

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 030, DE 01 DE MARÇO DE 2019

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

Alterada, em partes, pela IN 088, de 13 de janeiro de 2025

Alterada, em partes, pela IN 113, de 07 de julho de 2025

*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.

§ 4º. Os/as membros/as e servidores/as com deficiência ou portadores/as de doença grave, ou que tenham dependentes que se enquadrem no mesmo perfil, farão jus ao acréscimo de 50%

(cinquenta por cento) sobre o valor do auxílio-saúde definido na forma do art. 1º, consoante a respectiva faixa etária, conforme o Anexo I da presente Instrução Normativa. [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025\)](#)

§ 5º. O acréscimo previsto no § 4º deste artigo se estende aos/às membros/as e servidores/as optantes do sistema previsto no Decreto nº. 5.303, de 4 de fevereiro de 2002, o qual terá como referência a respectiva faixa etária para o pagamento do auxílio-saúde. [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025\)](#)

§ 6º. É considerada pessoa com deficiência aquela definida pela legislação e pessoa portadora de doença grave aquela prevista por lei para a concessão de isenção do imposto de renda. [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025\)](#)

§ 7º. O percentual de 50% (cinquenta por cento) será concedido para cada membro/a, servidor/a ou dependente que se enquadre nas hipóteses previstas no § 4º deste artigo”. [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025\)](#)

Art. 2-A. Para fins do disposto no §4º, do art. 2º, serão admitidos/as como beneficiários/as, na qualidade de dependentes do titular: [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025\)](#)

I - cônjuge, companheiro ou companheira, em união estável; [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025\)](#)

II - filhos/as, enteados/as ou pessoa sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial, até vinte e um (21) anos de idade, ou, se inválidos, enquanto perdurar a invalidez; [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025\)](#)

III - filhos/as, enteados/as ou dependente sob guarda ou tutela anterior à maioridade, acima de vinte e um (21) anos de idade até completar vinte e quatro (24) anos, se estudante regularmente matriculado em curso de ensino médio, curso técnico, superior ou de especialização, devidamente reconhecido pelo Ministério da Educação, que não aufera rendimento próprio; [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025\)](#)

IV - pai, mãe, padrasto e madrastra, comprovadamente não dependentes entre si, que vivam sob dependência econômica do/a titular e não possuam renda própria superior ao limite de isenção para o fim de Imposto de Renda; [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025\)](#)

V - pessoa com deficiência, pela qual o/a beneficiário/a titular seja legalmente responsável, desde que não possua renda própria superior ao limite de isenção do Imposto de Renda.

§ 1º. Não caracterizam rendimento próprio valores percebidos a título de pensão alimentícia ou bolsa auxílio paga em razão de estágio. [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025\)](#)

§ 2º. A separação, o divórcio ou a dissolução da união estável do/a beneficiário/a titular faz

cessar a condição de dependência para as pessoas indicadas no inciso I deste artigo, bem como aos/às respectivos/as enteados/as. (Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG Nº 088/2025)

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 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.

§ 3º. Além dos documentos obrigatórios elencados nos incisos I e II do caput, a comprovação da condição de pessoa com deficiência ou pessoa portadora de doença grave deverá ser feita por meio da apresentação de: [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 088/2025\)](#)

I – laudo médico que ateste a existência de doença grave e laudo médico ou avaliação biopsicossocial que ateste a deficiência, do qual conste se o quadro é definitivo ou temporário e, neste último caso, aponte a periodicidade em que será necessária a reavaliação; ou [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 088/2025\)](#)

II – decisão judicial que conferiu a tutela ou curatela, quando for o caso, acompanhada do termo de compromisso firmado pelo beneficiário titular ou cópia da declaração de ajuste anual de imposto de renda na qual figure como dependente do beneficiário titular; ou [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 088/2025\)](#)

III – decisão judicial transitada em julgado que reconheceu a doença grave, para os casos em que se aplica. [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 088/2025\)](#)

§ 4º. Caso a pessoa com deficiência ou pessoa portadora de doença grave se enquadre na condição de dependente, deverá apresentar, para fins de comprovação, além dos documentos elencados no § 3º: [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 088/2025\)](#)

I - cônjuge ou companheiro/a: [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 088/2025\)](#)

a) fotocópia de documento de identificação;

b) fotocópia do CPF, caso não conste do documento de identificação;

c) fotocópia da certidão de casamento civil, escritura pública de união estável ou declaração por instrumento particular, com assinaturas reconhecidas em cartório.

