

BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - PARA EMPREGADOS ADMITIDOS A PARTIR DE 01/09/2018 - ACT 2018/2020**SUMÁRIO DA NORMA**

1	OBJETIVO,4
2	DEFINIÇÕES,4
3	NORMAS,5
3.1	FORMATO DE CUSTEIO,5
3.2	BENEFICIÁRIOS,6
3.2.2	TITULAR,6
3.2.3	DEPENDENTE,7
3.2.3.2	REGRAS GERAIS PARA INSCRIÇÃO OU MANUTENÇÃO DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES,7
3.2.3.3	COMPANHEIRO, INCLUSIVE DE MESMO SEXO, OU CÔNJUGE – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES,8
3.2.3.4	FILHO, SOLTEIRO, MENOR DE 21 ANOS – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES,8
3.2.3.5	ENTEADO, SOLTEIRO, MENOR DE 21 ANOS – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES,8
3.2.3.6	FILHO E/OU ENTEADO, SOLTEIRO, COM IDADE A PARTIR DE 21 ANOS E INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES,8
3.2.3.7	FILHOS OU ENTEADOS SOLTEIROS A PARTIR DE 21 ANOS E MENORES DE 24 ANOS, CURSANDO O 3º GRAU OU EQUIVALENTE – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES,9
3.2.3.8	MENOR DE 18 ANOS, SOLTEIRO, SOB A GUARDA OU TUTELA OU CURATELA DO TITULAR, POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES,9
3.3	CANCELAMENTO,10
3.3.1	CANCELAMENTO DA ADESÃO, DO TITULAR, AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO,10
3.3.2	CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE,10
3.4	SOLICITAÇÃO CRÉDITO DE REEMBOLSO,11
3.5	USO INDEVIDO,11
3.6	RESPONSABILIDADES DO TITULAR,12
4	PROCEDIMENTOS,12
4.1	ADESÃO COMO TITULAR,12
4.1.1	EMPREGADO,12
4.1.2	CEPES – CENTRAL DE ATENDIMENTO,12
4.2	INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE,13
4.2.1	TITULAR,13
4.2.2	CEPES – CENTRAL DE ATENDIMENTO,13
4.3	CANCELAMENTO DA ADESÃO DO TITULAR AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO,14
4.3.1	TITULAR,14
4.3.2	CEPES – CENTRAL DE ATENDIMENTO,14
4.4	CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE,15
4.4.1	TITULAR,15
4.4.2	CEPES – CENTRAL DE ATENDIMENTO,15
4.5	SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO DE REEMBOLSO,15
4.5.1	TITULAR,15
4.5.2	CEPES – CENTRAL DE ATENDIMENTO,16
4.5.3	GIPES,16
4.5.4	GESAP,16
5	ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS,18
6	ANEXOS,19
6.1	ANEXO I – BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA ADESÃO DE TITULAR,20

- 6.2 ANEXO II - BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE - CÔNJUGE,21
- 6.3 ANEXO III – BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – COMPANHEIRO, INCLUSIVE DE MESMO SEXO,22
- 6.4 ANEXO IV – BENEFÍCIO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – FILHO, SOLTEIRO, MENOR DE 21 ANOS,23
- 6.5 ANEXO V – BENEFÍCIO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – ENTEADO, SOLTEIRO, MENOR DE 21 ANOS,24
- 6.6 ANEXO VI – BENEFÍCIO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – FILHO E/OU ENTEADO, SOLTEIRO, COM IDADE A PARTIR DE 21 ANOS E INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO,25
- 6.7 ANEXO VII – BENEFÍCIO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – FILHOS OU ENTEADOS SOLTEIROS A PARTIR DE VINTE E UM ANOS DE IDADE E MENORES DE VINTE E QUATRO ANOS DE IDADE, CURSANDO O 3º GRAU OU EQUIVALENTE,26
- 6.8 ANEXO VIII – BENEFÍCIO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – MENOR DE 18 ANOS SOB GUARDA OU TUTELA OU CURATELA,27
- 6.9 ANEXO IX - BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA,28
- 6.10 ANEXO X - TERMO DE ADESÃO OU DE CANCELAMENTO DA ADESÃO AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO,29
- 6.11 ANEXO XI - BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO OU CANCELAMENTO DE DEPENDENTES,30
- 6.12 ANEXO XII - BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO DE REEMBOLSO,31

PREFÁCIO

TÍTULO

BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - PARA EMPREGADOS ADMITIDOS A PARTIR DE 01/09/2018 - ACT 2018/2020

UNIDADE GESTORA

GESAP - ASSISTENCIA A SAUDE

UNIDADE(S) CORRESPONSÁVEL(IS)

Não se aplica

CLASSIFICAÇÃO

Normativo Geral

PÚBLICO ALVO

Todas as Unidades da Caixa

ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR

Não se aplica

RELAÇÃO COM OUTROS NORMATIVOS

[AE079 Apuração e Julgamento de Responsabilidade Disciplinar e Civil](#)

[CR127 IR, CSLL, COFINS e PIS/PASEP - Retenção nos Pagamentos Efetuados a Pessoa Jurídica pelo Fornecimento de Bens ou Prestação de Serviços em Geral, Inclusive Obras](#)

REGULAMENTAÇÃO UTILIZADA

Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996

Resolução CGPAR Nº 23, de 18 de janeiro de 2018

DOCUMENTAÇÃO UTILIZADA

Acordo Coletivo de Trabalho 2018/2020

Resolução do Conselho Diretor Nº8300, de 21 de agosto de 2019

ROTEIRO PADRÃO

22769

NORMATIVOS REVOGADOS

Não se aplica

ATENDIMENTO DE DÚVIDAS

GESAP - ASSISTENCIA A SAUDE

BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - PARA EMPREGADOS ADMITIDOS A PARTIR DE 01/09/2018 - ACT 2018/2020**1 OBJETIVO**

1.1 Definir as regras do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, para os empregados com início de vínculo empregatício com a CAIXA a partir de 01/09/2018, em conformidade com o ACT 2018/2020.

