

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 24/11/2025 | Edição: 223 | Seção: 1 | Página: 46

Órgão: Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos/Secretaria de Relações de Trabalho

INSTRUÇÃO NORMATIVA GABIN/MGI Nº 496, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2025

Estabelece orientações aos órgãos e às entidades integrantes do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - Sipec sobre a assistência suplementar à saúde.

O SECRETÁRIO DE RELAÇÕES DE TRABALHO DO MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 36, caput, inciso I, alínea "e", inciso VIII, e parágrafo único, inciso III, do Anexo I ao Decreto nº 12.102, de 8 de julho de 2024, e tendo em vista o disposto no art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990, no Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, e nos art. 99 e art. 100 da Lei nº 13.328, de 29 de julho de 2016, resolve:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Objeto

Art. 1º Esta Portaria estabelece orientações aos órgãos e às entidades integrantes do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - Sipec, sobre a assistência suplementar à saúde.

Pessoas Beneficiárias

Art. 2º São pessoas beneficiárias da assistência suplementar à saúde:

I - na condição de titular:

- a) pessoa ocupante de cargo efetivo;
- b) pessoa aposentada pelo Regime Próprio de Previdência Social da União - RPPS;
- c) pessoa ocupante de cargo comissionado ou de natureza especial;
- d) pessoa ocupante de emprego público em atividade vinculada à órgão ou entidade da administração pública federal direta autárquica e fundacional; e
- e) militares ativos e inativos da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima;

II - na condição de dependente:

- a) cônjuge ou companheiro em união estável;
- b) pessoa separada, divorciada ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicial ou extrajudicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- c) filho de qualquer condição que atenda a um dos seguintes requisitos:
 - 1. seja menor de 21 (vinte e um) anos;
 - 2. seja inválido; ou
 - 3. com deficiência; e
- d) filho de 21 (vinte e um) a 24 (vinte e quatro) anos incompletos, dependente economicamente do titular e estudante de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;

III - pessoa beneficiária de pensão por morte de que tratam a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e a Lei nº 3.373, de 12 de março de 1958; e

IV - pensionista de militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima.



§ 1º Para fins do disposto na alínea "d" do inciso I do caput, a pessoa ocupante de emprego público deverá constar na folha de pagamento do órgão ou entidade integrante do Sipeç.

§ 2º A existência do dependente constante da alínea "a" do inciso II do caput exclui o direito à assistência à saúde do dependente constante da alínea "b" do inciso II do caput.

§ 3º O enteado, o menor sob tutela e o menor sob guarda judicial equiparam-se a filho, mediante declaração da pessoa beneficiária de que trata o art. 2º, caput, inciso I, e desde que comprovada dependência econômica na forma do disposto no inciso I do § 4º.

§ 4º As condições a que se refere a alínea "d" do inciso II do caput serão comprovadas:

I - quanto à dependência econômica, mediante a apresentação de documentos idôneos e capazes de fundamentar a avaliação pela unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade integrante do Sipeç, conforme solicitado na plataforma do SouGov.br; e

II - quanto à condição de estudante, mediante a apresentação de comprovante de matrícula ou declaração de instituição de ensino que comprove tal condição no início de cada semestre.

§ 5º O benefício de assistência suplementar à saúde será cancelado automaticamente no mês subsequente ao que o filho completar 21 (vinte e um) anos.

§ 6º O benefício de assistência suplementar à saúde cancelado na forma do § 5º poderá ser restabelecido mediante requerimento e comprovação das condições a que se refere o § 4º com efeitos financeiros gerados a partir da data do requerimento.

§ 7º É vedada a inclusão de dependentes e a inscrição de pessoa beneficiária de grupo familiar pelas pessoas de que tratam nos incisos III e IV do caput.

§ 8º A pessoa participante do Programa de Gestão e Desempenho - PGD em teletrabalho no exterior, de que trata o Decreto nº 11.702, de 17 de maio de 2022, fará jus à assistência suplementar à saúde nos casos de planos de assistência à saúde contratados para atuação em território nacional.

Modalidades de assistência suplementar à saúde

Art. 3º A assistência suplementar à saúde das pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º será prestada mediante:

I - convênio com entidades fechadas de autogestão, sem fins lucrativos, assegurada a gestão participativa;

II - contrato com operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, observado, no que for cabível, o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, na Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, e na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV - auxílio de caráter indenizatório.

