

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UAP.001 - Página 1/6	
Título do Documento	CADASTRO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA	Emissão: 20/10/2021	Próxima revisão: 20/10/2023
		Versão: 01	

1. DEFINIÇÃO

O benefício de Assistência Médica e Odontológica destina-se ao ressarcimento da despesa ao colaborador da Ebserh que seja titular de contratação de Plano de Saúde regulado pela Agência Nacional de Saúde – ANS.

A participação da empresa com o ressarcimento é de 50% (cinquenta por cento) do valor do Plano de Saúde, conforme Resolução do Conselho de Coordenação e Controle das Empresas Estatais - CCE nº 9, de 8 de outubro de 1996, limitado ao teto o valor definido em ACT vigente.

2. OBJETIVO(S)

Padronização para uma melhor eficiência no andamento e conclusão do processos de solicitação do benefício de Assistência Médica e Odontológica.

3. MATERIAIS

Anexo I – Manual SIGP

Anexo II – Norma Operacional DGP Nº 03, de 01 de abril de 2020

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

4.1. Identificar o Processo SEI de solicitação do benefício

Quando o processo chega na Unidade, verificar:

- Se o nível do processo está restrito;
- se está identificado com a descrição: RESSARCIMENTO – SAÚDE – INCLUSÃO/ALTERAÇÃO/EXCLUSÃO – (nome do empregado);
- Se está com o nome do interessado (nome do empregado);

Essa padronização dos processos faz-se necessário para facilitar a localização e tratamento do mesmo.

4.2. Salvar em bloco interno

Os processos devem ser salvos em BLOCOS INTERNOS específicos com a informação do ano que está sendo tratado.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UAP.003 - Página 2/6	
Título do Documento	CADASTRO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA	Emissão: 20/10/2021	Próxima revisão: 20/10/2023
		Versão: 01	

Ex: SAÚDE – RESSARCIMENTO – (INCLUSÃO/ALTERAÇÃO/EXCLUSÃO) - 2021 .

4.3. Verificação da documentação incluída no processo

Verificar se a documentação abaixo está incluída corretamente no processo:

- Formulário de Ressarcimento do Plano de Saúde (com os campos preenchidos corretamente)
- Contrato do Plano de Saúde/Proposta de Adesão (conferir se as informações constantes no contrato são do empregado). Caso o empregado não tenha o contrato, deverá ser apresentado uma Declaração de permanência do Plano de Saúde;
- Comprovante de pagamento (do mês atual);
- Certidão de Nascimento do(s) filho(s), enteado(s) ou dependentes(s) com cópia da guarda judicial;
- 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;
- Certidão de Casamento ou reconhecimento de união estável;
- CPF e RG do titular e de todos os dependentes;
- Se o dependente for - filho maior de 21 anos incapaz ou inválido - comprovar com o laudo médico e ou especialidade afim;
- Caso o colaborador marque a Declaração de nº 03, apresentar Declaração de IR na qual conste o dependente sob sua responsabilidade financeira.

Observação: Em caso de ausência de um dos documentos relacionados, o processo deve ser remetido ao empregado com um Despacho de indeferimento e solicitação de inclusão da documentação pendente.

4.4. Cadastro do Dependente no SIGP

Para que possa ser cadastrado o benefício, o dependente deve estar vinculado ao empregado. Caso este ainda não tenha cadastro, deve ser realizado o cadastro seguindo as instruções constante no anexo I – *Como Cadastrar um Dependente para o Servidor*.

4.5. Cadastro do Benefício tipo I no SIGP

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UAP.003 - Página 3/6	
Título do Documento	CADASTRO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA	Emissão: 20/10/2021	Próxima revisão: 20/10/2023
		Versão: 01	

Seguir as instruções constante no anexo I – *Como cadastrar um Benefício Tipo I para o Servidor*

Obs: Após o cadastro dos benefícios para o empregado e seus dependentes devem ser cadastrados também os recibos para cada beneficiário.

Obs: O recibo deve ser cadastrado **apenas** no primeiro mês e o sistema fixa os demais (exceto no caso em que a data limite para lançamento na SIGP já tenha passado, nesses casos deve ser cadastrado recibos com data do mês seguinte, também).

4.6. Cadastro do Recibo

Seguir as instruções constante no anexo I – *Como cadastrar um Recibo de Benefício Tipo I*

Obs: se o recibo for cadastrado após o prazo limite para lançamentos do SIGP, deverá ser lançado um novo recibo com a data do mês subsequente, para que na folha de pagamento seguinte sejam lançados os benefícios referente ao dois meses. Ex: Se a data limite de lançamento do SIGP for dia 15/09 e o recibo for cadastrado dia 16/09, deve ser cadastrado o novo recibo com data de 01/10 para que na folha do mês de outubro o sistema importe os benefícios referente a setembro e outubro.

