

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. OUTROS REEMBOLSOS - Aparelhos de Inalação, Medidor de Pressão, Aparelho de Glicemia, Aparelho CPAP (Apneia), Cinta e Meia Elástica.	Primeira solicitação: 90 dias após a admissão na Cooperativa Solicitações subsequentes, por beneficiário: 12 meses após a data da última solicitação.
Demais Benefícios	90 dias após a admissão na Cooperativa

Informações sobre reembolso e pagamento de benefício

a) O reembolso e o pagamento de benefício serão concedidos apenas ao(a) cooperado(a) que estiver:

a.1) em situação ativa.

a.2) adimplente com as obrigações assumidas perante a Cooperativa quando ocorrer o efetivo pagamento ou crédito do valor solicitado.

b) 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 49,42	até 50% do valor total gasto	1 (um) Salário-Mínimo Federal
R\$ 49,43 a 84,72	até 25% do valor total gasto	
A partir de R\$ 84,73	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 90 (noventa) dias da sua emissão.

c) Para alguns tipos de reembolso serão necessários documentos complementares.

Documentos para as solicitações

Os documentos devem ser anexados no sistema, no momento da solicitação.

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 da Diretoria Executiva.

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.

b) Estão excluídos deste Regulamento: vacinas para HPV e Dengue.

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

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	

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 90 (noventa) 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 90 (noventa) 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, pela Diretoria Executiva, 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 pela Diretoria Executiva, quando ocorrerem.

jackson.matos@sescsp.org.br

Assinado

 D4Sign

Jackson Andrade de Matos
Diretor Presidente

Regulamento de Benefícios alteração pdf

Código do documento 8a61bb61-74f3-4149-a288-4a4b1b89afec



Assinaturas



Jackson Andrade de Matos
jackson.matos@sescsp.org.br
Assinou



Eventos do documento

16 May 2024, 14:47:07

Documento 8a61bb61-74f3-4149-a288-4a4b1b89afec **criado** por FABIANA FRANCISCHINI (798ab0e9-d6b3-468a-aa32-46e5c846a83b). Email:cooperativa@sescsp.org.br. - DATE_ATOM: 2024-05-16T14:47:07-03:00

16 May 2024, 14:48:00

Assinaturas **iniciadas** por FABIANA FRANCISCHINI (798ab0e9-d6b3-468a-aa32-46e5c846a83b). Email:cooperativa@sescsp.org.br. - DATE_ATOM: 2024-05-16T14:48:00-03:00

21 May 2024, 07:31:45

JACKSON ANDRADE DE MATOS **Assinou** - Email: jackson.matos@sescsp.org.br - IP: 189.96.235.77 (ip-189-96-235-77.user.vivozap.com.br porta: 26152) - Documento de identificação informado: 151.438.948-75 - DATE_ATOM: 2024-05-21T07:31:45-03:00

Hash do documento original

(SHA256):b333b75ca230329a1c3a7aff570fc1e1c717ad6a00dbb5032fb4889668f96ae3

(SHA512):fcb4291e893bdd686e5cc0e4268f097f8309a4268b00aebce3d9eb80f20e6aef9200a44681e41c6ab996791184844c79f16f55c84d35851e69f2482d434c27a4

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign