



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
do ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 112/2022

Regulamenta o pagamento do auxílio-saúde para membros e servidores do quadro de pessoal, ativos e inativos, da Defensoria Pública do Estado do Ceará.

A DEFENSORIA PÚBLICA GERAL DO ESTADO, no uso de suas atribuições legais, na forma do art. 134, §2º da Constituição Federal c/c art. 148-A da Constituição do Estado do Ceará e as disposições contidas no art. 66-D, §2º da Lei Complementar Estadual nº 06, de 28 de abril de 1997, e,

CONSIDERANDO a garantia do direito à saúde gravado nos arts. 6º e 196, ambos da Constituição Federal.

CONSIDERANDO o disposto na Lei Complementar Estadual nº 275, que incluiu o art. 66-D na Lei Complementar Estadual nº 06, de 28 de abril de 1997, a fim de prever a assistência à saúde para membros e servidores do quadro de pessoal, ativos e inativos da Defensoria Pública do Estado do Ceará;

CONSIDERANDO a Instrução Normativa n.º 100/2021 que organizou e definiu o Programa de Assistência à Saúde dos Membros ativos da Defensoria Pública do Estado do Ceará

CONSIDERANDO a relativa simetria entre membros da magistratura e da defensoria pública, no que toca às vantagens, mais especificamente em face da resolução nº 294/2019-CNJ;

CONSIDERANDO o que prevê a lei nº 16.530, 02 de abril de 2018, que criou o Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará – ISSEC.

CONSIDERANDO a disponibilidade orçamentária, o planejamento estratégico e os princípios da legalidade, da razoabilidade e da proporcionalidade;

RESOLVE:



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Instrução Normativa regulamenta o pagamento do auxílio-saúde para membros e servidores do quadro de pessoal, ativos e inativos, da Defensoria Pública do Estado do Ceará.

Art. 2º A concessão do auxílio-saúde no âmbito da Defensoria Pública do Estado do Ceará dar-se-á mediante reembolso das despesas comprovadamente realizadas com a contratação particular de planos de assistência médica, hospitalar, psicológica e/ou odontológica, de livre escolha do membro ou servidor.

Parágrafo único. Os planos a que se referem o caput deverão possuir autorização para funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou comprovar a regularidade em processo instaurado junto à referida agência, com permissão para comercialização, exceto quando se tratar do serviço de assistência médica, hospitalar, odontológica e complementar de saúde gerido pelo Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará - ISSEC, por meio do Fundo de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado do Ceará – FASSEC, criado pela Lei Estadual nº 16.530, de 02 de abril de 2018.

Art. 3º Para os efeitos deste ato normativo, consideram-se:

I – beneficiários titulares: membros e servidores do quadro de pessoal, ativos e inativos, após a concessão e implantação do auxílio-saúde.

II – dependentes: aqueles assim considerados pela legislação do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF);

Art. 4º Os membros e servidores que não figurarem como titulares do plano ou seguro de assistência à saúde poderão requerer o benefício, desde que apresentem declaração da entidade assistencial de saúde, para comprovação do valor pago como dependente.



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



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

Art. 6º O auxílio-saúde será pago mensalmente, em cota única, por ocasião do pagamento do subsídio, vencimento ou provento, mediante reembolso parcial ou total das despesas efetivamente realizadas em favor do beneficiário titular, inclusive com seus dependentes, observados os limites e faixas etárias previstos nos anexos deste ato.

§1º Somente fará jus ao ressarcimento de valores pertinentes a dependentes, o beneficiário titular que não utilizar, para si, a totalidade do valor a que tem direito, conforme limites estabelecidos nos anexos I e II desta instrução, de maneira que, em tal hipótese, o reembolso se dará no valor da diferença apurada, sem jamais ultrapassar o teto fixado.

§ 2º O valor do reembolso será proporcional aos dias trabalhados, quando a solicitação de concessão ocorrer no mesmo mês de assunção, assim como nas hipóteses de exoneração e demissão.

§ 3º O reembolso devido ao beneficiário titular terá como base os valores indicados em seu requerimento inicial, incumbindo ao interessado a comunicação imediata das alterações que impliquem em mudança do valor a ser ressarcido.

Art. 7º Nos casos de planos de assistência médica, hospitalar, psicológica e/ou odontológica em regime de coparticipação, somente serão considerados, para fins de ressarcimento, os valores fixos mensais efetivamente pagos pelo beneficiário.

§ 1º Nos casos referidos no caput, quando o valor da parcela mensal não exceder o máximo fixado para a respectiva faixa etária, o beneficiário poderá requerer o ressarcimento da diferença entre o que efetivamente pagou naquele mês e o limite do que poderia nele receber.