2 DEFINIÇÕES

- 3º Grau ou equivalente – curso de nível superior, enquadrado como licenciatura, bacharelado ou tecnólogo, conforme Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996;
- ACT – Acordo Coletivo de Trabalho;
- Adesão – ato que formaliza a garantia de reembolso, pelo Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, ao empregado da CAIXA, em virtude de vínculo empregatício ativo a partir de 01/09/2018;
- AutoSC – Autoatendimento Saúde CAIXA – Sistema de autoatendimento do Saúde CAIXA, disponível no endereço <https://autosoc.caixa.gov.br/autosoc>;
- Beneficiário – Titular ativo do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso ou dependente ativo de um Titular;
- Benefício de assistência à saúde – é o benefício ofertado pela CAIXA com vistas à prestação de serviços de assistência à saúde aos empregados, por meio da oferta de plano de assistência à saúde por autogestão ou por reembolso de despesas ou por contratação de plano de mercado ou qualquer outra modalidade;
- Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso - modalidade de oferta do Benefício de Assistência à Saúde, oferecida pela CAIXA a seus empregados, admitidos a partir de 01/09/2018, por meio de ressarcimento em folha de pagamento ao empregado participante, mediante comprovação de contratação e pagamento de parcela correspondente à mensalidade de plano de saúde suplementar adquirido pelo empregado no mercado, enquanto vigente o contrato de trabalho assinado entre o empregado e a CAIXA;
- Dependente – beneficiário com inscrição ativa no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, cujo vínculo com o referido Benefício se estabelece por meio da relação de dependência com um Titular;
- Titular – Beneficiário com inscrição ativa no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, cujo vínculo contratual ativo com a CAIXA, a partir de 01/09/2018, o caracteriza como detentor principal do vínculo com o referido Benefício;
- CEPES – Centralizadora Nacional Gestão de Pessoas;
- CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde;
- *Checklist* da CIF – é uma *checklist* das categorias principais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde. A *checklist* da CIF é uma ferramenta prática para extrair e registrar informação sobre a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo;
- CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
- Fale Conosco – Canal de atendimento do Saúde CAIXA – <http://www.centrsaudecaixa.com.br/fale-conosco/>;
- GESAP – Gerência Nacional Assistência à Saúde;
- GIPES – Gerência de Filial Gestão de Pessoas;
- Inscrição – É o ato de inclusão de um dependente de um titular no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
- INSS – Instituto Nacional do Seguro Social;
- IR – Imposto de Renda;
- JURIR – Jurídico Regional;
- Operadora de plano de saúde – pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto de plano de assistência à saúde;
- PAMS – Programa de Assistência Médica Supletiva;
- Plano de saúde de mercado – plano de saúde, registrado na ANS, administrado, comercializado e disponibilizado por operadora de plano de saúde, à exceção de plano de assistência à saúde operado pela CAIXA;
- Prognóstico – Parecer do médico acerca do curso e resultado de uma doença;

- Proposto beneficiário – candidato a Titular ou candidato a dependente de um Titular do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
- Proposto dependente – candidato a dependente de um Titular do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
- Reingresso – ato que formaliza o retorno à titularidade do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, após cancelamento da adesão do titular, permitindo que o titular retome a garantia do direito de manutenção Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, iniciando, contudo, a contagem de um novo período de adesão, exceto determinação judicial em contrário;
- Reinscrição – ato que formaliza o retorno à condição de dependente do mesmo Titular no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, após cancelamento da inscrição do dependente, permitindo que o ex-dependente retome a garantia de manutenção do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, iniciando, contudo, a contagem de um novo período de inscrição, exceto determinação judicial em contrário;
- RGPS – Regime Geral de Previdência Social;
- Saúde CAIXA – Plano de Assistência à Saúde, instituído pela CAIXA, registrado na ANS sob o número 31292-4, em conformidade com o ACT 2018/2020, administrado pela CAIXA, sob a modalidade de autogestão, realizado por rede de profissionais e entidades credenciados, com abrangência nacional naquelas localidades onde exista pelo menos uma unidade CAIXA;
- SEST – Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais;
- SIAGS – Sistema de Autogestão em Saúde;
- União estável – É a entidade familiar, caracterizada pela convivência duradoura, pública e contínua.

3 NORMAS

3.1 FORMATO DE CUSTEIO

3.1.1 O reembolso é realizado em folha de pagamento, mediante comprovação de contratação de plano de saúde de mercado pelo empregado.

3.1.2 O contrato de plano de saúde assinado pelo empregado pode ser anterior à data de admissão, entretanto, a adesão e o(s) reembolso(s) ocorrerá(ão) de acordo com as regras previstas neste normativo.

3.1.3 O reembolso é limitado ao menor valor entre 50% da mensalidade do plano de saúde contratado pelo empregado, para cada um dos beneficiários que compõe o grupo familiar, e o valor constante na tabela de reembolso a seguir:

Faixa Etária	Valor
0 a 18 anos	R\$ 124,29
19 a 23 anos	R\$ 172,14
24 a 28 anos	R\$ 202,86
29 a 33 anos	R\$ 230,71
34 a 38 anos	R\$ 245,71
39 a 43 anos	R\$ 250,71
44 a 48 anos	R\$ 280,00
49 a 53 anos	R\$ 319,29
54 a 58 anos	R\$ 369,29
59 anos ou mais	R\$ 644,29

3.1.3.1 Está previsto o reembolso de valores pagos pelo empregado a título de mensalidade, excluídas eventuais parcelas, como coparticipação, adesão, outras despesas ou taxas.

3.1.3.2 O reembolso obedece às condições a seguir:

- o titular do plano de saúde contratado no mercado deve ser, obrigatoriamente, empregado da CAIXA;
- as coberturas previstas para o(s) dependente(s) devem ser iguais ou inferiores às do titular.

3.1.4 A participação da CAIXA no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso é somada à participação da CAIXA em outros benefícios de assistência à saúde para composição do limite de 6,5% da folha de

pagamento dos empregados e de proventos de aposentados e pensionistas, excluídos os valores referentes ao RGPS, para gasto total da CAIXA com benefícios de assistência à Saúde.

3.1.4.1 A participação da CAIXA, no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso não pode exceder à participação dos beneficiários.

3.1.5 Eventuais reajustes dos valores constantes no subitem **3.1.3** seguirão as diretrizes negociais acordadas, previamente, entre a SEST e a CAIXA.

3.2 BENEFICIÁRIOS

3.2.1 Para solicitação da adesão como titular do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso ou para inscrição de dependente no referido Benefício, é obrigatória a apresentação da documentação prevista neste normativo, pelo empregado, por meio de um dos canais a seguir:

- Fale Conosco – <http://www.centrossaudecaixa.com.br/fale-conosco/>;
- Atendimento on-line - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/>;
- Ligue para mim - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/beneficiarios/ligue-para-mim/>;
- WhatsApp nº (61)991865878;
- 0800 095 60 94.

3.2.2 TITULAR

3.2.2.1 A adesão, como Titular do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, é permitida ao empregado da CAIXA, desde que cumpridas as exigências a seguir:

- admissão na CAIXA efetuada a partir de 01/09/2018;
- contrato de trabalho assinado com a CAIXA vigente;
- empregado não pode estar em licença ou afastamento da CAIXA, que acarretem a suspensão do contrato de trabalho assinado com a CAIXA.

3.2.2.2 Para solicitação de adesão ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, o empregado apresenta os documentos previstos no [Anexo I](#).

3.2.2.3 O empregado da CAIXA, Titular do benefício de assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, obrigatoriamente, deve constar como responsável financeiro do(s) contrato(s) firmado(s) com Operadora de Plano de Saúde, não só do Titular como também dos seus dependentes.

3.2.2.4 A adesão do Titular tem vigência a partir da data de solicitação da adesão, desde que cumpridas as regras previstas neste normativo.

3.2.2.4.1 Ao empregado admitido a partir de 01/09/2018, é permitido solicitar vigência de sua adesão retroativa à data de sua admissão na CAIXA, no caso de empregado admitido até 31/12/2019, cuja solicitação de adesão tenha ocorrido, no máximo, até 31/03/2020.

3.2.2.5 É vedada a adesão como titular no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso ao empregado que se encontra com adesão ativa, como titular, ou com inscrição ativa, como dependente, em qualquer dos benefícios a seguir:

- Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
- Saúde CAIXA;
- PAMS.

