



**POLÍTICA DE
REEMBOLSO DO
PLANO DE SAÚDE**

MARÇO DE 2019

POLÍTICA DE REEMBOLSO DO PLANO DE SAÚDE

V. 18/02/2019

CONTEXTUALIZAÇÃO

Este documento foi elaborado pela São Paulo Negócios (SP Negócios), com a especial finalidade de disseminar os requisitos mínimos de *compliance* necessários para a correta conduta na utilização de reembolsos do Plano de Saúde.

Esta Política é uma declaração formal da SP Negócios acerca de seu compromisso com os processos de controles internos e as diretrizes aqui estabelecidas deverão ser seguidas por todos os colaboradores (diretores, funcionários), uma vez que, possuidores de tais conhecimentos, possam ter atitudes mais assertivas, dentro do esperado pela companhia, reduzindo riscos corporativos, inclusive os de imagem institucional. Também dá ciência a cada colaborador sobre os procedimentos necessários para o devido reembolso referente ao Plano de Saúde.

É obrigação de cada colaborador manter-se atualizado em relação a esta Política e aos procedimentos e normas relacionadas, buscando orientação do seu gestor sempre que não estiver absolutamente seguro quanto aos assuntos aqui tratados.

1. Objetivo

Estabelecer os procedimentos e diretrizes relativos ao reembolso de plano de saúde, atendendo à diretriz de implementação de Assistência Médica de Saúde Complementar para os colaboradores da São Paulo Negócios.

2. Abrangência

Este benefício é concedido a todos os colaboradores da SP Negócios e seus dependentes. O benefício não é estendido aos estagiários.

Para efeito desta Política são considerados dependentes:

- a. cônjuge;
- b. companheiro, desde que comprovada união estável;
- c. descendente (filho/s e enteado/s) até 21 (vinte e um) anos; ou até 24 (vinte e quatro) anos, se estudante universitário;
- d. descendente que seja pessoa com deficiência, nos termos da Lei Federal nº 13.146/20151, sem limitação de idade e declarado no Imposto de Renda como dependente.

Para fazer jus ao reembolso previsto nessa Política, o colaborador deverá apresentar declaração de que não recebe, tampouco seus dependentes, qualquer tipo de reembolso das mensalidades de Plano de Saúde, conforme ANEXO II.

3. Valor do Reembolso

O valor do reembolso será concedido e calculado utilizando a TABELA DE REEMBOLSO, constante no ANEXO I, aos funcionários e diretores, desde que tenham ou venham a CONTRATAR plano/seguro de saúde, privado ou em grupo, à sua livre escolha, respeitada a faixa etária do titular e de seus respectivos dependentes.

O reembolso fica limitado ao valor do recibo da operadora em favor do funcionário ou do diretor, e seus dependentes, a ser apresentado ao setor Administrativo e Financeiro da companhia.

4. Procedimento

Os colaboradores que aderirem ao sistema de reembolso deverão entregar os documentos comprobatórios da contratação do seu plano de saúde e o comprovante de seu devido pagamento até o dia 20 de cada mês. O valor do reembolso será creditado na conta corrente junto com o salário.

ANEXO I. Tabela de reembolso de Assistência Médica

Reembolso de Assistência Médica												
Valores Limite e Participação da Empresa												
VALOR BASE PARA CÁLCULO DO REEMBOLSO - R\$	R\$ 342,12	R\$ 453,98	R\$ 500,71	R\$ 539,17	R\$ 576,55	R\$ 626,80	R\$ 838,19	R\$ 977,67	R\$ 1.161,80	R\$ 2.051,01		
DISTRIBUIÇÃO DE FAIXA ETÁRIA	0-18 anos	19-23 anos	24-28 anos	29-33 anos	34-38 anos	39-43 anos	44-48 anos	49-53 anos	54-58 anos	acima de 59 anos		
Faixa Salarial Geral		Participação da	Valores Máximos para Reembolso (calculados sobre o Valor base)									
De	Até											
-	R\$ 2.029,35	90%	R\$ 307,91	R\$ 408,58	R\$ 450,64	R\$ 485,25	R\$ 518,90	R\$ 564,12	R\$ 754,37	R\$ 879,90	R\$ 1.045,62	R\$ 1.845,90
R\$ 2.029,36	R\$ 2.670,49	85%	R\$ 290,80	R\$ 385,88	R\$ 425,60	R\$ 458,29	R\$ 490,07	R\$ 532,78	R\$ 712,46	R\$ 831,02	R\$ 987,53	R\$ 1.743,35
R\$ 2.670,50	R\$ 3.514,21	80%	R\$ 273,70	R\$ 363,18	R\$ 400,57	R\$ 431,33	R\$ 461,24	R\$ 501,44	R\$ 670,55	R\$ 782,14	R\$ 929,44	R\$ 1.640,80
R\$ 3.514,22	R\$ 4.624,44	75%	R\$ 256,59	R\$ 340,49	R\$ 375,53	R\$ 404,37	R\$ 432,42	R\$ 470,10	R\$ 628,64	R\$ 733,25	R\$ 871,35	R\$ 1.538,25
R\$ 4.624,45	R\$ 6.085,43	70%	R\$ 239,49	R\$ 317,79	R\$ 350,50	R\$ 377,42	R\$ 403,59	R\$ 438,76	R\$ 586,73	R\$ 684,37	R\$ 813,26	R\$ 1.435,70
R\$ 6.085,44	R\$ 8.008,05	65%	R\$ 222,38	R\$ 295,09	R\$ 325,46	R\$ 350,46	R\$ 374,76	R\$ 407,42	R\$ 544,82	R\$ 635,48	R\$ 755,17	R\$ 1.333,15
R\$ 8.008,06	R\$ 10.538,07	60%	R\$ 205,27	R\$ 272,39	R\$ 300,43	R\$ 323,50	R\$ 345,93	R\$ 376,08	R\$ 502,91	R\$ 586,60	R\$ 697,08	R\$ 1.230,60
R\$ 10.538,08	R\$ 13.867,35	50%	R\$ 171,06	R\$ 226,99	R\$ 250,35	R\$ 269,58	R\$ 288,28	R\$ 313,40	R\$ 419,09	R\$ 488,83	R\$ 580,90	R\$ 1.025,50
R\$ 13.867,36		45%	R\$ 153,95	R\$ 204,29	R\$ 225,32	R\$ 242,62	R\$ 259,45	R\$ 282,06	R\$ 377,19	R\$ 439,95	R\$ 522,81	R\$ 922,95

(Aplicação conforme determinação da Junta Orçamentário-Financeira – JOF)

ANEXO II. Declaração

À
São Paulo Parcerias S.A.

Ref.
Solicitação de Reembolso de Plano de Saúde

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, **DECLARO** para fins de direito e sob as penas da lei, que eu, tampouco meu/s dependente/s para os fins da Política de Reembolso não recebo/emos qualquer forma de reembolso por terceiro, relativo à mensalidade de Plano de Saúde ou Seguro Saúde, de qualquer grupo ou tipo.

DECLARO, ainda, para fins de direito e sob as penas da lei, que submeti declaração de IRPF relativa ao exercício anterior, ou, ainda, que submeterei declaração de IRPF atinente ao exercício em curso, à Receita Federal do Brasil, fazendo constar o valor que me corresponde no contrato de Plano de Saúde Familiar, para fins de dedução, nos termos da Instrução Normativa RFB nº 1.500, de 29 de outubro de 2014.

São Paulo, ___ de _____ de 20___.

Nome:
RG:
CPF: