



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 074, DE 24 DE MARÇO DE 2023

*Altera a Instrução Normativa nº 030/2019 –
Regulamenta a assistência à saúde no âmbito da
Defensoria Pública do Estado do Paraná.*

O **DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DO PARANÁ**, no uso de suas atribuições legais previstas no artigo 18 da Lei Complementar Estadual n.º 136/2011;

CONSIDERANDO as regras gerais da Lei Estadual nº 19.781/2018; e

CONSIDERANDO a definição de critérios mais seguros para as comprovações relativas ao benefício do auxílio-saúde;

RESOLVE

Art. 1º. Alterar o caput e criar o parágrafo único no art. 8º da Instrução Normativa DPG n.º 030/2019, o qual passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 8º. As comprovações da vinculação serão efetuadas por todos os beneficiários, no período de 01 a 31 de março de cada ano, independentemente da data de adesão ao benefício, mediante preenchimento de formulário próprio assinado digitalmente e entrega de documentação que ateste o vínculo pelo período a ser ressarcido, conforme o Anexo III da presente Instrução Normativa.

Parágrafo único: A documentação a ser apresentada deve servir para comprovar de forma inequívoca as despesas mensais e os respectivos pagamentos com o plano ou seguro de assistência à saúde.

Art. 2º. Alterar o caput do art. 9º da Instrução Normativa DPG n.º 030/2019, o qual passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 9º. A não realização da manutenção com a documentação comprobatória exigida, nos termos e prazos definidos no artigo 8º, implicará no cancelamento automático do benefício e devolução dos valores recebidos no período, mediante desconto em folha de pagamento.

Art. 3º. Alterar a ordem dos parágrafos e criar o parágrafo primeiro do art. 11 da Instrução Normativa DPG n.º 030/2019, o qual passa a vigorar com a seguinte redação com a seguinte redação:



Art. 11. Os procedimentos referentes à concessão e manutenção do benefício tramitarão junto ao Departamento de Recursos Humanos.

§1º Caso persistam dúvidas quanto à comprovação da continuidade do benefício, o Departamento de Recursos Humanos poderá exigir dos beneficiários documentos adicionais.

§2º. Os requerimentos regulares serão implantados de ofício em folha de pagamento pelo Departamento de Recursos Humanos.

§3º. O pagamento do auxílio-saúde será automático e proporcional, cabendo ao Departamento de Recursos Humanos realizar o devido enquadramento etário, de acordo com o Anexo I desta Instrução Normativa.

Art. 4º. Alterar o título ao tratar do art. 13 da Instrução Normativa DPG n.º 030/2019 para “**Do procedimento de extinção do benefício**”, acrescentando-lhe parágrafo único com a seguinte redação:

Do procedimento de extinção do benefício

Art. 13. Em caso de extinção do vínculo com a Defensoria Pública, o auxílio saúde será devido aos membros e servidores na proporcionalidade dos dias efetivamente trabalhados.

Parágrafo único: o beneficiário do auxílio deverá entregar no momento de seu desligamento formulário próprio assinado digitalmente, comprovando a vinculação com o plano ou seguro de assistência à saúde, conforme o Anexo IV da presente Instrução Normativa, sob pena de devolução dos valores recebidos no período e outras medidas cabíveis.

Art. 5º. Acrescentar o art. 13-A à Instrução Normativa DPG n.º 030/2019, o qual conterà a seguinte redação:

Art. 13-A. Caso haja encerramento da vinculação com o plano ou seguro de assistência à saúde, o beneficiário deverá apresentar formulário próprio assinado digitalmente, comprovando de forma inequívoca as despesas mensais e os respectivos pagamentos, conforme o Anexo IV da presente Instrução Normativa, sob pena de devolução dos valores recebidos no período e outras medidas cabíveis.

Parágrafo único: havendo contratação com outro plano ou seguro de assistência à saúde, a comprovação da vinculação no período deverá ser feita conforme os termos do art. 8º e do art. 9º desta Instrução Normativa.



DPE **PR**
DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO PARANÁ

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



Art. 6º. Iniciar o título “*Disposições Finais*” com o art. 13-B, acrescido à Instrução Normativa DPG n.º 030/2019 com a seguinte redação:

Art. 13-B: A Unidade de Controle Interno poderá a qualquer tempo solicitar documentos a fim de avaliar a manutenção do vínculo com o plano ou seguro de assistência à saúde.

Art. 7º. Alterar os Anexos II e III e criar o Anexo IV, conforme formulários em adendo.

Art. 8º. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação, devendo ser publicada versão consolidada com todas as alterações vigentes.