3.2.2.6 Aos empregados admitidos a partir de 01/09/2018, que ingressaram no Saúde CAIXA, por determinação judicial, é permitida a migração para o Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, no caso de ocorrência de qualquer das situações a seguir:

- previsão na decisão judicial de migração do empregado do Saúde CAIXA para o Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
- cassação da determinação judicial que autorizou a adesão do empregado no Saúde CAIXA;
- desistência da adesão ao Saúde CAIXA pelo Titular, mediante apresentação de documento judicial que suspende os efeitos da sentença que determinou a adesão do Titular ao Saúde CAIXA.

3.2.2.7 O Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso cessará, caso haja consignação em ACT que determine a migração dos empregados admitidos a partir de 01/09/2018 para outro benefício de assistência à saúde fornecido pela CAIXA.

3.2.2.7.1 Na hipótese prevista no subitem [3.2.2.7](#), os empregados com adesão ativa no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, migrarão automaticamente para o benefício de assistência à saúde consignado em ACT.

3.2.3 DEPENDENTE

3.2.3.1 É permitida ao Titular a inscrição ou manutenção de inscrição dos dependentes a seguir:

- cônjuge;
- companheiro, inclusive de mesmo sexo, desde que conviva em união estável;
- filho, solteiro, menor de 21 anos de idade;
- enteado, solteiro, menor de 21 anos de idade;
- filho e enteado, solteiros, com idade a partir de 21 anos de idade e incapacitados permanentemente para o trabalho;
- filhos ou enteados solteiros a partir de 21 anos de idade e menores de 24 anos de idade, cursando o 3º grau ou equivalente;
- menor de 18 anos, solteiro, que se ache sob a guarda ou tutela ou curatela do Titular, por determinação judicial.

3.2.3.2 REGRAS GERAIS PARA INSCRIÇÃO OU MANUTENÇÃO DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES

3.2.3.2.1 É vedada a inscrição como dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso ao empregado que se encontra com adesão ativa, como titular, ou com inscrição ativa, como dependente, em qualquer dos benefícios a seguir:

- Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
- Saúde CAIXA;
- PAMS.

3.2.3.2.2 Na hipótese de migração do Titular do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso para outro benefício de assistência à saúde, subitens [3.2.2.6](#) e [3.2.2.7](#), somente migrarão os dependentes que cumprirem as exigências para inscrição de dependentes no benefício de assistência à saúde para o qual migrou o Titular.

3.2.3.2.2.1 Os dependentes que não cumprirem as exigências para inscrição de dependentes no benefício de assistência à saúde para o qual migrou o Titular, terão sua inscrição automaticamente cancelada no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, a partir da data de migração do Titular.

3.2.3.2.3 A CEPES – Central de Atendimento, além dos documentos obrigatórios para inscrição ou renovação de dependentes, pode solicitar outros documentos para subsidiar a análise.

3.2.3.2.3.1 A ausência do envio de um ou mais documentos obrigatórios ou solicitados pela CEPES – Central de Atendimento, no prazo de 4 dias úteis, implica, automaticamente, o indeferimento pela CEPES – Central de Atendimento da solicitação efetuada pelo Titular.

3.2.3.2.4 A qualquer tempo, a CAIXA reserva-se ao direito de solicitar a documentação obrigatória, a fim de comprovar as condições requeridas, neste normativo, para manutenção da inscrição do dependente inscrito no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.

3.2.3.2.4.1 Os canais, para tratamento de qualquer assunto ou envio de documentação relativos a inscrição ou reinscrição de dependentes no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, são os descritos no subitem [3.2.1](#).

3.2.3.2.5 É vedado ao Titular dispor do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso como benefício para qualquer pessoa em processo judicial ou, ainda, no caso de ex-cônjuge ou ex-companheiro em processo amigável de separação, de divórcio ou de dissolução de união estável.

3.2.3.2.5.1 A inscrição ou manutenção de inscrição de beneficiário, por determinação judicial, acarreta a aplicação das penalidades previstas neste normativo por uso indevido do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.

3.2.3.2.5.1.1 A inscrição ou manutenção de inscrição de ex-cônjuge e/ou ex-companheiro, por determinação judicial, acarreta, ainda, as seguintes penalidades:

- o cancelamento da inscrição do atual cônjuge ou companheiro;
- perda do direito de inscrição do atual cônjuge ou companheiro como dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.

3.2.3.3 COMPANHEIRO, INCLUSIVE DE MESMO SEXO, OU CÔNJUGE – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES

3.2.3.3.1 É permitida a inscrição ou manutenção de apenas 1 cônjuge ou 1 companheiro como dependente no benefício de assistência à saúde na Modalidade de Reembolso.

3.2.3.3.1.1 Para inscrição ou manutenção de inscrição de cônjuge é obrigatória a apresentação dos documentos previstos no [Anexo II](#).

3.2.3.3.2 Para inscrição ou manutenção de inscrição de companheiro(a), é obrigatória a apresentação dos documentos previstos no [Anexo III](#).

3.2.3.4 FILHO, SOLTEIRO, MENOR DE 21 ANOS – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES

3.2.3.4.1 Está prevista a inscrição, a manutenção de inscrição ou a renovação de inscrição de filho, solteiro, menor de 21 anos, como dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, condicionada à apresentação dos documentos previstos no [Anexo IV](#).

3.2.3.5 ENTEADO, SOLTEIRO, MENOR DE 21 ANOS – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES

3.2.3.5.1 Está prevista a inscrição, a manutenção de inscrição ou a renovação de inscrição de enteado, solteiro, menor de 21 anos de idade, condicionada ao cumprimento, cumulativo, das exigências a seguir:

- o enteado é inscrito como dependente do Titular no IR;
- o genitor(a) do enteado está inscrito(a) como dependente do Titular, na condição de cônjuge ou companheiro;
- guarda do enteado do Titular em nome do genitor inscrito como dependente do Titular, na condição de cônjuge ou companheiro.

3.2.3.5.2 Para inscrição de enteado, solteiro, menor de 21 anos é obrigatória a apresentação dos documentos previstos no [Anexo V](#).

3.2.3.6 FILHO E/OU ENTEADO, SOLTEIRO, COM IDADE A PARTIR DE 21 ANOS E INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES

3.2.3.6.1 Está prevista a inscrição de filho e/ou enteado solteiro, com idade a partir de 21 anos, incapacitado permanentemente para o trabalho, desde que o proposto dependente cumpra, cumulativamente, as condições a seguir:

- estar incapacitado para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida, com enquadramento de acordo com a CIF (arquivo apensado "Checklist da CIF");
- possuir inscrição ativa como dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, na data da solicitação de manutenção da inscrição como dependente na condição de filho e/ou enteado, solteiro, com idade a partir de 21 anos, incapacitado permanentemente para o trabalho;
- não possuir renda superior a 1 salário mínimo, exceto decorrente de pensão alimentícia;
- possuir, no máximo, 1 bem imóvel em seu nome, desde que, comprovadamente, utilizado como moradia do beneficiário;
- não ser proprietário de empresa;
- não ser sócio de sociedade empresarial;
- ser inscrito como dependente do Titular no IR.

3.2.3.6.1.1 A solicitação de enquadramento de filho na condição de incapacitado permanentemente para o trabalho ocorre em um dos períodos a seguir:

- entre 180 dias e 1 dia antes da data em que o dependente completa 21 anos de idade, no caso de dependente que possui inscrição ativa como filho, solteiro, menor de 21 anos, ou enteado, solteiro, menor de 21 anos;
- entre 180 dias e 1 dia antes da data em que o dependente completa 24 anos, no caso de dependente que possui inscrição ativa como filho ou enteado solteiro a partir de 21 anos de idade e menor de 24 anos de idade, cursando o 3º grau ou equivalente.

3.2.3.6.2 Para inscrição de filho ou enteado solteiro, com idade a partir de 21 anos, incapacitado permanentemente para o trabalho, é obrigatória a apresentação dos documentos previstos no [Anexo VI](#).

3.2.3.6.3 A documentação apresentada, conforme [Anexo VI](#), é submetida às análises a seguir:

- administrativa, pela CEPES – Central de Atendimento;

- técnica, pelo médico auditor, para avaliação e emissão de parecer, manifestando-se sobre a existência de incapacidade permanente, do filho ou enteado, para o trabalho.

3.2.3.6.3.1 É dispensada a análise técnica, pelo médico auditor, no caso de apresentação de documento judicial que decreta a interdição, por motivo de enfermidade.

3.2.3.6.4 É obrigatória a perícia clínica, quando a análise técnica da documentação não for conclusiva para o enquadramento do filho ou enteado, solteiro, com idade a partir de 21 anos, como incapacitado permanentemente para o trabalho.

3.2.3.6.4.1 A falta, não justificada com antecedência mínima de 48 horas, à perícia clínica acarreta, automaticamente, as implicações a seguir:

- desistência da solicitação da inscrição, da manutenção da inscrição ou da renovação da inscrição, pelo Titular;
- indeferimento pela CEPES – Central de Atendimento da solicitação efetuada pelo Titular.

3.2.3.6.4.2 A justificativa para falta à perícia clínica é encaminhada à CEPES – Central de Atendimento por meio de um dos canais indicados no subitem [3.2.1](#):

3.2.3.6.5 A cada período de 5 anos, é obrigatória a solicitação de manutenção da inscrição do filho ou enteado incapacitado permanentemente para o trabalho, mediante expressa manifestação do Titular com apresentação dos documentos previstos no subitem [Anexo VI](#).

3.2.3.6.5.1 A inexistência de manifestação expressa do Titular, com solicitação da manutenção da inscrição, implica a desistência pela manutenção da inscrição do dependente direto, no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, de filho ou enteado solteiro, com idade a partir de 21 anos, incapacitado permanentemente para o trabalho.

3.2.3.6.6 A qualquer tempo, a CAIXA reserva-se ao direito de solicitar a perícia clínica e/ou documental do dependente inscrito como filho ou enteado, solteiro, com idade a partir de 21 anos, incapacitado permanentemente para o trabalho.

3.2.3.6.7 É vedada a reinscrição de dependente, na condição de incapacitado permanentemente para o trabalho, no caso de filho ou enteado com data de cancelamento da inscrição ocorrida em qualquer das situações a seguir:

- a partir dos 21 anos de idade, no caso de dependente que possuía inscrição como filho, solteiro, menor de 21 anos, ou enteado, solteiro, menor de 21 anos;
- a partir dos 24 anos, no caso de dependente que possuía inscrição como filho ou enteado solteiro a partir de vinte e um 21 anos de idade e menor de 24 anos de idade, cursando o 3º grau ou equivalente.

3.2.3.7 FILHOS OU ENTEADOS SOLTEIROS A PARTIR DE 21 ANOS E MENORES DE 24 ANOS, CURSANDO O 3º GRAU OU EQUIVALENTE – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES

3.2.3.7.1 Está prevista a inscrição ou renovação de inscrição de filho ou de enteado solteiro, com idade a partir de 21 anos e menor de 24 anos, cursando o 3º grau ou equivalente.

3.2.3.7.1.1 Para inscrição de filho e de enteado nessa condição é obrigatória a apresentação da documentação prevista no [Anexo VII](#):

3.2.3.8 MENOR DE 18 ANOS, SOLTEIRO, SOB A GUARDA OU TUTELA OU CURATELA DO TITULAR, POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL – CONDIÇÕES COMPLEMENTARES

3.2.3.8.1 Está prevista a inscrição ou manutenção de inscrição de menor de 18 anos sob guarda ou tutela ou curatela do Titular, desde que o proposto dependente cumpra, cumulativamente, as condições a seguir:

- ser solteiro e não emancipado;
- estar sob a guarda ou tutela ou curatela do Titular;
- não possuir qualquer fonte de renda, exceto pensão alimentícia;
- possuir, no máximo, 1 bem imóvel em seu nome, desde que, comprovadamente, utilizado como moradia do beneficiário;
- comprovar dependência econômica em relação ao Titular;
- não ser sócio ou proprietário de empresa;
- residir com o Titular ou em imóvel deste ou por este mantido, ou de propriedade do proposto dependente;
- ser inscrito como dependente do Titular no IR.

3.2.3.8.2 Para inscrição de menor de 18 anos sob guarda ou tutela ou curatela, é obrigatória a apresentação dos documentos previstos no [Anexo VIII](#).

3.3 CANCELAMENTO**3.3.1 CANCELAMENTO DA ADESÃO, DO TITULAR, AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO**

3.3.1.1 O cancelamento da adesão do Titular ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso ocorre por qualquer dos motivos a seguir:

- pedido do Titular, [Anexo X](#);
- decisão da CAIXA, quando o Titular deixa de cumprir um ou mais requisitos para titularidade do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
- afastamento ou licenciamento, que resulte em suspensão do contrato de trabalho assinado com a CAIXA;
- falecimento do Titular;
- rescisão de contrato de trabalho assinado com a CAIXA, inclusive em caso de aposentadoria;
- extinção do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, conforme diretrizes da CAIXA;
- migração do Titular para outro benefício de assistência à saúde, conforme previsão neste normativo;
- utilização indevida do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.

3.3.2 CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE

3.3.2.1 O cancelamento da inscrição de dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, ocorre por qualquer dos motivos a seguir:

- pedido do Titular, mediante formalização por meio do formulário Inclusão/Renovação/Cancelamento de Inscrição de Dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, [Anexo XI](#), preenchido e assinado;
- decisão da CAIXA, quando descumpridas as regras previstas neste normativo;
- falecimento do dependente;
- cancelamento da adesão do Titular;
- extinção do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, conforme diretrizes da CAIXA;
- perda das condições previstas neste normativo que o enquadrem como dependente;
- no caso de companheiro(a), inclusive de mesmo sexo, ou cônjuge, quando o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) é mantido como dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, por determinação judicial.

3.3.2.1.1 O enteado, inscrito como dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, tem ainda sua inscrição cancelada por um dos motivos a seguir:

- óbito do seu genitor que é cônjuge ou companheiro do Titular;
- separação, divórcio ou dissolução de união estável entre o genitor do enteado e o Titular.

3.3.2.1.2 Para cancelamento de inscrição de dependente inscrito por determinação judicial, é obrigatória, ainda, a apresentação, pelo Titular, de nova certidão da sentença judicial que altera a condição anterior.