§ 1º O Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos, por meio do órgão central do Sipeç, poderá celebrar convênios na forma do disposto no inciso I do caput, em nome da União, com entidades fechadas de autogestão por ela patrocinadas, nos termos do disposto no art. 3º do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004.

§ 2º Os convênios firmados na forma prevista no § 1º não afastam ou impedem a celebração de convênios firmados entre os órgãos e as entidades de saúde, nem impedem a contratação na forma do disposto no inciso II do caput.

§ 3º O órgão ou entidade integrante do Sipeç poderá ofertar concomitantemente as modalidades de convênio, contrato e auxílio de caráter indenizatório de que tratam os incisos I, II, e IV do caput.

§ 4º Para fins do disposto nesta Instrução Normativa, considera-se serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade integrante do Sipeç de que trata o inciso III do caput, o oferecimento de assistência à saúde suplementar às pessoas beneficiária a que se refere o art. 2º, por meio de rede de prestadores de serviços, mediante gestão própria ou contrato.



§ 5º O serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade integrante do Sipec de que trata o inciso III do caput pode ser concedido de forma exclusiva ou concomitante com o auxílio de caráter indenizatório e com convênio firmado pela União, por meio do órgão central do Sipec, a que se referem o inciso IV do caput e o § 1º.

§ 6º A assistência suplementar à saúde mediante serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade integrante do Sipec somente poderá ser concedida de forma concomitante com o auxílio indenizatório ou com o convênio firmado pela União, por meio do órgão central do Sipec, na forma do § 5º, nos casos em que as pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, não utilizem os serviços de assistência à saúde oferecidos diretamente pelo respectivo órgão ou entidade.

Art. 4º As pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, deverão optar por apenas uma das modalidades de assistência suplementar à saúde previstas no art. 3º, que deverá ser a mesma concedida a seus dependentes e grupo familiar, quando for o caso.

CAPÍTULO II

DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 5º Os planos de assistência à saúde destinados às pessoas beneficiárias de que art. 2º deverão contemplar, no mínimo, atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com ou sem obstetrícia, realizados exclusivamente em território nacional, com acomodação padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º A cobertura definida no caput observará, como padrão mínimo, o constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§ 2º É facultada a contratação de planos de assistência à saúde que incluam a cobertura odontológica.

§ 3º O disposto no caput é aplicável para todas as modalidades de assistência à saúde de que trata o art. 3º.



Art. 6º São voluntários a inscrição, a adesão, a migração, o exercício de portabilidade, a exclusão e o cancelamento nos planos de assistência à saúde de que trata esta Instrução Normativa.

Art. 7º A pessoa beneficiária titular de que o art. 2º, caput, inciso I, poderá inscrever seus dependentes e grupo familiar em plano de assistência à saúde diferente do seu, desde que na mesma operadora.

Art. 8º A solicitação do benefício de assistência suplementar à saúde mediante convênio, contrato ou auxílio de caráter indenizatório a que se refere o art. 3º, caput, inciso I, II e IV, deverá ser apresentada à unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade integrante do Sipec.

§ 1º A solicitação de que trata o caput deverá ser apresentada, preferencialmente, pela plataforma SouGov.br.

§ 2º À unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade compete verificar o preenchimento dos critérios estabelecidos nesta Instrução Normativa para fins de concessão da assistência suplementar à saúde.

§ 3º Às pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, compete:

I - apresentar a documentação completa ao requerer a assistência suplementar à saúde à unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade a fim de viabilizar sua efetiva análise; e

II - manter os dados cadastrais e informações referentes à assistência suplementar à saúde devidamente atualizadas junto à unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade e às operadoras de planos privados de assistência à saúde conveniadas ou contratadas.

CAPÍTULO III

DO CUSTEIO

Art. 9º O custeio parcial da assistência suplementar à saúde das pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º é de responsabilidade dos órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

§ 1º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades com assistência suplementar à saúde terá por base o número de pessoas beneficiárias regularmente cadastradas no Siape e a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

§ 2º O valor de custeio parcial da assistência suplementar à saúde é limitado ao valor do plano de assistência à saúde da pessoa beneficiária, na hipótese de o segundo ser inferior ao primeiro.

§ 3º O custeio parcial da assistência suplementar à saúde será concedido por pessoa beneficiária elegível de que trata o art. 2º, observado o limite estabelecido em ato do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos e condicionado à disponibilidade orçamentária.

