

REGULAMENTO PARA CONCESSÃO DE REEMBOLSOS E BENEFÍCIOS VINCULADOS AO FATES

Vigência a partir de 01/02/2023

BENEFÍCIOS

Reembolsos

- 1) Medicamentos
- 2) Vacinas
- 3) Óculos, substituição de lentes ou lentes de contato
- 4) Próteses e órteses médicas
- 5) Outros reembolsos: aparelhos de inalação, medidor de pressão, aparelho de glicemia, aparelho CPAP (apneia), cinta e meia elástica

Auxílios

- 1) Natalidade
- 2) Funeral
- 3) Material Escolar

INFORMAÇÕES GERAIS

Beneficiários

Benefício	Beneficiário
Auxílio natalidade e reembolso de próteses e órteses médicas	Somente o cooperado(a)
Auxílio Funeral	Cooperado (a), esposo (a), companheiro (a) (desde que atendidos os requisitos exigidos para a constituição da união estável, conforme decisão do STF), pai e mãe, filhos (as) até 21 anos ou, até 24 se universitários e filhos inválidos ou incapazes (reconhecidos pelo INSS). Não considerados os parentes afins (avós, sogros, cunhados e outros).
Material escolar Nível superior	Somente o cooperado(a)
Nível escolar infantil	Somente dependentes
Fundamental, médio e técnico (desde que vinculado ao ensino médio)	Cooperado(a) e dependentes
Demais benefícios	Cooperado(a), esposo(a), companheiro(a) – desde que atendidos os requisitos exigidos para a constituição da união estável, conforme decisão do STF –, filhos(as) até 21 anos ou, até 24 se universitários(as) e filhos(as) inválidos(as) ou incapazes (reconhecidos pelo INSS).

Carência

Benefício	Carência
Auxílio Funeral	Não há período de carência
Óculos, substituição de lentes ou lentes de contato	Primeira solicitação: 90 dias após a admissão na Cooperativa Solicitações subsequentes, por beneficiário: 12 meses após o crédito do valor da última solicitação.
Demais Benefícios	90 dias após a admissão na Cooperativa

Informações sobre reembolso e pagamento de benefício

- a) Valor mínimo para reembolso: R\$ 10,00 (dez reais).
- b) O reembolso e o pagamento de benefício serão concedidos apenas ao(a) cooperado(a) que estiver:
- b.1) em situação ativa.
 - b.2) adimplente com as obrigações assumidas perante a Cooperativa quando ocorrer o efetivo pagamento ou crédito do valor solicitado.
- c) Para cooperado(a) com jornada de trabalho reduzida (inferior a 40 horas semanais), o cálculo de reembolso obedecerá a tabela abaixo:

Salário hora (*)	% de Reembolso	Limite
R\$ 0,01 à 42,42	até 50% do valor total gasto	1 (um) Salário-Mínimo Federal
R\$ 42,43 a 72,72	até 25% do valor total gasto	
A partir de R\$ 72,73	até 10% do valor total gasto	

(*) Os valores serão reajustados de acordo com a variação do Salário-Mínimo Federal

Documentos necessários para todos os tipos de reembolso

- a) Receita ou relatório médico, apresentados no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias da sua emissão, independentemente de serem medicamentos de uso contínuo.
- b) Nota Fiscal, Nota Fiscal Eletrônica ou Cupom Fiscal, apresentados no prazo de até 60 (sessenta) dias da sua emissão.
- c) Para alguns tipos de reembolso serão necessários documentos complementares.

Documentos para as solicitações

Os documentos pertinentes às solicitações de cada benefício e o formulário/proposta da solicitação, devem ser, obrigatoriamente, enviados por e-mail, no formato PDF, para o endereço reembolso.cooperativa@sescsp.org.br.

REEMBOLSOS

1 – MEDICAMENTOS

CRITÉRIOS DE REEMBOLSO

a) Estão excluídos deste Regulamento: medicamentos ou tratamentos destinados a: **estética; emagrecimento ou obesidade; contracepção, indução de ovulação ou fertilização; e vitaminas**, independentemente de sua destinação ou objetivo.

b) No caso de medicamentos de alto custo (quando o valor unitário superar a 70% do valor do Salário-Mínimo Federal), a solicitação de reembolso será encaminhada para avaliação e aprovação do Conselho de Administração.