4.7. Após realizados os cadastros de Recibo conferir na Folha de Pagamento se o benefício foi importado.

A conferência deve ser realizada na folha de pagamento do empregado no SIGP e SIAPE.

5. EXCLUSÃO DO BENEFÍCIO

5.1. Verificação da documentação de Exclusão no processo

Verificar se consta no processo:

- Formulário de Ressarcimento do Plano de Saúde com o preenchimento de Exclusão.
- Declaração de Permanência do Plano de Saúde com a data de exclusão do plano.

Caso conste a declaração - realizar a exclusão do benefício incluindo a data final no cadastro do benefício e excluir também o Recibo do mês da exclusão. (caso o SIGP já tenha importando o benefício deve ser realizado a exclusão do lançamento)

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UAP.003 - Página 4/6	
Título do Documento	CADASTRO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA	Emissão: 20/10/2021	Próxima revisão: 20/10/2023
		Versão: 01	

Caso não conste a declaração – Realizar o procedimento de exclusão e Solicitar a Declaração de Permanência para averiguar a data de exclusão do Plano, a fim de identificar possível devolução de valores lançados indevidamente para o empregado.

6. ALTERAÇÃO DO BENEFÍCIO

6.1. Verificação da documentação de Alteração no processo

Verificar se consta no processo:

- Formulário de Ressarcimento do Plano de Saúde com o preenchimento de Alteração.
- Documento que comprove a alteração do benefício.
- Nos casos de reajuste, incluir Declaração com a informação do valor da mensalidade ou fatura atualizada que conste os valores da(s) mensalidade(s).

7. RESPONSABILIDADES

7.1. Responsabilidade do Empregado –

- Instruir o processo de solicitação/alteração/exclusão do benefício com toda a documentação necessária e enviar para DivGP.
- Acompanhar o processo para se certificar de que as tratativas de cadastro foram realizadas.
- Informar toda e qualquer alteração no Plano que afete o benefício, seja, reajustes ou cancelamentos.
- Realizar atualização das informações do Plano quando solicitadas pela DivGP;

7.2. Responsabilidade da DIVGP –

- Analisar o processo e realizar as tratativas cabíveis;
- Cadastrar o benefício.
- Realizar atualização do benefício uma vez ao ano, solicitando os demonstrativos de pagamento do plano de saúde de todos os empregados beneficiários.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UAP.003 - Página 5/6	
Título do Documento	CADASTRO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA	Emissão: 20/10/2021	Próxima revisão: 20/10/2023
		Versão: 01	

8. REFERÊNCIAS

EBSERH. SGQVS.NO.0001 - Elaboração e Controle de Documentos Institucionais. v.2, 30/07/2019.

EBSERH. NO nº 03/2020 – Assistência Médica e Odontológica.

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

<p>Elaboração</p> <p>Nome: ELISÂNGELA MARIA SILVA DE MEDEIROS SIAPE: 2173466 Função: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data: ___/___/____</p> <p>Assinatura:</p> <p>_____</p> <p>Assinatura:</p> <p>_____</p>
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data: ___/___/____</p> <p>Assinatura:</p> <p>_____</p>
<p>Avaliador</p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>	<p>Data: ___/___/____</p> <p>Assinatura:</p> <p>_____</p>
<p>Validação</p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>	<p>Data: ___/___/____</p> <p>Assinatura:</p> <p>_____</p>

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UAP.003 - Página 6/6	
Título do Documento	CADASTRO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA	Emissão: 20/10/2021	Próxima revisão: 20/10/2023
		Versão: 01	

Aprovação	Data: ____/____/____
Nome:	Assinatura:
Função:	_____

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.007190/2021-95

Interessado: Elisângela Maria Silva de Medeiros

Certidão de assinaturas do Documento Anexo - POP - CADASTRO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA (17550033)

Elaboração
Nome: ELISÂNGELA MARIA SILVA DE MEDEIROS SIAPE: 2173466 Função: Assistente Administrativo
Nome: SIAPE: Função:
Revisão
Nome: SIAPE: Função:
Avaliador
Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS
Validação
Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS
Aprovação
Nome: SIDERLAN CARLOS SILVA BARBOSA Função: Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas



Documento assinado eletronicamente por **Elisângela Maria Silva de Medeiros, Chefe de Unidade, Substituto(a)**, em 12/11/2021, às 09:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Siderlan Carlos Silva Barbosa, Chefe de Divisão**, em 12/11/2021, às 10:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 16/11/2021, às 10:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **17550071** e o código CRC **7E4F122D**.