Art. 10. Para fazer jus ao custeio parcial de que trata o art. 9º, os beneficiários a que se refere o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, deverão ser os titulares do plano privado de assistência à saúde.

§ 1º O disposto no caput não se aplica ao pensionista menor de idade, de que trata o art. 2º, caput, incisos III e IV, que participe de plano privado de assistência à saúde na condição de dependente de seu responsável legal.

§ 2º É vedado o custeio parcial de assistência à saúde suplementar de pessoa beneficiária de que trata o art. 2º, caput, inciso II, não cadastrada no módulo de dependente em Sistemas Estruturantes de Gestão de Pessoal da Administração Pública Federal, a que se refere o Decreto nº 10.715, de 8 junho de 2021.

Art. 11. As pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º não poderão usufruir de mais de um plano de assistência à saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União.

Art. 12. A apuração dos valores de responsabilidade dos órgãos e entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional no custeio parcial da assistência suplementar de que trata o art. 9º terá como base a data de apresentação do requerimento ou a data de início do cronograma estabelecido em convênio ou contrato, observada a proporcionalização, quando for o caso.



Parágrafo único. Para fins de proporcionalização dos valores a que se refere o caput, deverá ser calculado o valor diário ao qual as pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º fazem jus, com base na data de início da vigência da cobertura assistencial.

Art. 13. O pagamento do valor de custeio parcial da assistência suplementar à saúde de que trata o art. 9º será suspenso nos seguintes casos:

- I - suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- II - exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- III - redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade que não ofertar o convênio ou contrato nos mesmos moldes;
- IV - licença ou afastamento sem remuneração;
- V - decorrente de decisão administrativa ou judicial;
- VI - voluntariamente, por opção das pessoas beneficiárias de que trata o art 2º, caput, incisos I, III e IV;
- VII - falecimento; ou
- VIII - outras situações previstas em lei ou em normas do órgão central do Sipec.

§1º Nas hipóteses de que tratam os incisos I e IV do caput, as pessoas beneficiárias a que se refere o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, poderão optar por permanecer no plano de assistência à saúde, desde que assumam o seu pagamento integral, ressalvado o disposto no § 2º.

§ 2º Será assegurado à pessoa ocupante de cargo público licenciada ou afastada sem remuneração a manutenção do pagamento do valor do custeio parcial da assistência suplementar à saúde de que trata o art. 9º, mediante o recolhimento mensal da respectiva contribuição ao RPPS, no

mesmo percentual devido pelas pessoas ocupantes de cargo público em atividade, incidente sobre a remuneração total do cargo a que faz jus no exercício de suas atribuições, computando-se, para esse efeito, inclusive, as vantagens pessoais, a que se refere o art. 183 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

§ 3º Aplica-se o disposto no § 1º, no que couber, ao militar da Polícia Militar do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima e ao empregado público em atividade, observada a legislação específica.

CAPÍTULO IV

DOS CONVÊNIOS E DOS CONTRATOS

Art. 14. Para a celebração de convênios e contratos nos termos do disposto no art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, a operadora de plano privado de assistência à saúde deverá:

I - possuir autorização de funcionamento expedida pela ANS; e

II - disponibilizar, no sítio eletrônico ou outro meio, todas as informações relativas ao plano privado de assistência à saúde que permitam o devido acompanhamento pelas pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, tais como extrato financeiro, extrato de utilização, valores de mensalidade, valor da contribuição patronal, efetivo valor de coparticipação, quando houver, sem prejuízo de outras informações exigidas pela ANS.

Parágrafo único. Para a celebração de convênio pela União, na forma prevista no art. 3º, § 1º, as operadoras deverão ser classificadas pela ANS, no mínimo, como de médio porte, nos termos do disposto na Resolução Normativa ANS nº 521, de 29 de abril de 2022.

Art. 15. Aos órgãos e entidades integrantes do Sipec compete encaminhar às operadoras conveniadas ou contratadas, após análise, as solicitações de inscrição, adesão, migração, portabilidade, exclusão e cancelamento apresentadas pelas pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º.

Parágrafo único. A inscrição, exclusão ou movimentação entre planos da mesma modalidade será efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no convênio ou contrato, sendo a data estabelecida no cronograma a ser considerada para início e fim da cobertura assistencial, contagem de períodos de carência e proporcionalização, a depender do caso.

