

PODER LEGISLATIVO

Atos Legislativos

Atos de Mesa

ATO Nº 14, de 11 de outubro de 2023

Estabelece normas sobre a assistência à saúde suplementar do servidor do Poder Legislativo, ativo ou inativo, de sua família e pensionistas e dá outras providências.

A Mesa da Câmara Municipal de Jales, Município e Comarca do mesmo nome deste Estado, no uso de suas atribuições legais, etc.,
Faz publicar o seguinte:

ATO:

Seção I Das Disposições Iniciais

Art. 1.º Os procedimentos adotados pela Câmara Municipal de Jales, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor do Poder Legislativo, ativo ou inativo, de sua família e do pensionista, assim como dos agentes políticos deverão observar as disposições deste Ato.

Parágrafo único. Os servidores ativos e inativos, bem como seus dependentes, e os pensionistas, assim como os agentes políticos, são considerados beneficiários para efeitos deste Ato.

Art. 2.º A assistência à saúde dos beneficiários de que trata o art. 5º deste Ato será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e, de forma suplementar, a cargo do Legislativo, mediante:

I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV - auxílio de caráter indenizatório (auxílio saúde), por meio de ressarcimento.

Art. 3.º Os planos de saúde destinados aos beneficiários contemplarão atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com ou sem obstetrícia, realizados exclusivamente no país, 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.

§ 1.º 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.

§ 2.º O disposto no parágrafo anterior aplica-se aos planos de saúde destinados aos beneficiários por qualquer das modalidades de gestão da assistência à saúde suplementar previstas no art. 2º deste Ato.

§ 3.º Os beneficiários de que trata este Ato poderão complementar o custeio de planos de assistência à saúde suplementar superiores ao mínimo previsto neste artigo, sem qualquer custo adicional para o Poder Legislativo.

Art. 4.º O Legislativo, para todos os beneficiários, determinará uma única modalidade de gestão de saúde suplementar dentre aquelas previstas no art. 2º.

Seção II

Dos Beneficiários do Plano de Assistência à Saúde Suplementar

Art. 5.º Para os fins deste Ato, são beneficiários do plano de assistência à saúde:

I - na qualidade de servidor, os ocupantes de cargo efetivo do Poder Legislativo e os inativos;

II - na qualidade de servidor comissionado, desde que tenha seu plano custeado na integralidade por estes; e

III - na qualidade de agentes políticos, desde que tenha seu plano custeado na integralidade por estes.

a) o cônjuge ou companheiro ou a companheira, inclusive na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;

b) parentes de primeiro grau consanguíneos;

c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

d) os filhos e enteados, até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e

f) o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

§ 1.º A existência do dependente constante das alíneas “a” ou “b” do inciso III deste artigo exclui a assistência à saúde do dependente constante da alínea “c” do mesmo inciso.

Art. 6.º Após o falecimento do servidor, os dependentes referidos no inciso I do art. 5º deste Ato poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata este Ato, nas mesmas condições contratuais.

§ 1.º Caberá aos familiares comunicar o falecimento do servidor à operadora de plano de saúde na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em contrato ou convênio, assim como ao Poder Legislativo.

§ 2.º O Legislativo deverá comunicar o dependente da possibilidade de permanência no plano, de forma inequívoca.

§ 3.º 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 § 1º deste artigo.

§ 4.º O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde, na forma do caput, deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

Seção III

Da Inscrição, Adesão, Exclusão e Suspensão dos Beneficiários nos Planos de Assistência à Saúde Suplementar

Art. 8.º É voluntária a inscrição, a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata este Ato.

Art. 9.º Caberá diretamente ao beneficiário encaminhar à operadora conveniada ou contratada as solicitações de inscrição, adesão e exclusão, ou qualquer outra alteração necessária à operadora, assim como de seus dependentes.

§ 1.º A comunicação de inscrição, de exclusão ou suspensão de beneficiário no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no convênio, contrato, regulamento ou estatuto do serviço prestado diretamente pela operadora.