VALOR DO REEMBOLSO

Renda Salarial	Reembolso	Limite
Até 7 vezes o Salário-Mínimo Federal	até 50% do valor total gasto	1 (um) Salário-Mínimo Federal
Acima de 7 e até 12 vezes o Salário-Mínimo Federal	até 25% do valor total gasto	
Acima de 12 Salários-Mínimos Federais	até 10% do valor total gasto	

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES PARA ESTE REEMBOLSO

a) Quando se tratar de fórmula, será necessária a descrição detalhada dos medicamentos que a compõem, na Nota Fiscal, Nota Fiscal Eletrônica ou Cupom Fiscal.

2 – VACINAS

CRITÉRIOS DE REEMBOLSO

a) Apenas para as vacinas não disponibilizadas pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

VALOR DO REEMBOLSO

Renda Salarial	Reembolso	Limite
Até 7 vezes o Salário-Mínimo Federal	até 50% do valor total gasto	1 (um) Salário-Mínimo Federal
Acima de 7 e até 12 vezes o Salário-Mínimo Federal	até 25% do valor total gasto	
Acima de 12 Salários-Mínimos Federais	até 10% do valor total gasto	

3 – ÓCULOS, SUBSTITUIÇÕES DE LENTES OU LENTES DE CONTATO

CRITÉRIOS DE REEMBOLSO

a) O reembolso será concedido para óculos completo ou substituição de lentes ou lentes de contato. Nunca, simultaneamente, para as três modalidades.

VALOR DO REEMBOLSO

Renda Salarial	Reembolso
Até 7 vezes o Salário-Mínimo Federal	até 25% do Salário-Mínimo Federal
Acima de 7 e até 12 vezes o Salário-Mínimo Federal	até 20% do Salário-Mínimo Federal
Acima de 12 Salários-Mínimos Federais	até 10% do Salário-Mínimo Federal

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES PARA ESTE REEMBOLSO

a) Em caso de aquisição para mais de um dependente ou cooperado(a), será necessário que as Notas Fiscais ou Cupons, sejam separados por dependente ou cooperado(a).

4 – PRÓTESES E ÓRTESES MÉDICAS

DEFINIÇÕES

PRÓTESES	dispositivo que substitui um membro ou parte do corpo (perna ou braço mecânicos, aparelhos auditivos)
ÓRTESES	suporte para o membro, auxilia a manter ou recuperar a mobilidade (bengalas, muletas, aparelhos auditivos, documentação de aparelho ortodôntico, botas ou palmilhas)

CRITÉRIOS DE REEMBOLSO

a) Não haver subsídio das Entidades empregadoras em que o cooperado(a) atua, na aquisição desses aparelhos.

VALOR DO REEMBOLSO

a) O valor do reembolso será determinado pelo Conselho de Administração, observando-se as condições econômico-financeiras da Cooperativa.

5 – OUTROS REEMBOLSOS – Aparelhos de Inalação, Medidor de Pressão, Aparelho de Glicemia, Aparelho CPAP (Apneia), Cinta e Meia Elástica

CRITÉRIOS DE REEMBOLSO

a) Somente poderá ser solicitado reembolso, para cada um dos itens desta modalidade, uma vez a cada 12 (doze) meses.

VALOR DO REEMBOLSO

Renda Salarial	Reembolso	Limite
Até 7 vezes o Salário-Mínimo Federal	até 50% do valor total gasto	1 (um) Salário-Mínimo Federal
Acima de 7 e até 12 vezes o Salário-Mínimo Federal	até 25% do valor total gasto	
Acima de 12 Salários-Mínimos Federais	até 10% do valor total gasto	

AUXÍLIOS

1 – AUXÍLIO NATALIDADE

CRITÉRIO PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

- a) Nascimento de filhos ou adoção de crianças com até 12 (doze) meses de idade.
- b) A solicitação deste benefício deverá ser realizada no prazo de até 60 (sessenta) dias do nascimento ou da adoção.