Art. 16. Os convênios e contratos celebrados pela União na forma prevista no art. 3º, § 1º, ou diretamente pelos órgãos e entidades integrantes do Sipec poderão prever a inscrição de pessoas beneficiárias de grupo familiar.

§ 1º Poderão ser inscritos como grupo familiar da pessoa beneficiária titular de que trata o art. 2º, caput, inciso I, a qualquer tempo, as pessoas com as seguintes relações de parentesco:

I - mãe e madrasta;

II - pai e padrasto;

III - avó e avô;

IV - neto e neta;

V - sogro e sogra;

VI - genro e nora

VII - irmão e irmã;

VIII - sobrinho e sobrinha; e

IX - filhos maiores, que não preencham os critérios estabelecidos no art. 2º, caput, inciso II, alínea "d".

§ 2º Não será devido o custeio parcial da assistência suplementar à saúde de que trata o art. 9º aos beneficiários de grupo familiar a que se refere o caput.



§ 3º Os convênios e contratos de que tratam o caput devem prever de forma expressa que não haverá custeio parcial da assistência suplementar à saúde de que trata o art. 9º aos beneficiários do grupo familiar.

Art. 17. As pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, inciso I, III e IV, poderão solicitar o cancelamento de sua inscrição e de seus dependentes no plano privado de assistência à saúde a que estiverem vinculados a qualquer tempo, podendo ser exigida pela operadora conveniada ou contratada, quando for o caso, a quitação de eventuais débitos de mensalidade e de coparticipação.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição a que se refere o caput implicará:

I - a cessação dos direitos de utilização do plano de assistência à saúde pelas pessoas titulares e seus dependentes e beneficiárias do grupo familiar junto à operadora conveniada ou contratada; e

II - a suspensão do custeio parcial da assistência suplementar à saúde de que trata o art. 9º.

Art. 18. É assegurado às pessoas ocupantes de cargo público exoneradas, militares da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima demitidas e titulares de empregos públicos demitidas ou aposentadas, o direito à permanência no plano privado de assistência à saúde da operadora conveniada ou contratada após a perda do vínculo com o órgão ou entidade integrante do Sipeç, nos termos do disposto nos art. 30 e art. 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa ANS nº 488, de 29 de março de 2022.

§ 1º A manutenção da condição de pessoa beneficiária de que trata o caput é extensiva aos dependentes e às pessoas beneficiárias do grupo familiar.

§ 2º A unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade integrante do Sipeç deverá informar às pessoas ocupantes de cargo público exonerada, militares da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima demitidas e empregadas públicas demitidas ou aposentadas acerca da possibilidade de permanência de que trata o caput.

Art. 19. No caso de falecimento da pessoa beneficiária titular de que trata o inciso I, os dependentes poderão permanecer como beneficiários de assistência suplementar à saúde nas mesmas condições contratuais, observado o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, mediante opção a ser efetivada junto ao órgão ou entidade concedente.

§ 1º A unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade deverá comunicar:

I - o falecimento da pessoa beneficiária titular à operadora conveniada ou contratada na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida no instrumento celebrado; e

II - aos dependentes a possibilidade de permanência como pessoas beneficiárias do plano privado de assistência à saúde.

§ 2º A opção de que trata o caput deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o inciso I do § 1º.

Art. 20. O convênio ou contrato estabelecerá um valor fixo para mensalidade destinada exclusivamente ao pagamento do plano privado de assistência à saúde.

§ 1º Os valores da mensalidade de que trata o caput e da coparticipação no custo dos serviços utilizados, quando houver, poderão ser consignados em folha de pagamento das pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III, e IV, observado o disposto na legislação vigente e no instrumento firmado.

§ 2º É vedada a destinação do custeio parcial da assistência suplementar à saúde de que trata o art. 9º para fins de pagamento de coparticipação das pessoas beneficiárias, quando houver, e outras despesas.

§ 3º É de responsabilidade das pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, a manutenção de margem consignável suficiente para a quitação das obrigações com a operadora de plano privado de assistência à saúde conveniada ou contratada, quando for o caso.



Art. 21. Aos órgãos e entidades integrantes do Sipec compete a operacionalização e a fiscalização dos convênios e contratos celebrados, em especial, do repasse às operadoras dos valores de custeio parcial da assistência suplementar à saúde de que trata o art. 9º, quando houver.