§ 2.º Os valores de responsabilidade do Legislativo no custeio da assistência à saúde de que trata este Ato terão como base a data considerada no cronograma estabelecido no início da vigência do presente Ato, considerando o convênio, contrato, regulamento ou estatuto do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, observando-se a respectiva proporcionalização, quando for o caso, observando-se a tabela de referência anexa.

Art. 10. O beneficiário excluído do plano de assistência à saúde deverá comunicar de imediato o Poder Legislativo.

§ 1.º A exclusão do servidor dos quadros do Legislativo implicará a exclusão de todos os seus dependentes.

§ 2.º As exclusões de plano de assistência à saúde suplementar ocorrerão nas seguintes situações:

- a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- b) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- c) redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- d) licença sem remuneração;
- e) decisão administrativa ou judicial;
- f) voluntariamente, por opção do beneficiário; e
- g) outras situações previstas em lei ou em normas do órgão regulador.

§ 3.º No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas, observado o disposto no § 3º do art. 183 da Lei nº 8.112, de 1990.

§ 4.º Ressalvadas as situações previstas no § 2º deste artigo, a exclusão do beneficiário se dará, também, por fraude ou inadimplência, observadas, nesse caso, as normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Seção IV Do Custeio

Art. 11. O custeio da assistência à saúde suplementar dos beneficiários constantes do art. 5º deste Ato é de responsabilidade do Poder Legislativo, no limite do valor estabelecido pela tabela anexa, à qual deverá ser revisada e atualizada anualmente de acordo com as regras aplicadas pela ANS, condicionado à disponibilidade orçamentária.

§ 1.º O valor a ser despendido pelo Legislativo com assistência à saúde suplementar terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

§ 2.º O valor da contrapartida de responsabilidade Legislativo terá como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde suplementar, podendo ser repassado à operadora, em caso de contrato, na data estabelecida no respectivo convênio ou contrato ou através da folha de pagamento mensal do servidor, em caso de indenização (Auxílio Saúde).

§ 3.º Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um plano de assistência à saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Legislativo.

§ 4.º O valor da contrapartida de responsabilidade do Legislativo é limitado ao valor do plano de saúde do beneficiário, na hipótese de o último ser inferior ao primeiro.

Art. 12. A contribuição mensal do titular do benefício, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde suplementar, corresponderá a um valor fixo definido em convênio ou contrato, observado o disposto em cláusulas do convênio, do contrato, do regulamento ou do estatuto da entidade.

§ 1.º Os valores de contribuição mensal referentes ao plano de assistência à saúde suplementar, bem como eventual participação no custo dos serviços utilizados, poderão ser consignados em folha de pagamento do beneficiário, conforme o disposto na legislação vigente.

§ 2.º No caso da opção pelo custeio se dar pela forma descrita no Inciso IV do Artigo 2º, a responsabilidade pelo pagamento da mensalidade à operadora do Plano e Saúde é completamente do beneficiário.

Seção V Da Prestação de Contas

Art. 13. Caberá às operadoras conveniadas e contratadas pelo Legislativo encaminhar, mensalmente, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

§ 1º No caso de opção pelo método indenizatório (Auxílio Saúde), caberá ao beneficiário titular encaminhar ao Legislativo, quadro demonstrativo contendo o detalhamento atualizado das despesas com os respectivos beneficiários, visando dar continuidade ao benefício ora estabelecido:

I- A não apresentação da documentação contida no § 1º no prazo convencionado ocasionará o não recebimento indenizatório.

II - Os dados e documentos relativos à prestação de contas abrangida no caput deverão estar à disposição dos órgãos de controle e dos órgãos convenentes ou contratantes.

Seção VI Dos Convênios

Art. 14. Para a celebração de convênios, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990, as operadoras de planos de saúde deverão atender as seguintes condições:

I - ser classificadas como entidades de autogestão, nos termos das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

II - não ter finalidade lucrativa; e

III - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS, ou comprovar regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização.

Seção VII Dos Contratos

Art. 15. As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos, na forma do disposto no art. 1º, inciso II, do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro 2004, deverão:

I - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde – ANS, ou comprovar regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização; e

II - ter sido regularmente selecionadas através de processo competente, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 1993, e nesta Portaria Normativa.