§ 2º Ficam excluídos do reembolso os valores decorrentes da mora no pagamento, assim como das taxas de adesão, benefícios extras, serviços opcionais ou a qualquer outro título.



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



§ 3º As despesas de coparticipação do beneficiário titular e de seus dependentes econômicos, cadastrados como tais para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte, poderão ser ressarcidas, em caráter complementar, desde que o valor total recebido a título de auxílio-saúde no ano anterior seja inferior à soma dos limites mensais a que fez jus o beneficiário naquele mesmo ano, nos termos do anexo I e II deste Ato.

§ 4º O ressarcimento das despesas de coparticipação deverá ser requerido anualmente no mês de abril, por meio de formulário próprio, instruído com:

I - demonstrativo de pagamentos emitido pela operadora, administradora ou pessoa jurídica contratante do plano para fins de declaração do imposto de renda perante a Receita Federal do Brasil, contendo a discriminação das despesas de coparticipação de plano de assistência à saúde médica ou odontológica ou de seguro saúde do ano anterior relativas ao beneficiário e a seus dependentes, individualizadas por CPF; ou

II - declaração da operadora, administradora ou pessoa jurídica contratante do plano contendo a discriminação das despesas de coparticipação de plano de assistência à saúde médica ou odontológica ou de seguro saúde do ano anterior relativas ao beneficiário e a seus dependentes, individualizadas por CPF.

§ 5º As despesas ressarcidas a título de coparticipação não serão acrescidas de juros ou correção monetária.

CAPÍTULO II

DO REQUERIMENTO E DA CONCESSÃO

Art. 8º Excepcionalmente, os requerimentos apresentados até o dia 17 de janeiro de 2022, serão efetuados exclusivamente através de e-mail dirigido a auxilio.saude@defensoria.ce.def.br, que deverão necessariamente ser instruídos com os documentos elencados no art. 9º deste ato



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



§ 1º O formulário a que se refere o caput deverá ser instruído com o modelo de requerimento constante no anexo III e os documentos mencionados no art. 9º, §1º.

§ 2º **Para a realização do primeiro pagamento na folha do mês de janeiro de 2022**, o formulário a que se refere o § 1º deverá ser devidamente **preenchido e remetido impreterivelmente até o 17 de janeiro de 2022**, através do e-mail auxilio.saude@defensoria.ce.def.br.

Art. 9º A concessão do auxílio-saúde depende de requerimento expresso do membro ou servidor interessado, que será encaminhado à Secretaria de Recursos Humanos, conforme modelo constante no anexo III desta instrução normativa, no qual deverão ser incluídas as seguintes informações:

I – nome completo e CPF do beneficiário titular;

II – cargo ocupado;

III – nome, CPF e data de nascimento dos dependentes, se houver;

IV – valor individualizado da parcela mensal dispendida pelo beneficiário titular e, se for o caso, por cada um de seus dependentes com planos de assistência médica, hospitalar, psicológica e/ou odontológica;

§ 1º O pedido a que se refere o caput deverá ser obrigatoriamente instruído com os seguintes documentos:

I – boleto quitado, recibo, nota fiscal ou declaração emitida pela entidade operadora do plano ou seguro de assistência à saúde, ou, nos casos regidos pelo Convênio 18/2018, declaração emitida pela Associação dos Defensores e Defensoras Públicas do Estado do Ceará -- ADPEC, em nome do beneficiário, atestando sua vinculação na condição de titular ou dependente.



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



II – declaração de que não percebe auxílio da mesma natureza ou outra forma de benefício financeiro para saúde, custeado integralmente pelos cofres públicos, bem como de não está cadastrado em outros programas de ressarcimento de despesas com o referido plano ou seguro de saúde, conforme anexo.

III – quando houver dependentes, declaração subscrita pelo beneficiário titular que ateste a relação de dependência nos termos da legislação do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF).

§ 2º Nos comprovantes a que se refere o inciso I do § 1º deste artigo, deverão constar expressamente os valores pagos em nome do beneficiário titular e, quando for o caso, os valores pagos com cada um dos seus dependentes.

§ 3º Quanto aos dependentes a que se refere o inciso III do § 1º deste artigo, a sua respectiva relação de dependência poderá ser devidamente reconhecida apenas para um membro ou servidor beneficiário do Auxílio-Saúde.

Art. 10. Os pedidos de concessão do auxílio-saúde apresentados, inclusive para inclusão ou exclusão de novos dependentes, deverão ser apresentados exclusivamente na forma do art. 9º.

Art. 11. Os requerimentos protocolados após o dia 10 (dez) de cada mês somente serão incluídos na folha de pagamento do mês subsequente, caso em que os efeitos financeiros incidirão a partir da data do protocolo do pedido.