3.3.2.1.2.1 É dispensada a apresentação da certidão de nova sentença judicial, no caso de cancelamento da inscrição do dependente por motivo de cancelamento da adesão do Titular.

3.3.2.2 Na separação, no divórcio ou na dissolução de união estável, compete ao Titular solicitar o imediato cancelamento da inscrição dos dependentes a seguir:

- ex-cônjuge ou ex-companheiro;
- enteado.

3.3.2.2.1 No cancelamento da inscrição, é considerada uma das datas a seguir:

- data de publicação da sentença proferida em separação;
- data de Escritura Pública de separação ou divórcio consensual;
- data de separação ou divórcio;
- data de Escritura Pública de Dissolução de União Estável.

3.3.2.2.2 A reinscrição de dependente ocorre mediante o cumprimento das regras previstas para inscrição neste normativo.

3.4 SOLICITAÇÃO CRÉDITO DE REEMBOLSO

3.4.1 O crédito do reembolso é efetuado em folha de pagamento do Titular.

3.4.2 A solicitação de crédito do Reembolso é requerida pelo Titular, mensalmente, por meio dos canais indicados no subitem [3.2.1](#), condicionada ao cumprimento das condições a seguir:

- adesão do Titular ativa no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, no caso de reembolso referente ao Titular do Benefício, no mês de referência do valor desembolsado à operadora de plano de saúde;
- inscrição do dependente ativa no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, no caso de reembolso referente a dependente, no mês de referência do valor desembolsado à operadora de plano de saúde;
- apresentação de documento fiscal ou boleto, referente ao pagamento de mensalidade de plano de saúde à operadora de opção do Titular, conforme subitem [3.4.2.1](#);
- formulário de solicitação de reembolso, [Anexo XII](#), preenchido e assinado pelo Titular.

3.4.2.1 O documento fiscal ou boleto emitido observa o disposto a seguir:

- estar em conformidade com CR127;
- data de solicitação do crédito de reembolso não pode ser superior a 180 dias corridos a contar da data de emissão do documento fiscal ou do vencimento do boleto, sendo permitido transcorrer prazo maior que 180 da emissão do documento fiscal ou vencimento do boleto para solicitação do crédito de reembolso retroativa, desde que cumpridas, obrigatoriamente as condições a seguir:
 - parcelas, constantes na solicitação do crédito de reembolso, referentes ao período compreendido entre a data de admissão do empregado e 31/12/2019;
 - solicitação do crédito de reembolso efetuada em até 180 dias a contar de 31/03/2020.
- constar nome do beneficiário a que se refere o valor da mensalidade paga;
- informar, obrigatoriamente, o nome do Titular a que se refere o contrato assinado com a operadora de plano de saúde;
- apresentar valor da mensalidade paga pelo Titular;
- no caso de um único documento fiscal ou boleto, para mais de um beneficiário, deve constar o nome de cada beneficiário e o valor da mensalidade individualizada por beneficiário;
- o(s) nome do(s) beneficiário(s) informado(s) deve(m) constar da composição do grupo familiar do Titular cadastrado no Beneficiário de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.

3.4.2.1.1 No caso de apresentação de um único documento fiscal ou boleto para mais de um beneficiário, na impossibilidade de individualização dos valores de Mensalidade, por beneficiário, é obrigatória a apresentação pelo Titular de declaração formal da Operadora Contratada como documento complementar ou cópia do contrato, constando os nomes dos beneficiários e os respectivos valores de mensalidade.

3.4.3 No caso de cancelamento da adesão do Titular ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, é permitida a solicitação de crédito de reembolso(s) de mensalidade(s) de plano de saúde do Titular e de seus dependentes, em conformidade com este normativo, cujo mês de referência da(s) mensalidade(s) não ultrapasse o mês do cancelamento da adesão do Titular.

3.4.4 No caso de cancelamento da inscrição de um dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, é permitida a solicitação de crédito de reembolso de mensalidade de plano de saúde do respectivo dependente, em conformidade com este normativo, cujo mês de referência da mensalidade não ultrapasse o mês do cancelamento da inscrição do dependente.

3.5 USO INDEVIDO

3.5.1 O uso indevido do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, pelo Titular ou por seus dependentes acarreta ao Titular as penalidades a seguir:

- cancelamento definitivo da adesão do empregado e da(s) inscrições de seu(s) dependentes, no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
- impossibilidade de reingresso do empregado e de reinscrição de seu(s) dependente(s), no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
- sujeição do Empregado às disposições previstas no [AE079](#);

- devolução, pelo Titular, à CAIXA dos valores recebidos indevidamente.

3.6 RESPONSABILIDADES DO TITULAR

3.6.1 Ao Titular competem as responsabilidades a seguir:

- prestar toda e qualquer informação requerida pela CAIXA;
- comunicar alteração na composição do grupo familiar que impacte o valor do Reembolso, em até 30 dias;
- comunicar alteração do plano de saúde contratado para o Titular e/ou Dependente;
- comunicar alteração da mensalidade paga para plano de saúde contratado para o Titular e/ou Dependente;
- apresentar de forma fidedigna, sem ressalvas ou rasuras, os documentos comprobatórios requeridos neste normativo;
- requerer reembolso de parcela de mensalidade efetivamente quitada com a operadora de plano de saúde;
- requerer reembolso de despesas caracterizadas somente como mensalidade(s) paga(s) referente(s) plano de saúde contratado;
- zelar pela informação correta de seus dados e/ou de seus Dependentes;
- solicitar a atualização cadastral sua e/ou de seus dependentes, no caso de atualização dos dados informados anteriormente;
- cumprir as regras previstas neste normativo;
- comunicar formalmente à CAIXA qualquer irregularidade nos valores creditados para efeito de reembolso.

4 PROCEDIMENTOS

4.1 ADESÃO COMO TITULAR

4.1.1 EMPREGADO

4.1.1.1 Para solicitação de adesão o empregado adota os passos a seguir:

- a) Acessa a Central de Atendimento por meio de um dos seguintes canais:
 - Fale Conosco – <http://www.centrossaudecaixa.com.br/fale-conosco/>;
 - Atendimento on-line - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/>;
 - Ligue para mim - <http://www.centrossaudecaixa.com.br/beneficiarios/ligue-para-mim/>;
 - WhatsApp nº (61)991865878;
 - 0800 095 60 94.
- b) Inclui os documentos previstos no [Anexo I](#).
- c) Acompanha o retorno da Central de Atendimento.
- d) Envia, via fale Conosco – <http://www.centrossaudecaixa.com.br/fale-conosco/>, documento(s) complementar(es), quando solicitado(s) pela Central de Atendimento.

4.1.2 CEPES – CENTRAL DE ATENDIMENTO

4.1.2.1 De posse da solicitação de adesão do empregado como Titular, adota as providências a seguir:

- a) Verifica se o proposto Titular possui as condições previstas nesta norma para adesão ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.
- b) Se o proposto Titular não possui as condições para adesão, indefere a solicitação.
- c) Verifica se o proposto Titular está cadastrado no SIAGS.
- d) Orienta o empregado sobre as providências a serem adotadas, no caso de Titular sem cadastro no SIAGS.
- e) Verifica se o proposto Titular apresentou a documentação necessária para adesão, [Anexo I](#), do contrário, solicita ao empregado a documentação obrigatória.
- f) De posse da documentação obrigatória, [Anexo I](#), ativa o cadastro do empregado no SIAGS.
- g) Informa ao empregado o resultado final da solicitação da adesão.