Seção VIII Das Disposições Comuns aos Convênios e Contratos

Art. 16. Para atender o disposto no art. 2º deste Ato, ficam as operadoras obrigadas a:

I - oferecer e disponibilizar a todos os beneficiários dos planos de assistência à saúde suplementar, no mínimo na área de abrangência do órgão ou entidade a que está vinculado o titular do benefício, os serviços assistenciais previstos no art. 3º deste Ato, por meios próprios ou por intermédio de rede de prestadores de serviços;

II - manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;

III - fornecer identificação individual aos beneficiários; e

IV - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o contratante.

Seção IX Do Serviço Prestado Diretamente pelo Órgão ou Entidade

Art. 17. Entende-se como serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, o oferecimento de assistência à saúde suplementar ao servidor, por meio de rede de prestadores de serviços mediante gestão própria ou contrato.

Parágrafo único. O serviço prestado diretamente pelo Legislativo deverá dispor, por meios próprios ou contratados, de infraestrutura administrativa e operacional necessária para o gerenciamento do serviço de assistência à saúde suplementar, observadas as demais disposições deste Ato.

Art. 18. É vedada a inclusão de beneficiários de outros órgãos e entidades, inclusive na qualidade de dependente, ao serviço prestado diretamente pelo Legislativo.

Art. 19. A criação de serviço prestado diretamente pelo Legislativo exigirá regulamento ou estatuto específico desse serviço.

Art. 20. Na hipótese de utilizar meios próprios de infraestrutura operacional para os serviços de assistência à saúde, o Legislativo deverá observar as normas pertinentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e Ministério da Saúde.

Art. 21. Para a contratação de rede de prestação de serviço deverá ser observado o disposto na Lei nº 8.666/1993 e/ou nº 14.133/21.

Seção X

Do Auxílio de Caráter Indenizatório

Art. 22. O servidor e o pensionista poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, pago mediante ressarcimento, por beneficiário, ainda que o Legislativo ofereça assistência à saúde de forma direta, por meio de convênio com operadora de autogestão ou mediante contrato, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde suplementar que atenda às exigências deste Ato, porém, excluída aí qualquer outra modalidade.

§ 1.º Na hipótese de o servidor ou o pensionista aderir ao convênio, contrato ou serviço prestado diretamente pelo órgão, não lhe será concedido o auxílio de que trata o caput.

§ 2.º O auxílio de que trata o caput somente será devido se o servidor, o ou pensionista contratar o plano de saúde de forma direta, ou por intermédio de:

- I - Administradora de Benefícios;
- 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 de profissões regulamentadas;
- VI - Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009, ou norma superveniente;
- 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; e
- VII - Outras pessoas jurídicas não previstas nos incisos anteriores, desde que expressamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§ 3.º O plano de saúde contratado pelo servidor ou pensionista deverá possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou comprovar regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização.

§ 4.º Para fazer jus ao auxílio relativamente a seus dependentes, o servidor ou pensionista deverá inscrevê-los como tais no mesmo plano de saúde do qual seja o titular e tenha sido por ele contratado na forma deste Ato.

§ 5.º Excetua-se da regra do § 4º deste artigo a contratação de plano de saúde que, por imposição das regras da operadora, não permita inscrição de dependentes, obrigando a feitura de um contrato para cada beneficiário.

§ 6.º Na hipótese do § 5º deste artigo, o servidor ou pensionista deverá fazer prova inequívoca de responsabilidade financeira relativamente a seus dependentes.

Art. 23. Para fazer jus ao auxílio, o plano de assistência à saúde suplementar contratado diretamente pelo servidor ou pensionista deverá atender, pelo menos, o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observado o disposto nesta Portaria Normativa.

Parágrafo único. Excetua-se da regra estabelecida no caput deste artigo os planos de saúde contratados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, nos termos do art. 35 daquela Lei.

Art. 24. O direito ao recebimento do auxílio tem início na data da apresentação formal do requerimento, por parte do servidor ou pensionista.

§ 1.º O requerimento inicial deverá conter documentos que comprovem o atendimento dos requisitos deste Ato para o pagamento do auxílio saúde.

