

<u>NORMA INTERNA SFI Nº 02/2017 de 09 de junho de 2017</u>		<u>Vigência</u> <u>02/05/2017</u>
<u>Unidade Responsável:</u>	Unidade de Controle Interno	<u>Versão</u> <u>Compilada</u>
<u>Unidade Executora:</u>	Gerência de Finanças Responsável pelo Cadastro de segurados e dependentes do Instituto.	
<u>Assunto</u>	Inclusão de dependentes	
<u>Setores envolvidos:</u>	<i>Recepção Responsável pelo cadastro Analistas de Contas Médicas Todos os segurados que possuem o interesse de inclusão/manutenção de dependentes</i>	

1. OBJETIVOS:

- 1.1. Adequar e disciplinar a aplicação da legislação vigente, qual seja a alteração da lei 4.616/2005 feita em 23/09/2010, no art. 5º, III e IV, que trata da inclusão de genitores e filhos maiores ;
- 1.2. Padronizar, de forma sistêmica, as rotinas de inclusão de dependentes dos segurados qualificados nesta norma;

2. DOS PROCEDIMENTOS

2.1. Do Atendimento:

Artigo 1º- Todos os servidores das unidades executivas deverão cumprir as determinações e atender aos dispositivos constantes na respectiva Norma Interna, afeta a sua área de atuação, bem como os titulares para garantir atendimento médico aos seus segurados qualificados nesta normativa.

2.2. Inclusão de Companheiro(a)

Artigo 2º- A inclusão de companheiro(a) na qualidade de dependente junto ao Serv Saúde se dará com a apresentação dos seguintes documentos:

~~I. Declaração padrão do Instituto, assinada pelo servidor(a), pelo(a) companheiro(a), e por 03 (três) testemunhas, todas devidamente reconhecido firma, aos quais reconhecerão a união estável entre ambos (conviventes), configurada na convivência pública, notória, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família. (Revogado pela Norma Interna SFI 002/2017 - Versão IV, publicada em 19/06/2019~~

~~§1º É dever do titular, ainda, juntar nos autos do requerimento de inclusão, dentre outros documentos, pelo menos 02 (dois) dos seguintes documentos abaixo relacionados, original ou cópia devidamente autenticada: (Revogado pela Norma Interna SFI~~

002/2017 - Versão IV, publicada em 19/06/2019

- ~~a) certidão de nascimento de filho(s) havido em comum;~~
- ~~b) certidão de casamento religioso;~~
- ~~c) declaração de imposto de renda do servidor onde declara o seu companheiro(a) como dependente;~~
- ~~d) disposições testamentárias;~~
- ~~e) contrato escrito da união estável entabulado entre servidor(a) e companheiro(a) devidamente registrado em cartório;~~
- ~~f) conta bancária conjunta;~~
- ~~g) autorização em cadastro de loja comercial;~~
- ~~h) prova de encargos domésticos evidentes de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;~~
- ~~i) procuração ou fiança reciprocamente outorgada;~~
- ~~j) anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;~~
- ~~k) apólice de seguro de qual conste o(a) servidor(a) como instituidor(a) do seguro e o(a) companheiro(a) como beneficiário(a) ou vice-versa; (Revogado pela Norma Interna SFI 002/2017 - Versão IV, publicada em 19/06/2019)~~

~~§2º A apresentação de Escritura Pública de União Estável exclui a obrigatoriedade de apresentação da Declaração exigida no inciso I, deste artigo, e suas provas elencadas nas alíneas elencadas. (Alterado pela Norma Interna SFI 002/2017 - Versão IV, publicada em 19/06/2019)~~

~~§2º- Escritura Pública de União Estável (Alterado pela Norma Interna SFI 002/2017 - Versão IV, publicada em 19/06/2019)~~

~~§3º É obrigatório aos separados ou divorciados apresentar também a Certidão de Casamento com a averbação de separação ou de para inclusão de convivente.~~

Artigo 3º- Caso o(a) servidor(a) por motivo justificado não consiga providenciar os documentos constante no artigo anterior, deverá apresentar outros os quais passarão pela análise do departamento jurídico deste Instituto.

Artigo 4º- Na ocorrência de fraude nas informações e documentação juntada pelo(a) servidor(a), o(a) mesmo(a), além do ressarcimento a este Instituto de todos os gastos despendidos, poderá responder administrativa, civil e criminalmente.