- h) No caso de deferimento da solicitação de adesão ou reingresso, formaliza ao Titular sobre a finalização de seu processo, com, no mínimo, as informações a seguir:
- parecer final da análise da solicitação;
 - número da adesão do empregado como Titular no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
 - informação de que o valor reembolsado está limitado ao menor valor entre 50% da mensalidade do plano de saúde contratado pelo empregado, para cada um dos beneficiários que compõe o grupo familiar, e o valor constante na tabela de reembolso, subitem [3.1.2](#);
 - orientação sobre a rotina para solicitação de reembolso de mensalidade, no caso de deferimento de adesão ou reingresso deferido.
- i) Encaminha orientação ao empregado sobre a rotina para solicitação de reembolso de mensalidade, no caso de deferimento da adesão ou do reingresso.

4.2 INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE

4.2.1 TITULAR

4.2.1.1 Para solicitação de inscrição de dependente, adota as providências a seguir:

- a) Acessa a Central de atendimento por meio de um dos seguintes canais:
- Fale Conosco – <http://www.centraisaudecaixa.com.br/fale-conosco/>;
 - Atendimento on-line - <http://www.centraisaudecaixa.com.br>;
 - Ligue para mim - <http://www.centraisaudecaixa.com.br/beneficiarios/ligue-para-mim/>.
 - WhatsApp nº (61)991865878;
 - 0800 095 60 94.
- b) De acordo com o tipo de dependente, inclui os documentos previstos em um dos anexos a seguir:
- [Anexo II](#), no caso de inscrição de cônjuge;
 - [Anexo III](#), no caso de inscrição de companheiro, inclusive de mesmo sexo;
 - [Anexo IV](#), no caso de inscrição de filho, solteiro, menor de 21 anos;
 - [Anexo V](#), no caso de inscrição de enteado, solteiro, menor de 21 anos;
 - [Anexo VI](#), no caso de inscrição de filho ou enteado, solteiro, com idade a partir de 21 anos e incapacitado permanentemente para o trabalho;
 - [Anexo VII](#), no caso de inscrição ou renovação de inscrição de filho ou de enteado solteiro, com idade a partir de 21 anos e menor de 24 anos, cursando o 3º grau ou equivalente.
- c) Acompanha o retorno da Central de Atendimento.
- d) Envia, via fale Conosco – <http://www.centraisaudecaixa.com.br/fale-conosco/>, documento(s) complementar(es), quando solicitado(s) pela Central de Atendimento.
- e) Acompanha finalização do processo por meio do protocolo gerado pelo sistema quando da solicitação da inscrição/renovação da inscrição de proposto dependente.

4.2.2 CEPES – CENTRAL DE ATENDIMENTO

4.2.2.1 De posse da solicitação do Titular para inscrição/reinscrição de proposto dependente, adota as providências a seguir:

- a) Verifica se o proposto dependente possui as condições previstas nesta norma para inscrição/reinscrição no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.
- b) De acordo com o tipo relação de dependência, verifica se o proposto Titular apresentou a documentação obrigatória para inscrição/reinscrição de dependente, conforme especificado em um dos anexos a seguir:
- [Anexo II](#), no caso de inscrição de cônjuge;
 - [Anexo III](#), no caso de inscrição de companheiro, inclusive de mesmo sexo;
 - [Anexo IV](#), no caso de inscrição de filho, solteiro, menor de 21 anos;
 - [Anexo V](#), no caso de inscrição de enteado, solteiro, menor de 21 anos;

- [Anexo VI](#), no caso de inscrição de filho ou enteado, solteiro, com idade a partir de 21 anos e incapacitado permanentemente para o trabalho;
- c) No caso de necessidade de solicitação de documento complementar, efetua a requisição ao Titular, no protocolo aberto pelo Titular.
- d) Se o proposto dependente não possui as condições para adesão, indefere a solicitação.
- e) De posse da documentação obrigatória, apresentada pelo Titular, se o proposto beneficiário possui as condições previstas neste normativo para inscrição/reinscrição no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, realiza uma das ações a seguir:
 - efetua o cadastramento do dependente no SIAGS, no caso de solicitação de inscrição;
 - reativa a inscrição do dependente no SIAGS, no caso de solicitação de reinscrição.
- f) Informa ao empregado o resultado final da solicitação.
- g) Formaliza ao Titular a inscrição/reinscrição do dependente, com, no mínimo, as informações a seguir:
 - parecer final da análise da solicitação;
 - número de inscrição do dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso;
 - informação de que o valor reembolsado está limitado ao menor valor entre 50% da mensalidade do plano de saúde contratado pelo empregado, para cada um dos beneficiários que compõe o grupo familiar, e o valor constante na tabela de reembolso [3.1.2](#).
 - orientação ao Titular sobre a rotina para solicitação de reembolso de mensalidade, no caso de inscrição/reinscrição favorável.

4.3 CANCELAMENTO DA ADESÃO DO TITULAR AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO

4.3.1 TITULAR

4.3.1.1 Para solicitação de cancelamento de sua adesão o Titular adota as providências a seguir:

- a) Preenche e assina o formulário [Anexo X](#).
- b) Acessa um dos canais previstos no subitem [3.2.1](#) e registra a solicitação de cancelamento de adesão ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.
- c) Apresenta documentação complementar, quando solicitada.
- d) Regulariza as pendências, quando houver.
- e) Aguarda a homologação da solicitação de cancelamento da adesão.

4.3.2 CEPES – CENTRAL DE ATENDIMENTO

4.3.2.1 Na solicitação de cancelamento da adesão ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, adota as providências a seguir:

- a) Recebe a solicitação de cancelamento de adesão do Titular ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso e analisa o processo.
- b) Confere a documentação incluída no processo.
- c) Em caso de documento ausente ou inválido, solicita ao Titular a regularização.
- d) Verificada a existência de dependente inscrito no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso por determinação judicial, solicita ao Titular a apresentação da sentença judicial, que altera a condição motivadora da inscrição do dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.
- e) Consulta o JURIR sobre a efetivação ou não do cancelamento da adesão do Titular, considerando os termos da sentença judicial.
- f) No posicionamento desfavorável do JURIR, comunica ao Titular o indeferimento da solicitação de cancelamento.
- g) No posicionamento favorável do JURIR, efetua os cancelamentos a seguir:
 - da adesão do Titular;
 - da inscrição dos dependentes vinculados ao Titular.

- h) Na ausência de conformidade da documentação, indefere a solicitação de cancelamento de adesão ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso e comunica ao Titular.
- i) Verificada a conformidade da documentação, acessa o SIAGS e inclui data de cancelamento nos cadastros a seguir:
 - do Titular;
 - dos dependentes.
- j) Arquiva na CEPES, o formulário [Anexo X](#), por 5 anos.
- k) Encaminha para guarda no Arquivo Geral por prazo indeterminado, se ocorrer o cancelamento da adesão.
- l) Verificada a utilização indevida do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, apura os fatos.
- m) Constatada a utilização indevida do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, efetua o cancelamento da adesão do Titular e da inscrição dos dependentes sob sua responsabilidade.
- n) Comunica formalmente o cancelamento ao Titular.