§ 2.º Após a apresentação do requerimento, não há necessidade de renovação deste, exceto na hipótese de mudança de plano de saúde.

Art. 25. O pagamento do auxílio será devido a partir do mês de apresentação do requerimento de que trata o art. 24 deste Ato, e será efetuado mensalmente, observado o disposto nos arts. 26 e 27 deste Ato.

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

§ 2.º O servidor ou o pensionista deverá fazer constar no requerimento inicial os valores mensais devidos em razão da contratação do plano, especificando, inclusive, eventuais valores diferenciados, a exemplo de cobranças proporcionais que levem em consideração o período de

utilização, dentre outros, entretanto o valor custeado pelo Legislativo se limitará à 50% (cinquenta por cento) do valor do plano contratado, limitado o valor individual à tabela constante do presente Ato, a qual deverá ser revista e reajustada anualmente, segundo as regras da ANS.

§ 3.º É obrigação do servidor e do pensionista informar ao Legislativo qualquer mudança de valor, inclusão ou exclusão de beneficiários, bem como apresentar documentos destinados à comprovação de condições complementares de beneficiário.

Art. 26. Independentemente do mês de apresentação do requerimento de que trata o art. 24 deste Ato, a comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita anualmente, ou imediatamente quando houver alteração, acompanhada de toda a documentação comprobatória necessária, tais como:

- I - boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento;
- II - declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação; ou
- III - outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

§ 1.º No caso de exoneração, a apresentação dos documentos de que trata o caput deverá se dar antes de seu afastamento do órgão ou entidade concedente.

§ 2.º O usufruto de férias, licença ou afastamento durante o mês não desobriga o servidor ou pensionista do cumprimento do disposto no caput.

Art. 27. O servidor ou o pensionista que não comprovar as despesas na forma do art. 26 desta Portaria Normativa terá o benefício suspenso, devendo o Legislativo instaurar processo visando à reposição ao erário.

Parágrafo único. Na hipótese de que trata o caput, o pagamento do benefício será retomado e o processo de reposição ao erário será arquivado se o servidor ou o pensionista comprovar integralmente as despesas com o plano de assistência à saúde, cabendo a restituição de valores já pagos a título de reposição ao erário, se for o caso.

Art. 28. O servidor ou o pensionista que cancelar o plano de assistência à saúde durante o período de pagamento do benefício e não informar ao órgão ou entidade concedente terá o benefício cancelado, devendo ser instaurado processo visando à reposição ao erário.

Art. 29. O servidor ou o pensionista que alterar o plano de assistência à saúde, ou ainda trocar de operadora durante o período de pagamento do benefício e não informar ao órgão ou entidade concedente, terá o benefício suspenso, devendo ser instaurado processo visando à reposição ao erário.

Parágrafo único. Na hipótese de que trata o caput, o pagamento do benefício somente será retomado após análise de requerimento apresentado relativamente ao novo plano de assistência à saúde contratado, na forma do art. 25 deste Ato, devendo o Legislativo, após comprovação das despesas realizadas com o novo contrato, arquivar o processo de reposição ao erário ou efetuar o recálculo da dívida do servidor ou do pensionista, conforme o caso, cabendo a restituição de valores já pagos a título de reposição ao erário, se devido.

Seção XI Das Disposições Finais

Art. 30. Caberá ao Legislativo a fiscalização dos convênios e contratos referidos neste Ato, nos termos da legislação vigente.

Art. 31. Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o Legislativo designará um representante para atuar junto à operadora conveniada ou contratada, nos termos dos convênios e contratos.

Parágrafo único. A fiscalização dos convênios ou contratos inclui a verificação periódica de seu cumprimento de acordo com as regras estabelecidas na legislação pertinente, neste Ato e nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com a expedição, sempre que justificável, de parecer técnico, o qual poderá ser solicitado pelo Legislativo

Art. 32. Os recursos orçamentários para o custeio da assistência à saúde suplementar de que trata este Ato serão calculados mensalmente com base no número de beneficiários, sendo o valor máximo per capita estabelecido pela tabela anexa.

§ 1.º É vedado o custeio da saúde suplementar de beneficiário não cadastrado no Poder Legislativo.

