com o laudo médico e ou especialidade afim;
h) Caso o colaborador marque a Declaração de nº 03, apresentar Declaração de IR na qual conste o dependente sob sua responsabilidade financeira.

DOCUMENTOS EXIGIDOS (ANEXAR AO PROCESSO):

- a) Contrato do Plano de Saúde/Proposta de Adesão (ASSINADOS PELO EMPREGADO E PLANO);
 - b) Comprovante de pagamento;
 - c) Certidão de Nascimento do(s) filho(s), enteado(s) ou dependentes(s) com cópia da guarda judicial;
 - d) Comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação quando o dependente for filho ou sob guarda ou tutela entre 21 (vinte e um) completo e 24 (vinte e quatro) anos de idade incompletos;
 - e) Certidão de Casamento ou reconhecimento de união estável;
 - f) CPF e RG do titular e de todos os dependentes;
 - g) Se o dependente for - filho maior de 21 anos incapaz ou inválido - comprovar com o laudo médico e ou especialidade afim;
 - h) Caso o colaborador marque a Declaração de nº 03, apresentar Declaração de IR na qual conste o dependente sob sua responsabilidade financeira;
 - i) Se, no Contrato do Plano de Saúde não constar o valor da mensalidade sem coparticipação, anexar DECLARAÇÃO COM O VALOR DA MESMA.
-

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA NO PROCESSO

- Contrato da operadora do plano de saúde escolhida pelo empregado - regulamentada pela Agência Nacional de Saúde - ANS –
- Data de início do contrato –
- Dados do Titular do plano –
- Dados dos dependentes quando houver.

Administradora de Benefícios:

Benevix
ANS - n.º 41.771-8

Unimed Grande Florianópolis
ANS - n.º 36.044-9

Contrato de adesão
Contrato de plano de saúde coletivo por adesão.

Proposta nº 25000000008866

Inclusão de novo titular
 Inclusão de dependentes(s)
 Transferência de Beneficiário

Início da vigência do benefício: 01 / 07 / 20 21

Agrupamento/Entidade: ANASP - 14763505000112

PROPONENTE TITULAR

Nome completo: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Naturalidade (cidade, estado e país): _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____ UF: _____ Data de expedição: _____

CNS (Cartão Nacional de Saúde): _____

Código Plano Anterior (se houver): _____ Número Protocolo Portabilidade ANS: _____

Portabilidade: De acordo com o Art 18 da RN 438: Ao optar a portabilidade de carência, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino. Confirmando estar ciente quanto a minha obrigação de comunicar a operadora de origem, e que em caso de não atendimento, estarei sujeito ao cumprimento dos períodos de carência cabíveis ao plano destino.

Endereço residencial: _____ Complemento: _____ Bairro residencial: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone residencial: _____ Telefone celular: _____ E-mail: _____

Endereço para envio de correspondência: _____

CPF: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

DEPENDENTES

1 - Nome completo: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ DNV (Declaração de Nascido Vivo): _____ Código Plano Anterior (se houver): _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____ UF: _____ Data de expedição: _____

CNS (Cartão Nacional de Saúde): _____

Número Protocolo Portabilidade ANS: _____ Portabilidade: De acordo com o Art 18 da RN 438: Ao optar a portabilidade de carência, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino. Confirmando estar ciente quanto a minha obrigação de comunicar a operadora de origem, e que em caso de não atendimento, estarei sujeito ao cumprimento dos períodos de carência cabíveis ao plano destino.

Nome completo: _____

2 - Nome completo: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Parentesco: _____ DNV (Declaração de Nascido Vivo): _____ Código Plano Anterior (se houver): _____


CPF: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____ UF: _____ Data de expedição: _____

CNS (Cartão Nacional de Saúde): _____


- Dados da Operadora do plano de saúde – Valores da mensalidade do Titular e dos Dependentes.

- Observação: Imagem meramente ilustrativa de Operadoras de Plano de Saúde. Pode ser qualquer Operadora, desde que tenha registro na ANS.

Administradora de Benefícios:



ANS - n.º 41.771-8



ANS - n.º 36.044-9

Contrato de adesão

Contrato de plano de saúde coletivo por adesão.

Proposta nº 25000000008866

PLANO ASSISTENCIAL SAÚDE PRETENDIDO

NOME DO PRODUTO: UNIFLEX ADESAO REGIONAL COPARTICIPAÇÃO 50%

Ent.º - Nº ANS: 450633042

Apt.º - Nº ANS:

Abrangência: GRUPO DE MUNICÍPIOS

Segmentação: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Tipo de Contratação: Adesão

Forma de Preço: Pré-estabelecido

Coparticipativo: SIM

Infermaria: Acomodação em Quarto Coletivo / Apartamento: Acomodação em Quarto Privativo

VALOR POR PROPONENTE

	Idade	Valores em R\$
Titular	26	198,91
Dependente 1	2	130,85
Dependente 2		
Dependente 3		
Dependente 4		
Dependente 5		

ATENÇÃO: Os valores indicados ao lado sofrerão alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a data da sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto nesta proposta. O valor total deverá ser pago mensalmente.

COBRANÇA

Boleto bancário

Vencimento todo dia 10 de cada mês, nos valores pactuados.

OBS.: Caso deseje a opção débito automático em conta-corrente, favor entrar em contato com a Benevix: 0800 606 7272.

DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

Alterações cadastrais entregues até:

- Dia 10 do mês serão efetivadas a partir do dia 01 do mês subsequente.

-
- Contrato assinado pelo Titular do plano (assinatura pode ser manual ou digital).

IDENTIFICAÇÃO DO REQUISITANTE

Assinatura Eletrônica na forma de login e senha após cadastro

Autenticado por login: _____

Assinado em: _____

Endereço IP: _____

Nome: _____

Email: _____

CPF: _____



PARA SABER MAIS SOBRE A NORMA

NORMA OPERACIONAL DGP nº 03, de 1º de abril de 2020