4.4 CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE

4.4.1 TITULAR

- a) Acessa um dos canais previstos no subitem [3.2.1](#) e registra a solicitação de cancelamento de inscrição de dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.
- b) Anexa no Fale Conosco o formulário de solicitação de cancelamento de inscrição de dependente [Anexo XI](#).
- c) Acompanha o processo por meio do protocolo gerado pelo sistema.
- d) Apresenta documentação complementar, quando solicitada.
- e) Regulariza as pendências, quando houver.
- f) Aguarda a homologação da solicitação de cancelamento da inscrição de dependente.

4.4.2 CEPES – CENTRAL DE ATENDIMENTO

- a) Analisa a solicitação de cancelamento de inscrição de dependente.
- b) Confere a documentação incluída no processo.
- c) Em caso de documento ausente ou inválido, solicita ao Titular.
- d) Verificado que o dependente é inscrito no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, por determinação judicial, solicita ao Titular a apresentação da sentença judicial, que altera a condição motivadora da inscrição do dependente.
- e) Consulta o JURIR sobre a efetivação ou não do cancelamento, considerando os termos da sentença judicial.
- f) No posicionamento desfavorável do JURIR, comunica ao Titular o indeferimento da solicitação de cancelamento.
- g) No posicionamento favorável do JURIR, e verificada a conformidade da documentação, acessa o SIAGS e inclui a data de cancelamento no cadastro do dependente.
- h) Na ausência de conformidade da documentação, indefere a solicitação de cancelamento de inscrição de dependente.

4.5 SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO DE REEMBOLSO

4.5.1 TITULAR

4.5.1.1 Para solicitação de reembolso de mensalidade de plano de saúde contratado por meio de operadora de plano de saúde, adota as providências a seguir:

- a) Providencia documentação prevista nos subitem [3.4.2.1](#) ou [3.4.2.1.1](#).
- b) Preenche o formulário de solicitação de reembolso, [Anexo XII](#), conforme especificação a seguir:
 - único formulário para todos os beneficiários, no caso de um único documento fiscal para todos os beneficiários;

- um formulário de solicitação para cada documento fiscal, no caso de mais de um documento fiscal emitido para comprovação da quitação das mensalidades dos beneficiários para os quais o Titular requer o reembolso.
- c) Efetua a solicitação do reembolso à CEPES – Central de Atendimento, por meio de um dos canais previstos no subitem [3.2.1](#).
- d) No processo aberto no fale conosco, inclui a cópia dos documentos a seguir:
 - documento fiscal comprobatório da quitação da mensalidade de plano de saúde;
 - formulário de solicitação de reembolso, [Anexo XII](#), preenchido e assinado pelo Titular.
- e) Acompanha, por meio do fale conosco <http://www.centraisaudercaixa.com.br/fale-conosco/>, o resultado da solicitação de reembolso.
- f) Apresenta documento complementar, quando requerido pela CEPES – Central de atendimento.
- g) No caso de deferimento da solicitação de reembolso, acompanha o crédito em folha de pagamento.

4.5.2 CEPES – CENTRAL DE ATENDIMENTO

4.5.2.1 No caso de solicitação de reembolso de mensalidade de plano de saúde contratado por meio de operadora de plano de saúde, pelo Titular, adota as providências a seguir:

- a) Verifica se o beneficiário está cadastrado no SIAGS.
- b) No caso de beneficiário ainda sem cadastro no SIAGS com direito ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, indefere a solicitação de reembolso e comunica indeferimento ao Titular, com a devida justificativa.
- c) No caso de beneficiário com cadastro no SIAGS com direito ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, transfere o VCRM para a empresa de auditoria de vinculação para continuidade do tratamento da demanda.

4.5.3 GIPES

4.5.3.1 No caso de solicitação de reembolso de mensalidade de plano de saúde contratado por meio de operadora de plano de saúde, pelo Titular, orienta a empresa contratada de auditoria médica sobre a adoção das providências a seguir:

- a) verifica se os documentos encaminhados pelo Titular atendem às regras previstas para reembolso neste normativo.
- b) No caso de documentação para solicitação de reembolso sem conformidade indefere solicitação, informando o motivo do indeferimento.
- c) No caso de documentação para solicitação de reembolso conformes, adota as providências a seguir:
 - verifica se o enquadramento dos eventos no formulário de solicitação de reembolso está de acordo com a faixa etária do beneficiário a que se refere;
 - insere PEG e respectiva guia de reembolso no SIAGS, ressaltando que será inserido 1 guia e 1 por beneficiário;
 - inclui documento fiscal na Aba Anexos do PEG, no SIAGS;
 - efetua, no SIAGS, a migração do PEG incluído da fase “Digitação” para a fase “Conferência”;
 - efetua a inserção de glosa manual, se necessário;
 - efetua o tratamento das glosas e negativas do PEG/Guia incluídos no SIAGS;
 - efetua, no SIAGS, a migração do PEG incluído da fase “Conferência” para a fase “verificação”;
 - conclui o VCRM e informa previsão de crédito em folha de pagamento.

4.5.4 GESAP

4.5.4.1 Executa as rotinas de faturamento no SIAGS e encaminha remessa de arquivo para inclusão na folha de pagamento.

4.5.4.2 Efetua o acompanhamento dos valores dos reembolsos lançados em folha de pagamento e respectivos acertos, por meio da rubrica 1460- REEMBOLSO DE BENEFICIO ASSIST SAÚDE.

4.5.4.3 Acompanha e controla os gastos relativos ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, efetuando o controle orçamentário.

4.6 PROCEDIMENTOS CONTÁBEIS E TRIBUTÁRIOS

4.6.1 Os lançamentos contábeis gerados de forma automática pelo SISRH (OL 0006006) estão descritos no CR 252.

5 ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO				ARQUIVAMENTO				OBSERVAÇÕES	
				CORRENTE		INTERMEDIÁRIO			DESTINAÇÃO FINAL
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUPORTE	UNIDADE	PRAZO	PRAZO			
Declaração de dependência econômica	Não se aplica	Não se aplica	Digital	CEPES	1 ano	99 anos	Eliminação	Resolução CONARQ 014/2001, Classificação 020.5	Anexo IX
Termo de adesão ou de cancelamento da adesão ao benefício de assistência saúde, na Modalidade de Reembolso	Não se aplica	Não se aplica	Digital	CEPES	1 ano	99 anos	Eliminação	Resolução CONARQ 014/2001, Classificação 020.5	Anexo X
Formulário de inscrição ou cancelamento de dependentes no benefício de assistência saúde na Modalidade de Reembolso	Não se aplica	Não se aplica	Digital	CEPES	1 ano	99 anos	Eliminação	Resolução CONARQ 014/2001, Classificação 020.5	Anexo XI
Solicitação de crédito de reembolso	Não se aplica	Não se aplica	Digital	Não se aplica	Até a aprovação das contas	5 anos a contar da data da aprovação das contas	Eliminação	Resolução CONARQ nº 14 de 24/10/2001, Classificação 026.192	Anexo XII

DOCUMENTO				ARQUIVAMENTO				OBSERVAÇÕES	
DESCRIÇÃO / ASSUNTO	CÓDIGO	SISTEMA	SUPORTE	CORRENTE		INTERMEDIÁRIO	DESTINAÇÃO FINAL		EMBASAMENTO
				UNIDADE	PRAZO	PRAZO			
Relatório médico, parecer do médico auditor, declaração emitida pelo titular para comprovação de renda ou endereço, cópia de documento para comprovação de endereço, cópia da declaração do IR, resultado de exame, sentença judicial, Formulário CIF	Não se aplica	AutoSC	Digital	CEPES	1 ano	99 anos	Eliminação	Resolução CONARQ 014/2001, Classificação 020.5	Outros documentos digitalizados e incluídos no AutoSC ou encaminhados via Central de Atendimento, requeridos na inscrição, renovação de inscrição ou reingresso de beneficiário.