Art. 33. É dever do beneficiário titular manter atualizadas suas informações cadastrais e de seus dependentes perante o Legislativo e a operadora de planos de saúde.

Art. 34. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição a que se refere o caput implicará a cessação dos direitos de utilização da assistência à saúde pelo titular e seus dependentes junto à operadora conveniada, contratada ou ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 35. O servidor ou pensionista não inscrito em plano de assistência à saúde suplementar nas condições previstas neste Ato não fará jus ao custeio de que trata o art. "XX".

Art. 36. A dependência econômica a que se refere a alínea “e” do inciso III do art. 5º desta Portaria Normativa será aferida por meio da apresentação de documentos idôneos e capazes de comprovar a veracidade da situação econômica do pretense beneficiário em relação ao servidor.

§ 1.º Configurar-se-á a dependência econômica quando o pretense beneficiário depender preponderantemente do recurso do servidor para sua sobrevivência.

§ 2.º Compete ao Legislativo a análise de cada caso, podendo definir critérios para a apresentação dos documentos a que se refere o caput, obedecida a legislação vigente.

Art. 37. A aplicação das disposições contidas neste Ato dependerá de previsão orçamentária e financeira.

Art. 38. A transferência dos valores referentes ao custeio e às contribuições do servidor e do pensionista às respectivas operadoras obedecerá rigorosamente ao cronograma previsto no convênio ou contrato.

Art. 39. A operacionalização dos serviços para fins de aplicação do benefício de que trata este Ato é de responsabilidade exclusiva do Legislativo.

Art. 40. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do art. 22 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou norma superveniente.

Art. 41. Os contratos e convênios a serem celebrados, bem como os contratos particulares que derem origem ao benefício do auxílio financeiro (auxílio saúde), deverão conter, de forma expressa ou por meio de elementos identificadores, o cumprimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS relativas a operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 42. As situações não previstas neste Ato, em especial aquelas relativas a prazos de carência, cobertura, atendimento de urgência e emergência, reembolso, dentre outras, deverão observar as normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art. 43. Este Ato entra em vigor na data de sua publicação.

- **Ricardo Alexandre Fernandes Gouveia** -
Presidente

- **Ana Carolina Lima Amador** -
Vice-Presidente

- **Andrea Cristina Moreto Gonçalves** -
1ª Secretária

- **Rivelino Rodrigues** -
2º Secretário

Reg. e Publ. na data supra na
Secretaria da Câmara Municipal de Jales

Marco Antônio Zampieri
Diretor do Deptº Administrativo

Anexo I

Tabela referencial de teto por idade

Faixa etária	Valores limite
0 a 18 anos	R\$ 110,00

19 a 23 anos	R\$	125,00
24 a 28 anos	R\$	150,00
29 a 33 anos	R\$	175,00
34 a 38 anos	R\$	200,00
39 a 43 anos	R\$	245,00
44 a 48 anos	R\$	290,00
49 a 53 anos	R\$	350,00
54 a 58 anos	R\$	450,00
59 anos e acima	R\$	600,00

Anexo II

REQUERIMENTO

Exmo.(a) Sr.(a)
Presidente da Câmara Municipal de JALES/SP

Eu, _____, sirvo-me do presente para solicitar o PAGAMENTO do AUXÍLIO-SAÚDE, conforme estabelecido na Resolução nº 08/2023.

Para tanto, nos termos do Parágrafo Único do Artigo 1º da referida Resolução e § 2º do Artigo 25 do Ato nº 14/2023, informo os valores de pagamento, conforme comprovantes anexos:

Beneficiário (Nomes)		Mês/Ano Referência	Valor
Titular:			
Dependentes:	Parentesco:		

Atenção: Juntar, em anexo, a documentação pertinente.

Obs: em caso de inclusão/exclusão de dependente/titular, informe imediatamente ao Departamento de Recursos Humanos para fins de cadastro, como alteração ou perda de condição de solteiro do dependente menor de 21 anos e/ou universitário, bem como falecimentos e demais condições elencadas no artigo 5º do Ato nº 14/2023.

Jales, ____ de _____ de 20__.

Assinatura