§ 1º Para fins do cumprimento do disposto no caput, o órgão ou entidade integrante do Sipec deverá designar pelo menos um representante para atuar junto à operadora conveniada ou contratada.

§ 2º Os valores de custeio parcial repassados à operadora conveniada ou contratada referentes à assistência suplementar à saúde de cada uma das pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º deverão ser subtraídos do valor total das respectivas mensalidades.

Art. 22. As operadoras conveniadas ou contratadas deverão apresentar, anualmente, a prestação de contas, nos termos dispostos no instrumento celebrado, observada a legislação específica referente à modalidade de contratação.

Parágrafo único. Os dados e documentos relativos à prestação de contas deverão ser mantidos atualizados, nos termos pactuados nos instrumentos celebrados e deverão ser disponibilizados aos órgãos de controle, quando solicitado.

Art. 23. Aos órgãos e entidades integrantes do Sipec é vedada a celebração de convênio com operadora de planos privados de assistência à saúde que possua convênio firmado com a União, na forma do disposto no art. 3º, § 1º.

§ 1º O convênio firmado por órgão com operadora de plano privado de assistência à saúde deverá ser rescindido na hipótese de a União celebrar convênio com a mesma operadora.

§ 2º O disposto no § 1º é aplicável às entidades integrantes do Sipec que aderirem ao convênio firmado com a União.

CAPÍTULO V

DO SERVIÇO PRESTADO DIRETAMENTE PELO ÓRGÃO OU ENTIDADE

Art. 24. O serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade deverá dispor, por meios próprios ou contratados, de infraestrutura administrativa e operacional necessária para o do serviço de assistência à saúde suplementar, observado o disposto nesta Instrução Normativa.



Art. 25. É vedada a inclusão de pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º de outros órgãos e entidades integrantes do Sipec, inclusive na qualidade de dependente, ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, ressalvados os casos previstos em lei e as hipóteses de cessão ou requisição, desde que a pessoa não esteja vinculada a qualquer uma das formas de assistência à saúde em seu órgão ou entidade de origem.

Art. 26. O serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade integrante do Sipec exigirá regulamento ou estatuto específico desse serviço, observado o disposto nesta Instrução Normativa, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 27. Serão criados Conselhos Consultivos paritários no âmbito dos órgãos e entidades, eleitos de forma direta entre seus pares, para fins de encaminhamento dos assuntos relacionados aos serviços prestados, respeitados os casos previstos em lei específica.

Art. 28. Os valores das mensalidades das pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, serão indicados pelos Conselho Consultivos paritários e aprovados pelo órgão ou entidade integrante do Sipec, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 29. A avaliação atuarial, que servirá de base para o estabelecimento da receita, despesa e fundo de reserva do respectivo exercício financeiro, deverá ser realizada no início de cada ano civil.

Art. 30. Na hipótese do órgão ou entidade prestar o serviço direto deverá observar as normas pertinentes da ANS, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa e do Ministério da Saúde.

Art. 31. Para a contratação de rede de prestação de serviço deverá ser observado, no que for cabível, o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e na Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

CAPÍTULO VI

DO AUXÍLIO DE CARÁTER INDENIZATÓRIO

Art. 32. As pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório para ressarcimento parcial do valor despendido com a contratação de planos de assistência à saúde, sem a intermediação da União ou dos órgãos e entidades integrantes do Sipepec.

§ 1º O auxílio de caráter indenizatório será concedido para cada pessoa beneficiária elegível de que trata o art. 2º.

§ 2º O auxílio de caráter indenizatório não será:

I - incorporado ao vencimento, remuneração, soldo, proventos ou pensão;

II - configurado como rendimento tributável e nem sofrerá incidência de contribuição para o Plano de Seguridade Social do servidor público;

III - acumulável com outros de espécie semelhante; e

IV - considerado como base de cálculo para quaisquer parcelas, benefícios ou vantagens.

§ 3º O auxílio de caráter indenizatório não será devido na hipótese de as pessoas beneficiárias a que se refere o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, aderirem a convênio, contrato ou serviço prestado diretamente pelo órgão.

§ 4º O auxílio de caráter indenizatório somente será devido no caso de as pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, contratarem plano privado de assistência à saúde de forma direta ou por intermédio de:

I - administradora de benefícios devidamente registrada na ANS;

II - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

III - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

IV - associações profissionais legalmente constituídas;

V - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes regulamentadas;

VI - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022;

VII - entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985; ou

VIII - operadora de direito público criada por lei e que tenha em seu estatuto previsão de participação de pessoa ocupante de cargo efetivo federal, quando for o caso.