§ 1º Relativamente aos requerimentos protocolados sem a documentação exigida, ou quando esta for insuficiente, os efeitos financeiros incidirão a partir da data em que o interessado instruir corretamente o pedido.

§ 2º Excepcionalmente, os requerimentos protocolados até o dia 10 de fevereiro de 2022, que porventura não tenham entrado na folha de janeiro, e seguidos da documentação exigida, **terão os seus efeitos financeiros retroagidos à 1º de janeiro de 2022.**

CAPÍTULO III



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



DOS DEVERES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Art. 12. O beneficiário titular deverá comunicar à Gerência de Recursos Humanos, na forma do art. 9º e até o dia 10 (dez) do mês subsequente à data da ocorrência, as alterações que impliquem em mudanças no valor do reembolso, incluindo o seguinte:

I – cancelamento do benefício;

II – mudança do plano de saúde ou alterações de valores do plano de saúde;

III – inclusão ou exclusão de dependentes;

IV – mudança de faixa etária.

§ 1º As comunicações mencionadas no caput deverão ser devidamente instruídas com os documentos comprobatórios das ocorrências.

§ 2º O requerimento de exclusão de dependentes e de cancelamento do benefício, quando apresentado intempestivamente, ensejará a devolução dos valores indevidamente reembolsados.

§ 3º É de responsabilidade exclusiva do beneficiário titular a comunicação de toda e qualquer alteração ocorrida.

§ 4º O requerimento de alteração nos casos de reajuste dos valores do plano de saúde, de alteração de cobertura do plano, de mudança de faixa etária ou de mudança de plano de saúde deverá ser instruído com boleto, nota fiscal, recibo ou declaração emitida por entidade gestora do plano ou seguro de assistência à saúde, contendo novo valor da mensalidade, e ainda, no caso de mudança de plano, a declaração deverá atestar sua vinculação, referente à mensalidade do mês a partir do qual será solicitado o reembolso.



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



Art. 13. O beneficiário titular, até o dia 30 de abril de cada ano, deverá comprovar as despesas relativas à contratação particular de plano ou seguro de assistência à saúde realizadas no ano anterior, por intermédio de requerimento encaminhado à Gerência de Recursos Humanos.

§ 1º A prestação de contas a que se refere o artigo anterior deverá ser instruída com boletos quitados, notas fiscais, recibos ou declaração emitida por entidade gestora do plano ou seguro de assistência à saúde, na qual deverão constar os valores do período reembolsado no ano anterior, discriminados por beneficiário titular e dependentes.

§ 2º Na hipótese de existirem dependentes estudantes, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade completos, a prestação de contas deverá ser instruída com declaração comprobatória da matrícula em curso de ensino superior que seja reconhecido pelo Ministério da Educação.

§ 3º O cancelamento do benefício, seja a pedido do beneficiário titular ou por sua exoneração ou demissão, antecipará a comprovação das despesas, que deverá ser apresentada em até 10 (dez) dias após a ocorrência.

§ 4º A inobservância do disposto no parágrafo anterior poderá ensejar a devolução dos valores recebidos.

§ 5º A Gerência de Recursos Humanos poderá solicitar a apresentação de documentos complementares para esclarecimento de eventuais dúvidas ou atualização de registros funcionais.

CAPÍTULO IV

DO CANCELAMENTO

Art. 14. O auxílio-saúde será cancelado automaticamente nas seguintes hipóteses:



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



I – não apresentação da prestação de contas e da documentação comprobatória no prazo previsto no art. 13;

II – licença ou afastamento sem remuneração;

III – ocorrência de fraude, que ainda sujeitará o infrator às responsabilidades administrativas, civis e penais, conforme o caso, sem prejuízo da devida restituição;

IV – início da percepção, pelo beneficiário titular, de qualquer tipo de auxílio correlato custeado integralmente pelos cofres públicos.

§ 1º No caso de cancelamento do auxílio-saúde em razão da ausência de prestação de contas ou sendo esta incompleta, o beneficiário deverá restituir total ou parcialmente, conforme o caso, os valores reembolsados e não comprovados.

§ 2º Em caso de falecimento, exoneração ou afastamento legal de que resulte o cancelamento do auxílio-saúde, os valores percebidos a mais pelo beneficiário poderão ser descontados em parcela única das verbas rescisórias ou do subsídio, vencimento ou proventos.

§ 3º Não sendo possível realizar o desconto a que se refere o parágrafo anterior, os valores recebidos a maior deverão ser ressarcidos à Defensoria Pública mediante depósito em conta, sob pena de inscrição do débito em dívida ativa.