II - Do/a filho/a, enteado/a, menor tutelado/a ou sob guarda judicial: [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 088/2025\)](#)

a) fotocópia da certidão de nascimento ou cédula de identidade;

b) fotocópia da decisão judicial que concedeu a guarda ou tutela, quando for o caso, ou ainda que comprove a responsabilidade pelo pagamento do plano ou seguro de assistência à saúde pelo beneficiário titular;

c) fotocópia da decisão judicial que concedeu a guarda ou tutela ao cônjuge ou companheiro/a, quando se tratar de enteados/as;

d) comprovante de matrícula em curso de ensino médio, técnico, superior ou de especialização, reconhecido pelo Ministério da Educação, se maior de vinte e um (21) e até completar vinte e quatro (24) anos de idade;

III - Do pai, mãe, padrasto e madrasta: [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 088/2025\)](#)

a) fotocópia da cédula de identidade;

b) fotocópia do CPF, caso não conste do documento de identificação;

c) comprovante de rendimento de ambos/as, caso vivam em conjunto, ou de um/a só, se for viúvo/a, separado/a judicialmente ou divorciado/a.

IV - Da pessoa com deficiência ou portadora de doença grave: [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 088/2025\)](#)

a) fotocópia da certidão de nascimento ou da cédula de identidade;

b) fotocópia do CPF, caso não conste do documento de identificação;

c) documentos especificados no § 3º deste artigo.

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. [\(Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023\)](#)

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. (Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 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.~~
(Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 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. 9º. A não realização da manutenção com a documentação comprobatória exigida, nos prazos definidos no artigo 8º, resultará na suspensão automática do benefício e no encaminhamento da questão à Defensoria Pública-Geral. (Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 113/2025)

§1º. O Gabinete da Defensoria Pública-Geral notificará quem estiver na situação acima descrita, concedendo prazo de 10 (dez) dias úteis para regularização da questão, sob pena de cancelamento do benefício e devolução dos valores recebidos, mediante desconto em folha de pagamento. (Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 113/2025)

§2º. O recebimento indevido de benefícios mediante fraude ou emprego de qualquer outro meio artificioso implicará a 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. (Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 113/2025)

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

Art. 10. Regularizada a situação descrita no artigo anterior, o/a membro/a ou o/a servidor/a

deverá apresentar justificativa à Defensoria Pública-Geral acerca da perda do prazo, explicando os motivos que levaram ao descumprimento da normativa institucional. (Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 113/2025)

~~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. (Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023)

§1º Caso persistam dúvidas quanto à comprovação da continuidade do benefício, o Departamento de Recursos Humanos poderá exigir dos beneficiários documentos adicionais. (Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023)

§2º. Os requerimentos regulares serão implantados de ofício em folha de pagamento pelo Departamento de Recursos Humanos. (Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023)

§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. (Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 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 (Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023)

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. [\(Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023\)](#)

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. [\(Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023\)](#)

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. [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023\)](#)

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. [\(Redação acrescentada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023\)](#)

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. [\(Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023\)](#)

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:

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

ANEXO II

(Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023)

FORMULÁRIO PARA CONCESSÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nome completo, Matrícula/N° 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 n° 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.

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 III

(Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023)

FORMULÁRIO PARA MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nome completo, Matrícula/N° 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:

- Comprovação de vinculação, na condição de titular ou dependente, com o plano ou seguro de assistência à saúde pelo período relatado.
- 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.



ANEXO IV

(Redação dada pela Instrução Normativa DPG N° 074/2023)

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

Nome completo, Matrícula/N° 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.