§ 5º A operadora de plano privado de assistência à saúde contratada pelas pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, deverá possuir autorização de funcionamento expedida pela ANS.

§ 6º O disposto no § 4º não se aplica às operadoras de planos de assistência à saúde de natureza jurídica de direito público criadas por lei e de planos de saúde internacionais cujos serviços sejam também prestados em território nacional.

§ 7º Em se tratando de operadoras internacionais cujos serviços sejam passíveis de serem utilizados em território nacional, as pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º deverão ter residência fixa no Brasil.

Art. 33. Para fazer jus ao auxílio de caráter indenizatório, o plano de assistência à saúde contratado pelas pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, deverá observar os requisitos a que se refere o art. 5º e as normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela ANS, no que couber.

Parágrafo único. O auxílio de caráter indenizatório poderá ser concedido nos casos de plano exclusivamente odontológico, desde que observado o disposto no art.9º, § 2º, e no art. 11.



Art. 34. O direito ao recebimento do auxílio de caráter indenizatório terá início a partir da data da apresentação formal do requerimento pelas pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, na plataforma do SouGov.br.

§ 1º O requerimento inicial deverá conter documentos que comprovem o atendimento dos requisitos desta Instrução Normativa para o custeio do auxílio de caráter indenizatório, conforme solicitado na plataforma do SouGov.br, tais como:

I - proposta de adesão ou contrato, referente às pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, devidamente preenchidos e assinados;

II - comprovante de pagamento efetuado ao plano de assistência à saúde contratado, no qual conste o valor referente a cada pessoa beneficiária de que trata o art. 2º; e

III - comprovante de matrícula ou declaração de instituição de ensino que comprove a condição de estudante de que trata o art. 2º, caput, inciso II, alínea "d".

§ 2º A unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade integrante do Sipecc poderá solicitar outros documentos além daqueles requeridos na plataforma do SouGov.br.

§ 3º Após a apresentação do requerimento inicial com a devida documentação de que trata o caput, não é necessária sua renovação, exceto na hipótese de alteração da contratação de plano de assistência à saúde, seja na mesma operadora, ou em outra operadora de plano de assistência à saúde.

Art. 35. O pagamento do auxílio de caráter indenizatório será devido a partir da data de apresentação do requerimento de que trata o art. 34 e será efetuado mensalmente.

§ 1º O pagamento do auxílio de caráter indenizatório será proporcionalizado quando for o caso, observado o disposto no art. 12.

§ 2º Na hipótese de o requerimento ter sido apresentado após o processamento da folha de pagamento, o órgão ou entidade concedente procederá ao acerto financeiro na folha subsequente.

§ 3º As pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, deverão:

I - informar no requerimento inicial do auxílio de caráter indenizatório os valores individuais mensais devidos em razão da contratação do plano de assistência à saúde e anexar cópia do comprovante de pagamento, especificando, inclusive, eventuais valores diferenciados, tais como a cobranças proporcionais que levem em consideração o período de utilização; e

II - cientificar ao órgão ou entidade concedente qualquer mudança de valor, inclusão ou exclusão de beneficiários passíveis de recebimento do auxílio de caráter indenizatório.

Art. 36. A regularidade do plano de assistência à saúde contratado pelas pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, será verificada, mensalmente, por meio de integração entre sistemas informatizados do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos e da ANS.

§ 1º Caso a verificação de que trata o caput indique que o cadastro das pessoas beneficiárias a que se refere o art. 2º encontra-se na situação de inativo, cancelado, inexistente ou outra situação que indique desvinculação do beneficiário da operadora ou do plano de assistência à saúde constante de seu cadastro, será enviada notificação, por meio da plataforma do SouGov.br para:

I - a unidade de gestão do órgão ou entidade integrante do Sipecc concedente do auxílio de caráter indenizatório; e

II - as pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV.

§ 2º Após a ciência da notificação, as pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, os respectivos responsáveis legais ou procuradores terão o prazo de 60 (sessenta) dias corridos para enviar a documentação comprobatória das despesas efetuadas com o plano de assistência à saúde, tais como:

I - boletos mensais e respectivos comprovantes de pagamento;

II - declaração da operadora ou administradora de benefícios com discriminação do valor mensal por pessoa beneficiária e demonstração de quitação; ou



III - outros documentos que comprovem de forma inequívoca o pagamento das mensalidades do plano de assistência à saúde.