Art. 15. Verificado a qualquer tempo o pagamento indevido do auxílio-saúde, o beneficiário deverá restituir os valores recebidos.

Parágrafo único. Será respeitada, para efeito de cálculo, a proporcionalidade dos dias do mês em que o beneficiário tiver recebido o auxílio-saúde.

Art. 16. Na hipótese de cancelamento do auxílio-saúde, o beneficiário não fará jus ao pagamento retroativo dos valores despendidos, sendo que nova concessão fica condicionada à



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
DO ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



formulação de requerimento, conforme os procedimentos previstos neste Ato Normativo, em que conste a regularização da pendência que ensejou o cancelamento anterior.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. A qualquer tempo, a Defensoria Pública poderá solicitar ao beneficiário titular a comprovação de quaisquer das condições exigidas para concessão ou manutenção do auxílio-saúde, sob pena de cancelamento do benefício caso a diligência não seja cumprida no prazo de 10 (dez) dias, contados da data da cientificação do interessado.

Art. 18. É de responsabilidade do beneficiário titular o pagamento das mensalidades junto à empresa de plano de saúde ou seguro-saúde contratada.

Art. 19. A prestação de contas a que se refere o art. 13 deste ato será realizada até o dia 30 de abril de 2023 em relação às despesas realizadas desde a data da concessão do benefício.

Art. 20. Para fins de ressarcimento, serão consideradas as despesas realizadas a partir do dia 1º de janeiro de 2022 e correrão com dotações orçamentárias próprias.

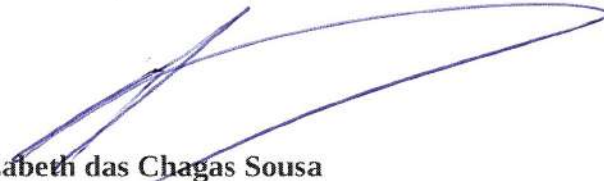
Art. 21. Os casos omissos serão resolvidos pela Defensoria Pública Geral do Estado do Ceará.

Art. 22. Este ato normativo entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 01 de janeiro de 2022, revogadas as disposições em contrário.

Registre-se. Publique-se. Cumpra-se.

Defensoria Pública Geral do Estado do Ceará,

Fortaleza/CE, 12 de janeiro de 2022


Elizabeth das Chagas Sousa

Defensora Pública Geral do Estado do Ceará



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
do ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



DEFENSORIA PÚBLICA GERAL DO ESTADO DO CEARÁ

ANEXO I

AUXÍLIO SAÚDE - MEMBROS	
Base de Cálculo: Subsídio dos Defensores Públicos de 2º Grau	
Faixa Etária	% de Auxílio
Até 30	3,00%
31-40	3,50%
41-50	4,00%
51-60	4,50%
Acima de 60	5,00%

ANEXO II

AUXÍLIO SAÚDE - SERVIDORES	
Base de Cálculo: Subsídio dos Defensores Públicos de Entrância Inicial	
Faixa Etária	% de Auxílio
Até 30	3,00%
31-40	3,50%
41-50	4,00%
51-60	4,50%
Acima de 60	5,00%



**DEFENSORIA PÚBLICA GERAL
do ESTADO DO CEARÁ**

Gabinete da Defensoria Pública-Geral



ANEXO III

REQUERIMENTO PARA AUXÍLIO-SAÚDE

À GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS

(NOME COMPLETO DO MEMBRO/SERVIDOR) _____,
cargo, matrícula nº _____, vem requerer a concessão do auxílio-saúde, na forma
disciplinada na Instrução Normativa n.º 112/2022 conforme dados a seguir especificado:

Nome do beneficiário titular Cargo	Cargo (membro ou servidor)	CPF	Data de Nascimento	Valor do Plano ou seguro saúde

*Se houver dependente:

Nome dos dependentes (se houver)	Indicar relação dependência com o beneficiário titular	CPF	Data de Nascimento	Valor do Plano ou seguro saúde

Declaro que estou ciente que a inveracidade da informação contida neste documento, por mim firmado, constitui prática de infração disciplinar, passível de punição na forma da lei, e que não percebo auxílio da mesma natureza ou outra forma de benefício financeiro para saúde, custeado integralmente pelos cofres públicos, bem como não estou cadastrado em outros programas de ressarcimento de despesas com o referido plano ou seguro de saúde.

Comprometo-me a manter as informações atualizadas sobre o grupo familiar elencado neste documento e que me responsabilizo pela veracidade das informações prestadas neste termo de inserção.

Nestes termos,
Pede deferimento

(Cidade), _____ de _____ de _____

Assinatura