ANDRÉ RIBEIRO GIAMBERARDINO
Defensor Público-Geral do Estado do Paraná

ANEXO II

FORMULÁRIO PARA CONCESSÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nome completo, Matrícula/Nº interno do sistema (contracheque): **350XXX**, indicar o cargo (cargo), ora lotado(a) na cidade de indicar a cidade, residente à indicar rua/trav./av. e o número, bairro: indicar o bairro, cidade: indicar a cidade, telefone : (00) 00000000000, requer;

Concessão do auxílio-saúde

Inclusão no Sistema de Assistência à Saúde (SAS)

(marcar “x” em apenas uma das duas opções acima)

TERMO DE CONCESSÃO

- I - Declaro que li as Instruções Normativas de nº 030/2019 e n.º 074/2023, que regulamentam a assistência à saúde, a qual aceito sem qualquer ressalva ou restrição às condições estabelecidas;
- II - Declaro que não estou em fruição de licença ou afastamento sem remuneração, tampouco que percebo outras verbas de espécie semelhante;
- III – Declaro que não percebo benefício de natureza similar de outra empresa, órgão ou entidade;
- IV – Declaro que possuo plano ou seguro particular de saúde sem débitos; e
- V - Comprometo-me a manter as informações atualizadas sobre o grupo familiar elencado neste documento e responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas neste termo de inserção.

Cidade, 00 de mês de ano.

Assinatura: _____

Documentação para fins de obtenção do benefício do auxílio saúde:

- 1) fotocópia da cédula de identidade do requerente;
- 2) comprovação de vinculação, na condição de titular ou dependente, a plano ou seguro de assistência à saúde;
- 3) comprovante de pagamento das mensalidades.

ANEXO III

FORMULÁRIO PARA MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nome completo, Matrícula/Nº interno do sistema (contracheque): **350XXX**, indicar o cargo (cargo), ora lotado(a) na cidade de: indicar a cidade, residente à indicar a rua/trav/av. e o número, bairro: indicar o bairro, cidade: indicar a cidade, telefone : (00) 0000000000, requer:

Manutenção do Auxílio-saúde **Cadastro no Sistema de Assistência à Saúde (SAS)**

(marcar "x" em apenas uma das duas opções acima)

TERMO DE MANUTENÇÃO

I - Declaro que li as Instruções Normativas de nº 030/2019 e n.º 074/2023, que regulamentam a assistência à saúde, a qual aceito sem qualquer ressalva ou restrição às condições estabelecidas.

II - Declaro que não estou em fruição de licença ou afastamento sem remuneração, tampouco que percebo outras verbas de espécie semelhante.

III – Declaro que não percebo benefício de natureza similar de outra empresa, órgão ou entidade;

IV – Declaro que possuo plano ou seguro particular de saúde sem débitos;

V - Comprometo-me a manter as informações atualizadas sobre o grupo familiar elencado neste documento e responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas neste termo de inserção.

Cidade, 00 de mês de ano.

Assinatura: _____

Documentação para fins de manutenção do benefício do auxílio-saúde:

- | |
|---|
| 1) Comprovação de vinculação, na condição de titular ou dependente, com o plano ou seguro de assistência à saúde. |
|---|



DPE **PR**
DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO PARANÁ



- 2) Comprovação das despesas mensais e do pagamento respectivo, de todo o período ressarcido, por meio de declaração da operadora ou administradora, demonstrativos, relação de boletos quitados, ou outros documentos que comprovem de forma inequívoca



ANEXO IV

FORMULÁRIO DE COMPROVAÇÃO DE VINCULAÇÃO COM O PLANO OU SEGURO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CASO DE DESLIGAMENTO

Nome completo, Matrícula/Nº interno do sistema (contracheque): **350XXX**, indicar o cargo (cargo), ora lotado(a) na cidade de: indicar a cidade, residente à indicar a rua/trav/av. e o número, bairro: indicar o bairro, cidade: indicar a cidade, telefone : (00) 0000000000, declaro que mantive vinculação com a operadora de plano de saúde nome da operadora, desde o dia 00/00/0000 até a data de hoje, conforme comprovantes em anexo.

Cidade, 00 de mês de ano.

Assinatura: _____

Documentação para fins comprovação:

- 1) Comprovação de vinculação, na condição de titular ou dependente, com o plano ou seguro de assistência à saúde pelo período relatado.
- 2) Comprovação das despesas mensais e do pagamento respectivo, de todo o período ressarcido, por meio de declaração da operadora ou administradora, demonstrativos, relação de boletos quitados, ou outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas mensais realizadas.



ePROCOLO



Documento: **IN074.2023eanexos.pdf**.

Assinatura Qualificada realizada por: **Andre Ribeiro Giamberardino** em 24/03/2023 08:59.

Inserido ao protocolo **19.614.404-8** por: **Silvia Carolina Pamplona** em: 23/03/2023 17:13.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código:
118f5970bde6f6bf942859011af61fd9.