§ 3º O auxílio de caráter indenizatório será suspenso quando não for apresentada a documentação comprobatória das despesas no prazo de que trata o § 2º.

§ 4º À unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade integrante do Sipecc compete instaurar processo administrativo visando à reposição ao erário, observado o disposto na Orientação Normativa nº 5, de 21 de fevereiro de 2013, quando houver a suspensão do auxílio de caráter indenizatório.

§ 5º Caso haja comprovação das despesas efetuadas de que trata o caput, a concessão do auxílio indenizatório será retomada e o processo de reposição ao erário será arquivado.

§ 6º Nas hipóteses de cancelamento ou modificação da operadora ou do plano privado de assistência à saúde sem a devida atualização na plataforma SouGov, para fins de retomada do auxílio indenizatório, deverá ser apresentado novo requerimento de que trata o art. 34.

§ 7º Na hipótese de arquivamento do processo de reposição ao erário a que se refere o § 5º, é cabível a restituição de valores já pagos a título de reposição ao erário, observada a prescrição quinquenal.

Art. 37. A unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade integrante do Sipecc poderá, a qualquer tempo, solicitar a comprovação das despesas na forma do disposto no art. 36, § 2º.

§ 1º O usufruto de férias, licenças ou afastamentos de qualquer natureza não desobriga as pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, da comprovação das despesas na forma do disposto no art. 36, § 2º, quando necessário.

§ 2º Nos casos de exoneração, demissão ou retorno ao órgão ou à entidade de origem, a comprovação das despesas a que se refere o § 1º deverá ser efetuada antes da desvinculação das pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, do órgão ou entidade concedente do auxílio de caráter indenizatório.

Art. 38. A verificação por meio de integração entre sistemas informatizados do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos e da ANS de que trata o art. 36 não é aplicável aos planos de assistência à saúde operados por pessoas jurídicas de direito público criadas por lei e operadoras de planos de saúde internacionais cujos serviços sejam também prestados em território nacional.

Parágrafo único. Nos casos previstos no caput, as pessoas beneficiárias de que trata o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, deverão comprovar as despesas efetuadas anualmente, na forma estabelecida no art. 39.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 39. Enquanto não implementada a funcionalidade de que trata o art. 36, será enviada notificação às pessoas beneficiárias a que se refere o art. 2º, caput, incisos I, III e IV, por meio da plataforma do SouGov.br, para apresentação, até o dia 30 de maio de cada ano, da documentação comprobatória das despesas efetuadas com o plano de assistência à saúde referentes ao ano anterior, na forma do art. 36, § 2º.

§ 1º A unidade de gestão de pessoas do órgão ou entidade integrante do Sipecc deverá finalizar as análises da documentação apresentada na forma do caput até o último dia útil do fechamento da folha do mês de outubro de cada ano.

§ 2º Em caso de não comprovação das despesas no prazo de que trata o caput, será suspenso o auxílio de caráter indenizatório e adotados os procedimentos a que se refere o art. 36, § 4º ao § 7º.

Art. 40. As unidades de gestão de pessoas dos órgãos ou entidades integrantes do Sipecc poderão definir documentos complementares necessários à comprovação do preenchimento dos critérios estabelecidos nesta Instrução Normativa para a concessão da assistência suplementar à saúde.



Art. 41. À Secretaria de Relações de Trabalho do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos compete dirimir dúvidas acerca da assistência suplementar à saúde, de que trata esta Instrução Normativa.

Art. 42. O disposto nesta Instrução Normativa não é aplicável para:

I - a contratação de planos de saúde para atendimento a pessoas ocupantes de cargo público lotadas no exterior; e

II - o sistema de saúde de que trata o art. 15 da Lei nº 9.650, de 27 de maio de 1998.

Art. 43. Ficam revogados:

I - a Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022;

II - a Instrução Normativa SRT/MGI nº 30, de 23 de novembro de 2023;

III - a Instrução Normativa GABIN /MGI nº 41, de 24 de novembro de 2023;

IV - Instrução Normativa SRT/MGI Nº 8, de 28 de fevereiro de 2024; e

V - Instrução Normativa GABIN/MGI nº 69, de 18 de fevereiro de 2025.

Art. 44. Esta Instrução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2026.

JOSÉ LOPEZ FEIJÓO

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