Artigo 5º- Fica expressamente vedado, para efeito desta Norma, os casos em que se configura concubinato espúrio

2.3. Inclusão de dependente recém-nascido

Artigo 6º- O recém-nascido filho de segurado titular, cujo parto foi coberto ou não pelo Serv Saúde, terá direito à assistência médica e hospitalar durante os primeiros dias de vida, até o registro civil, período este que não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias do nascimento;

Paragrafo Único - O recém-nascido inscrito nos 30 (trinta) primeiros dias de vida fica dispensado do cumprimento dos períodos de

carência, desde que o genitor (segurado titular) já tenha cumprido o período de carência de 18 (doze) meses;

Artigo 7º- No caso de inclusão de recém-nascido com mais de 30 (trinta) dias de vida ou que não atenda as condições estabelecidas no artigo anterior, serão observados os períodos de carência, estabelecidos na legislação assistencial, art. 13 da Lei 4.616/2005;

2.4. **Da Inclusão de Enteado (s):**

Artigo 8º- Para a inclusão de enteado(s) conforme estabelecido na Lei n.º 4.616/05 em seus Incisos I e II, Parágrafo 1º, do artigo 5º, o menor não pode ser emancipado, ser menor de 18 (dezoito) anos, solteiro, não receber pensão ou outros rendimentos e, comprovar a dependência econômica em relação ao servidor(a);

I. Devendo ainda, juntar nos autos do requerimento de inclusão, os seguintes documentos abaixo relacionados:

Artigo 9º- Certidão de nascimento do(s) menor(es) enteado(s);

- a) Declaração de imposto de renda do servidor constando o menor como dependente, caso seja isento, apresentar declarações de pessoas com firmas reconhecidas comprovando tal dependência;
- b) Boletim, histórico ou declaração escolar com apontamento do servidor(a) como responsável pelo menor enteado;
- c) Certidão de Casamento ou declaração do(a) companheiro(a) de que convivem sob a égide da união estável e de que o menor convive sob o mesmo teto e que não percebe qualquer tipo de rendimento ou pensão alimentícia.

Artigo 10º- Ao Instituto cabe o direito/dever, se julgar necessário, a realização de avaliação dos meios probantes supra citados, inclusive com visita *in loco* por Assistente Social ao domicílio do(a) servidor(a).

Artigo 11º- Na ocorrência de fraude nas informações e documentação juntada pelo(a) servidor(a), o(a) mesmo(a), além do ressarcimento a este Instituto de todos os gastos despendidos, poderá responder administrativa, civil e criminalmente.

2.5. ***Inclusão de Segurado Facultativo Filho Maior e Genitor***

Artigo 12º- A inclusão de dependente segurado facultativo na qualidade de filho maior ou genitor necessita de preenchimento do formulário próprio (anexo) e apresentação dos seguintes documentos:

- I. Filho maior de 18 a 24 anos (segurado facultativo);
 - a) Certidão de nascimento;
 - b) RG;
 - c) CPF;
 - d) Atestado escolar;
 - e) Declaração reconhecida em cartório que é economicamente dependente dos pais.
- II. Genitor (segurado facultativo);

- a) RG;
- b) CPF;
- c) Declaração reconhecida em cartório que é economicamente dependente do titular.

Artigo 13º- O valor da alíquota de contribuição para inclusão de segurados facultativos obedecerá ao seguintes critérios:

- I. 1,0% para qualquer segurado facultativo em que a data do cadastro do titular seja anterior a 23/09/2010 e ininterrupto, sem limitação de uso;
- II. 1,0% para cada novo segurado facultativo, em que a data do cadastro do titular esteja entre 23/09/2010 e 02/05/2017 e ininterrupto, sem limitação de uso;
- III. 1,5% para cada novo segurado facultativo, em que a data do cadastro do titular seja posterior a 03/05/2017 e ininterrupto, com a limitação de uso nos termos do Art. 9º, I e II.

**2.6. ~~Inclusão de Dependentes “Filhos” Maiores inválidos ou interditos, portadores de doenças crônicas e/ou degenerativas “Filhos” Maiores inválidos ou interditos~~
~~Inclusão de dependentes equiparados a filho maior, mediante decisão judicial~~
(Alterada pela Norma Interna SFI 002/2017 – Versão IV, publicada em 19/06/2019)**

Artigo 14º- Será considerado para fins da Lei n.º 4.616/2005 segurado facultativo o “filho” maior inválido ou interdito, desde que o titular apresente: *(Redação dada pela Norma Interna SFI 002 – Versão II – Publicada no Diário Oficial do Município em 21/06/2017)*

- I. Decisão judicial que se conceda tutela provisória ou temporária em favor do segurado titular do plano, com selo de autenticação do cartório competente do foro.

