

INSTRUÇÃO NORMATIVA N° 030, DE 01 DE MARÇO DE 2019

Alterada, em partes, pela IN 074, de 24 de março de 2023

*Regulamenta a assistência à saúde no âmbito da
Defensoria Pública do Estado do Paraná.*

O **DEFENSOR PÚBLICO-GERAL DO ESTADO DO PARANÁ**, no uso das atribuições legais, especificamente o art. 18, XXII, da Lei Complementar Estadual 136, de 19 de maio de 2011;

CONSIDERANDO o disposto no art. 6º da Lei Estadual nº 19.781 de 19 de dezembro de 2018,

RESOLVE

Da Assistência à saúde

Art. 1º. O benefício de auxílio-saúde, previsto na Lei Estadual n.º 19.781 de 19 de dezembro de 2018, será concedido a requerimento dos membros e servidores efetivos, ativos e inativos da Defensoria Pública do Estado do Paraná, por meio do Sistema de Assistência à Saúde - SAS ou por meio de auxílio, aos que comprovarem contratação particular de plano ou seguro de assistência à saúde, e dar-se-á mediante ressarcimento, conforme o presente regulamento.

Art. 2º. Em caso de auxílio por ressarcimento, este será mensal, por ocasião do pagamento do subsídio, salário ou proventos e correspondente aos valores estabelecidos no Anexo I da presente Instrução Normativa.

§1º. O auxílio-saúde será pago aos membros e servidores consoante a respectiva faixa etária, conforme o Anexo I da presente Instrução Normativa, e será reajustado anualmente, por ato do Defensor Público-Geral, nos termos do art. 5º, da Lei Estadual n.º 19.781 de 19 de dezembro de 2018.

§2º. Os membros e servidores que não figurarem como titulares de plano ou seguro de assistência à saúde, poderão requerer o benefício, desde que apresentem declaração da entidade assistencial de saúde em que constem como dependentes.

§3º. Cabe ao membro ou servidor a comunicação imediata de alterações que impliquem mudanças no plano ou seguro contratado.

Art. 3º. O auxílio-saúde não será devido:

I - aos pensionistas;

II - aos beneficiários que:

a) estejam em gozo de licença sem remuneração;

b) estejam em cessão funcional;

c) estejam afastados judicialmente do exercício do cargo ou cumprindo pena de suspensão;

d) recebam, de outra forma, verbas de espécie semelhante em forma de auxílio ou benefício à saúde, como titular ou dependente.

Art. 4º. As verbas relativas ao auxílio-saúde serão devidas desde o requerimento e não serão:

I - incorporadas ao subsídio, vencimento, remuneração ou provento;

II - configuradas como rendimento tributável;

III - base de cálculo para incidência de contribuição previdenciária e aplicação do teto remuneratório.

Art. 5º. O auxílio saúde tem natureza indenizatória e não se incorpora ao subsídio, vencimento, remuneração, provento ou pensão, e não está sujeito à tributação de imposto de renda e contribuição previdenciária.

Do requerimento

Art. 6º. O requerimento do benefício de que trata esta Instrução Normativa somente será efetuado mediante preenchimento de formulário próprio, constante do Anexo II do presente regulamento, instruído com os seguintes documentos:

I - fotocópia de documento de identificação com foto do requerente;

II - comprovação de vinculação, na condição de titular ou dependente, a plano ou seguro de assistência à saúde.

§1º. Por ocasião do pedido, o solicitante declarará:

I - que não percebe benefício de natureza similar de outra empresa, órgão ou entidade;

II - que possui plano ou seguro particular de saúde sem débitos.

§2º. Caso o requerente conste como dependente em plano ou seguro saúde, deverá ser firmada declaração pelo titular do mesmo atestando:

I - que não percebe benefício semelhante; ou,

II - que o fato do servidor ou membro ser seu dependente não tem influência no montante recebido.

Do procedimento de manutenção do benefício

Art. 7º. Para a manutenção do benefício de auxílio-saúde, é obrigatória a comprovação, pelo beneficiário titular ou dependente, da continuidade da vinculação com o plano ou seguro de assistência à saúde.

~~**Art. 8º.** As comprovações serão efetuadas por todos os beneficiários, no período de 01 a 31 de janeiro de cada ano, independentemente da data de adesão ao benefício, efetuada mediante preenchimento de formulário próprio, constante no Anexo III da presente Instrução Normativa.~~

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. **(Inserido pela IN DPG 074/2023)**

~~**Art. 9º.** A não realização da manutenção com a documentação comprobatória exigida, nos 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. 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. **(Inserido pela IN DPG 074/2023)**

Parágrafo único. O recebimento indevido de benefícios havidos mediante fraude ou emprego de qualquer outro meio artificioso, implicará devolução ao erário do total indevidamente auferido, com desconto em folha de pagamento ou outro meio cabível, além de procedimento administrativo disciplinar e outras medidas cíveis e criminais cabíveis.

Art. 10. No caso do descumprimento dos prazos, que acarrete o cancelamento do benefício, não haverá pagamento retroativo dos valores despendidos pelo interessado.

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

~~§1º. Os requerimentos regulares serão implantados de ofício em folha de pagamento pelo Departamento de Recursos Humanos.~~

~~§2º. 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. 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. **(Inserido pela IN DPG 074/2023)**

Art. 12. Os requerimentos e respectiva documentação serão reunidos em expedientes próprios e individualizados, por beneficiário, para fim de prestação de contas junto aos setores e órgãos competentes.

~~**Das disposições finais**~~

~~**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.~~

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. **(Inserido pela IN DPG 074/2023)**

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. **(Inserido pela IN DPG 074/2023)**

Disposições Finais

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. **(Inserido pela IN DPG 074/2023)**

Art. 14. Os casos omissos serão definidos pelo Defensor Público-Geral.

Art. 15. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO PIÃO ORTIZ ABRAÃO
Defensor Público-Geral do Estado do Paraná

ANEXO I

TABELA DE BENEFÍCIOS POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	VALOR
0 A 18 ANOS	R\$ 232,69
19 A 23 ANOS	R\$ 353,99
24 A 28 ANOS	R\$ 483,64
29 A 33 ANOS	R\$ 521,69
34 A 38 ANOS	R\$ 605,33
39 A 43 ANOS	R\$ 660,46
44 A 48 ANOS	R\$ 793,71
49 A 53 ANOS	R\$ 927,47
54 A 58 ANOS	R\$ 1.006,72
59 ANOS OU MAIS	R\$ 1.297,19

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 nº 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.

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.