

## REGULAMENTO PARA CONCESSÃO DE REEMBOLSOS E BENEFÍCIOS VINCULADOS AO FATES

Vigência a partir de 01/01/2026

### 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 53,13	até 50% do valor total gasto	1 (um) Salário-Mínimo Federal
R\$ 53,14 a 91,08	até 25% do valor total gasto	
A partir de R\$ 91,09	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 com data, carimbo e assinatura, apresentados no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias da sua emissão, independentemente de serem medicamentos de uso contínuo.

Receitas de Fórmulas ou Medicamentos Homeopáticos, deverão acompanhar relatório médico, que informe a qual doença crônica se destinam.

b) Nota Fiscal Eletrônica ou Cupom Fiscal, apresentados no prazo de até 90 (noventa dias) dias da sua emissão.

c) Para alguns tipos de reembolso, poderá ser solicitado a apresentação de documentos complementares.

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

A ausência de documentos, ou de informações provocarão o cancelamento do pedido.

## REEMBOLSOS

### 1 – MEDICAMENTOS

#### CRITÉRIOS DE REEMBOLSO

- 1) Somente serão reembolsados medicamentos para doenças crônicas<sup>1</sup>, antibióticos e anti-inflamatórios. Para tanto, será disponibilizado no site da Cooperativa, a lista com os nomes dos medicamentos reembolsáveis.
- 2) Medicamentos de alto custo<sup>2</sup>, não farão parte do programa de reembolsos;
- 3) Medicamentos disponibilizados pelo programa do Governo Federal, chamado Farmácia Popular<sup>3</sup>, não farão parte do programa de reembolsos;
- 4) Fórmulas e homeopáticos, será necessário anexar além da receita médica, o relatório informando a qual doença crônica se destinam.

**Nota <sup>1</sup>** - Doenças crônicas cobertas: Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, Bronquite Crônica, Insuficiência Coronariana – Angina Enfisema Infarto do Miocárdio, Diabetes, Arteriosclerose, Esquizofrenia, Insuficiência Renal Crônica, Transtorno Afetivo Bipolar, Obesidade, Depressão, Aneurisma, Ansiedade, Embolia Pulmonar, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Insuficiência Valvar, Epilepsia, Miocardite AVC – Insuficiência Vascular Cerebral, Cardiomiopatia, Enxaqueca, Arritmias, Dislipidemias e Asma.

**Nota <sup>2</sup>** - Medicamentos de Alto Custo, são aqueles que representam mais de 70% do salário-mínimo, usado para tratar doenças raras, usado em situações que não foram resolvidas com medicamentos mais simples. Esses medicamentos podem ser solicitados à operadora do plano de saúde, segundo previsto na cobertura mínima obrigatória definida pelo Rol da Agência Nacional de Saúde (ANS) e os não previstos pela ANS, são de responsabilidade do SUS – Sistema único de Saúde.

**Nota <sup>3</sup>** - Farmácia Popular, é um programa do Governo Federal que visa complementar a disponibilização de medicamentos utilizados na atenção primária à saúde, por meio de parceria com farmácias da rede privada. Assim sendo, além das Unidades Básicas de Saúde e farmácias municipais, o cidadão pode obter medicamentos nas farmácias credenciadas junto ao Programa Farmácia Popular.

## 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	

## 2 – VACINAS

### CRITÉRIOS DE REEMBOLSO

- Apenas para as vacinas não disponibilizadas pelo SUS – Sistema Único de Saúde.
- A Nota Fiscal Eletrônica ou Cupom Fiscal, devem conter a descrição da vacina aplicada.
- 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, LENTES DE CONTATO E LENTES INTRAOCULARES

### CRITÉRIOS DE REEMBOLSO

- O reembolso será concedido para óculos completo ou substituição de lentes ou lentes de contato ou lentes intraoculares (será considerado apenas um reembolso, para o par de lentes). Nunca, simultaneamente, para as quatro 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

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

#### 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](mailto: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](mailto: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

**Nota:** Caso o dependente não esteja cadastrado no sistema da Cooperativa, encaminhar a certidão de nascimento, ou o documento de identidade/CPF para o endereço eletrônico [cadastro.cooperativa@sescsp.org.br](mailto:cadastro.cooperativa@sescsp.org.br).

\*Situações não previstas neste Regulamento serão avaliadas pela Diretoria Executiva, quando ocorrerem.

jackson.matos@sescsp.org.br


 Assinado  
 Jackson Andrade de Matos  
 Diretor Presidente



## Regulamento de Benefícios alteração 10 25 pdf

Código do documento b9849cfc-23f4-4787-9e35-bf52ad46f226



### Assinaturas



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



### Eventos do documento

#### 13 Oct 2025, 12:39:54

Documento b9849cfc-23f4-4787-9e35-bf52ad46f226 **criado** por FABIANA FRANCISCHINI (798ab0e9-d6b3-468a-aa32-46e5c846a83b). Email: cooperativa@sescsp.org.br. - DATE\_ATOM: 2025-10-13T12:39:54-03:00

#### 13 Oct 2025, 12:41:11

Assinaturas **iniciadas** por FABIANA FRANCISCHINI (798ab0e9-d6b3-468a-aa32-46e5c846a83b). Email: cooperativa@sescsp.org.br. - DATE\_ATOM: 2025-10-13T12:41:11-03:00

#### 13 Oct 2025, 14:09:53

JACKSON ANDRADE DE MATOS **Assinou** - Email: jackson.matos@sescsp.org.br - IP: 187.50.135.90 (187.50.135.90 porta: 20958) - Documento de identificação informado: 151.438.948-75 - DATE\_ATOM: 2025-10-13T14:09:53-03:00

### Hash do documento original

(SHA256):1123771c42e0d4305e6fa35f50b00ff8e82a2a5759750f66187b56a9cc80e04d

(SHA512):30eb9fc04d6088f7c11be5d19f1486f8aae7e79f524045a1ecec906c2523008f5d0742af517efe0ba9df56403efa15f6e31083ca6acc0f58d9b87ad1e062c9ce

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



**Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign**

**Integridade certificada no padrão ICP-BRASIL**

Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme **MP 2.200-2/2001** e **Lei 14.063/2020**.