Artigo 14A - O titular deverá: *(Redação dada pela Norma Interna SFI 002 – Versão IV – Publicada no Diário Oficial do Município em 19/06/2019)*

- a) Requerer a inclusão do dependente reconhecido judicialmente;
- b) Preencher o requerimento de inclusão de segurado facultativo filho maior/ genitor;
- c) Apresentar além dos documentos listados na Relação de Documentos Necessários para adesão ao plano, o Termo de guarda/Tutela/Curatela, ainda que provisórios.

Artigo 14B- Os percentuais para manutenção do plano e da coparticipação dos dependentes reconhecidos judicialmente serão cobrados nos termos da Lei 4.616/2005 e suas alterações.

Artigo 14C- A invalidez e a interdição serão verificadas e acompanhadas anualmente.

Artigo 15º- Impreterivelmente, o servidor deverá

formalmente informar ao instituto, caso haja a extinção da tutela concedida.

~~**“Filhos” Maiores Portadores de doenças crônicas / ou degenerativas** (Redação dada pela Norma Interna SFI 002 – Versão II – Publicada no Diário Oficial do Município em 21/06/2017)~~

~~**Artigo 16º**— Será considerado para fins da Lei n.º 4.616/2005 segurado facultativo “filho” maior portador de doenças crônicas e, ou degenerativas, que apresentar os seguintes requisitos: (Redação dada pela Norma Interna SFI 002 – Versão II – Publicada no Diário Oficial do Município em 21/06/2017)~~

~~I. — Ser solteiro(a), não emancipado (a)~~

~~II. — Portador de uma das seguintes doenças: AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); Alienação mental; Cardiopatia grave; Cegueira; Contaminação por radiação; Doença de Paget em estados avançados (Osteíte deformante); Doença de Parkinson, Esclerose múltipla; Espondiloartrose anquilosante; Fibrose cística (Mucoviscidose); Hanseníase; Nefropatia grave; Hepatopatia grave (observação: nos casos de hepatopatia grave somente serão isentos os rendimentos auferidos a partir de 01/01/2005); Neoplasia maligna; Paralisia irreversível e incapacitante; Síndrome de Talidomida; e, Tuberculose ativa.~~

~~III. — Apresentar laudo pericial comprovando a moléstia, para que o Instituto, verifique o cumprimento de todas as condições para inclusão do segurado facultativo ao plano.~~

~~§1º — O laudo pericial deverá indicar:~~

~~a) A data em que a enfermidade foi contraída.~~

~~b) Não sendo possível, será considerada a data da emissão do laudo como a data em que a doença foi contraída.~~

~~c) Se a doença é passível de controle e, em caso afirmativo, o prazo de validade do laudo.~~

~~(Revogado pela Norma Interna SFI 002/2017 – Versão IV, publicada em 19/06/2019)~~

~~**Artigo 17º**— Revogam as disposições em contrário, em especial Instrução Normativa n.º 06, de 03 de setembro de 2007; Instrução Normativa n.º 11, de 19 de maio de 2008; Instrução Normativa n.º 12, de 1º de abril de /2009; e, Instrução Normativa n.º 13, de 29 de junho de 2009.~~

~~**Artigo 18º**— Esta Norma Interna entrará em vigor na data de sua publicação, com exceção dos artigos 2º e 3º que retroagirão seus efeitos a 2 de maio de 2017.~~

~~**Artigo 19º**— Compõem esta norma interna:~~

~~Anexo I – Ficha Cadastral~~

Anexo II – Declaração – Inclusão de Enteadado

Anexo III – Requerimento para inclusão na qualidade de
segurado facultativo junto ao Serv Saúde;

Anexo IV – Declaração – Inclusão Filho Maior

Anexo V – Inclusão Genitor

Anexo VI - fluxograma do requerimento de inclusão de
dependentes

Rondonópolis (MT), 09 de junho de 2017.

JACILENE SANTOS SILVA
Diretora Executiva

ELISÂNGELA NUNES
Presidente Conselho Deliberativo

OLÍVIA ZUCATO J. A. ATHAIDE
Unidade de Controle Interno

MARCOS PAULO MODESTO
Assessor Jurídico OAB/MT 15.220

Registrada neste Instituto e publicada no Diário Oficial do Município,
na data supra, afixada no lugar público de costume.

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Inclusão de Enteadado

Eu, _____,
nacionalidade _____, estado civil _____,
profissão _____, lotado (a) na Secretaria Municipal de
_____, Matrícula _____, portador(a) do RG n.º
_____ e inscrito(a) no CPF n.º _____, residente e
domiciliado na Rua _____, n.º
_____, bairro _____, em Rondonópolis – MT, declaro para os
devidos fins e a quem possa interessar que, meu (minha) enteadado(a), Sr(a).
_____, nacionalidade _____,
estado civil _____, portador (a) do RG n.º _____ e
inscrito no CPF.: _____, possui _____ de idade, é solteiro
(a), não é emancipado (a), bem como, depende economicamente de mim, estando de
acordo com o artigo 5º, IV, da Lei n.º 4.616/2005.

Estou ciente que, qualquer omissão e/ou alteração dos fatos mencionados
acima, poderei sofrer sanções tanto na área cível quanto na criminal.

Por ser verdade, firmo a presente.

Rondonópolis – MT, _____ de _____ de _____.

Nome:

CPF.:

ANEXO III

**REQUERIMENTO PARA INCLUSÃO NA QUALIDADE DE SEGURADO FACULTATIVO
JUNTO AO SERV SAUDE
(Filho Maior/Filho Maior Inválido/Genitor)**

Eu, _____ Matrícula: _____,
brasileiro(a), estado civil _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG de nº
_____ e do CPF de nº _____, servidor Público
Municipal, lotado(a) na Secretaria _____, Local de Trabalho:
_____ residente e domiciliado(a) sito à
_____ nº _____, bairro _____, nesta
cidade e Comarca de Rondonópolis-MT, telefone _____, venho pelo
presente, requerer a inclusão do meu dependente:
_____, portador do RG nº _____ -
_____ e do CPF de nº _____, residente e domiciliado(a) sito à
_____ nº _____, bairro
_____, nesta cidade e Comarca de Rondonópolis-MT.

- Filho Maior de acordo com o Inciso IV, do Artigo 5º da Lei 4.616/2005.**
 Genitor, de acordo com o Inciso III, do Artigo 5º da Lei 4.616/2005.

Junto ao SERV SAUDE, na qualidade de Segurado Facultativo, podendo usufruir (em)
dos BENEFÍCIOS médicos hospitalares oferecidos.

Em tempo, declaro ser sabedor que os procedimentos Médicos/Hospitalares e
outros, utilizado pelo meu dependente facultativo em questão, será cobrado em
minha folha de pagamento fator moderador de 100%, ou seja, tabela cheia, além do
desconto mensal discriminado abaixo, sobre minha remuneração. Declaro ainda ser
conhecedor de todas as faculdades e prerrogativas, contidas no bojo da Lei 4.616/05
e suas alterações, instituidora do **SERV SAUDE - Instituto de Assistência à Saúde
dos Servidores Públicos Municipais de Rondonópolis-MT.**

- 1,5% (um e meio por cento) para segurados facultativos (genitor ou filho
maior) cadastrados após a Lei 9.048/16.**

Rondonópolis-MT ____ de _____ de _____

Segurado Titular

ANEXO IV

DECLARAÇÃO
Inclusão Filho Maior

Eu, _____,
nacionalidade _____, estado civil _____,
profissão _____, lotado (a) na Secretaria Municipal de
_____, Matrícula _____, portador(a) do Rg n.º
_____ e inscrito(a) no CPF n.º _____, residente e
domiciliado na Rua _____, n.º
_____, bairro _____, em Rondonópolis – MT, declaro para os
devidos fins e a quem possa interessar que, meu (minha) filho(a), Sr(a).
_____, nacionalidade _____, estado
civil _____, portador (a) do RG n.º _____ e inscrito no
CPF.: _____, é maior, possui _____ de idade, é solteiro (a), não
é emancipado (a), bem como, depende economicamente de mim, estando de acordo com o
artigo 5º, IV, da Lei n.º 4.616/2005.

Estou ciente que, qualquer omissão e/ou alteração dos fatos mencionados acima, poderei sofrer
sanções tanto na área cível quanto na criminal.

Por ser verdade, firmo a presente.

Rondonópolis – MT, _____ de _____ de _____.

Nome:
CPF.:

(Reconhecer firma em cartório)

ANEXO V
Inclusão Genitor

DECLARAÇÃO

Eu _____, nacionalidade _____, estado civil _____, profissão _____, Lotado (a) na Secretaria Municipal de _____, Matrícula nº _____, portador (a) do RG nº _____ e inscrito (a) no CPF nº _____, residente e domiciliado na rua _____ nº _____, bairro _____, em Rondonópolis- MT, declaro para os devidos fins e a quem possa interessar que, meu (minha) genitor (a), Sr(a) _____ nacionalidade, _____ estado civil _____ RG nº _____ e inscrita no CPF nº _____, depende economicamente de mim, estando de acordo com o artigo 5º, II, da Lei nº 4.616/2005.

Estou ciente que, qualquer omissão e/ou alteração dos fatos mencionados acima, poderei sofrer sanções tanto na área cível quanto criminal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Rondonópolis – MT, _____ de _____ de _____.

Nome:
CPF.:
(Reconhecer firma em cartório)



Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores
Públicos Municipais de Rondonópolis-MT