VALOR DO BENEFÍCIO

Renda Salarial	Benefício
Até 7 vezes o Salário-Mínimo Federal	até 30% do Salário-Mínimo Federal
Acima de 7 e até 12 vezes o Salário-Mínimo Federal	até 20% do Salário-Mínimo Federal
Acima de 12 Salários-Mínimos Federais	até 15% do Salário-Mínimo Federal

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- a) Certidão de Nascimento ou Documento de Adoção.

Nota: Antes de efetuar a solicitação deste benefício, enviar a certidão de nascimento ou o documento de adoção para cadastro do dependente, para o endereço eletrônico cadastro.cooperativa@sescsp.org.br.

2 – AUXÍLIO FUNERAL

CRITÉRIO PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

- a) A solicitação deste benefício, deverá ser realizada no prazo de até 60 (sessenta) dias do falecimento.

VALOR DO BENEFÍCIO

- a) O valor do benefício corresponde a 60% do Salário-Mínimo Federal.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- a) Certidão de Óbito.
- b) Comprovante de Parentesco (quando este vínculo não estiver mencionado na certidão de óbito).

Nota: Caso o dependente não esteja cadastrado no sistema da Cooperativa, encaminhar a certidão de óbito para o endereço eletrônico cadastro.cooperativa@sescsp.org.br.

3 – MATERIAL ESCOLAR

- a) Compreende a distribuição de crédito em valor a ser definido, anualmente, pelo Conselho de Administração, para utilização na aquisição de Material Escolar, para os níveis escolares Infantil, Fundamental, Médio, Técnico (desde que vinculado ao ensino médio) e superior.
- b) Estão excluídos deste Regulamento: Cursos Livres, Avulsos, Técnicos desvinculados do ensino Médio, Pós-Graduação, Mestrado e Doutorado.

CRITÉRIOS PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

Beneficiário	Critério
Cooperado(a) e dependentes	Estar matriculado nos níveis escolares: Infantil, Fundamental, Médio e, Técnico (desde que vinculado ao ensino médio) Para solicitações correspondentes ao nível escolar Infantil, a criança deverá ter 2 (dois) anos de idade completos, na data da solicitação
Cooperado(a)	Estar matriculado no nível escolar Superior

VALOR DO BENEFÍCIO

- a) A Cooperativa fixará, anualmente, orientações, prazos e valores para a solicitação do Benefício.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Beneficiário	Documento
Cooperado(a)	Comprovante de matrícula escolar
Dependentes	Cadastro no sistema de Assistência Médica das Entidades empregadoras e comprovante de matrícula escolar

*Situações não previstas neste Regulamento serão avaliadas pelo Conselho de Administração, quando ocorrerem.



Datas e horários baseados no fuso horário (GMT -3:00) em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinatura gerado em 02/12/2022 às 12:21:58 (GMT -3:00)

REGULAMENTO DE BENEFÍCIOS 2022

ID única do documento: #b2f74b36-ed68-4405-9dfe-24dc579c2375

Hash do documento original (SHA256): b3a515c23a4924fe8e3f49c1e67b6cde9e5910305f7cf06393b353f38a22892e

Este Log é exclusivo ao documento número #b2f74b36-ed68-4405-9dfe-24dc579c2375 e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso.

Assinaturas (1)

Jackson Andrade de Matos (Participante)
Assinou em 02/12/2022 às 10:31:25 (GMT -3:00)

Histórico completo

Data e hora

02/12/2022 às 12:21:58
(GMT -3:00)

02/12/2022 às 13:31:25
(GMT -3:00)

Evento

Fabiana Francischini solicitou as assinaturas.

Jackson Andrade de Matos (Autenticação: e-mail jackson.matos@sescsp.org.br; IP: 187.50.135.90) assinou. Autenticidade deste documento poderá ser verificada em <https://verificador.contraktor.com.br>. Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2/01, Art. 10o, §2.