6 ANEXOS

Páginas subsequentes.

6.1 ANEXO I – BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA ADESÃO DE TITULAR

Ordem	Descrição do documento	Situação
01	Formulário Anexo x , preenchido e assinado pelo empregado.	
02	Cópia do contrato assinado com a operadora de plano de saúde de sua escolha que deve constar, obrigatoriamente, o Titular como responsável financeiro.	

Outros documentos solicitados pela CEPES – Central de Atendimento para subsidiar a análise:

Ordem	Descrição do documento	Situação

6.2 ANEXO II - BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE - CÔNJUGE

Ordem	Descrição do documento	Situação
01	Formulário Inclusão/Renovação/Cancelamento de Inscrição de Dependente no Benefício de Assistência na Modalidade de Reembolso à Saúde na Modalidade de Reembolso, Anexo XI , devidamente preenchido e assinado pelo Titular.	
02	Cópia da certidão de casamento.	
03	Cópia da carteira de identidade.	
04	Cópia do CPF.	
05	Cópia do contrato assinado com operadora de plano de saúde, comprovando que o proposto dependente é beneficiário de plano de saúde, que deve constar, obrigatoriamente, o Titular como responsável financeiro.	

Outros documentos solicitados pela CEPES – Central de Atendimento para subsidiar a análise:

Ordem	Descrição do documento	Situação

6.3 ANEXO III – BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – COMPANHEIRO, INCLUSIVE DE MESMO SEXO

Ordem	Descrição do documento	Situação
01	Formulário Inclusão/Renovação/Cancelamento de Inscrição de Dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, Anexo XI , devidamente preenchido e assinado pelo Titular.	
02	Cópia da Sentença Declaratória de União Estável ou Certidão de União Estável lavrada perante tabelião.	
03	Cópia da carteira de identidade.	
04	Cópia do CPF.	
05	Cópia do contrato assinado com operadora de plano de saúde, comprovando que o proposto dependente é beneficiário de plano de saúde, que deve constar, obrigatoriamente, o Titular como responsável financeiro.	

Outros documentos solicitados pela CEPES – Central de Atendimento para subsidiar a análise:

Ordem	Descrição do documento	Situação

6.4 ANEXO IV – BENEFÍCIO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – FILHO, SOLTEIRO, MENOR DE 21 ANOS

Ordem	Descrição do documento	Situação
01	Formulário Inclusão/Renovação/Cancelamento de Inscrição de Dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, Anexo XI , devidamente preenchido e assinado pelo Titular.	
03	Cópia da carteira de identidade e da certidão de nascimento.	
04	Cópia do CPF.	
05	Cópia do contrato assinado com operadora de plano de saúde, comprovando que o proposto dependente é beneficiário de plano de saúde, que deve constar, obrigatoriamente, o Titular como responsável financeiro.	

Outros documentos solicitados pela CEPES – Central de Atendimento para subsidiar a análise:

Ordem	Descrição do documento	Situação

6.5 ANEXO V – BENEFÍCIO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – ENTEADO, SOLTEIRO, MENOR DE 21 ANOS

Ordem	Descrição do documento	Situação
01	Formulário Inclusão/Renovação/Cancelamento de Inscrição de Dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, Anexo XI , devidamente preenchido e assinado pelo Titular.	
02	Cópia da carteira de identidade ou da Certidão de Nascimento do enteado, onde conste o cônjuge ou companheiro do Titular como genitor do enteado.	
03	Cópia da Certidão de Nascimento do enteado, onde conste o cônjuge ou companheiro do Titular como genitor do enteado.	
04	Cópia do CPF.	
05	Documento judicial constando a guarda do proposto beneficiário em nome do cônjuge ou companheiro do Titular. Este documento é dispensado em qualquer das situações a seguir: <ul style="list-style-type: none"> ▪no caso de genitor do enteado, que não é o cônjuge ou companheiro do Titular, falecido; ▪enteado do Empregado com idade a partir de 18 anos. 	
06	Declaração do IR do Titular constando o proposto beneficiário como dependente no IR.	
07	Cópia da Certidão de Óbito do genitor do enteado, que não é o cônjuge ou companheiro do Titular.	
08	Cópia do contrato assinado com operadora de plano de saúde, comprovando que o proposto dependente é beneficiário de plano de saúde, que deve constar, obrigatoriamente, o Titular como responsável financeiro.	

Outros documentos solicitados pela CEPES – Central de Atendimento para subsidiar a análise:

Ordem	Descrição do documento	Situação

6.6 ANEXO VI – BENEFÍCIO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – FILHO E/OU ENTEADO, SOLTEIRO, COM IDADE A PARTIR DE 21 ANOS E INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO

Ordem	Descrição do documento	Situação
01	Formulário Inclusão/Renovação/Cancelamento de Inscrição de Dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, Anexo XI , devidamente preenchido e assinado pelo Titular.	
02	Cópia da carteira de identidade e da Certidão de Nascimento do proposto beneficiário. No caso de enteado, o documento apresentado deve constar o cônjuge ou companheiro do Titular como genitor do enteado.	
03	Cópia do CPF.	
04	documento judicial que decreta a interdição, por motivo de enfermidade.	
05	Na ausência do decreto judicial de interdição, por motivo de enfermidade, é obrigatória a apresentação dos documentos a seguir:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ relatório detalhado do médico assistente, com data de emissão dos últimos 90 dias, contendo o histórico da patologia do dependente, diagnóstico definitivo, CID 10, prognóstico; ▪ formulário, disponível no arquivo apensado “Checklist da CIF”, preenchido e assinado pelo médico assistente. 	
06	Documento judicial constando a guarda do proposto beneficiário em nome do cônjuge ou companheiro do Titular. Este documento é dispensado em qualquer das situações a seguir: <ul style="list-style-type: none"> ▪no caso de genitor do enteado, que não é o cônjuge ou companheiro do Titular, falecido; ▪enteado do Empregado com idade a partir de 18 anos. 	
07	Cópia da Certidão de Óbito do genitor do enteado, que não é o cônjuge ou companheiro do Titular, no caso de genitor falecido.	
08	Declaração do IR do Titular constando o proposto beneficiário como dependente no IR, no caso de empregado da CAIXA.	
09	Documento expedido pelo INSS, com data dos últimos 30 dias, comprovando a inexistência de benefício previdenciário ativo, em âmbito nacional, em nome do proposto dependente	
10	Documento expedido pelos Institutos de Previdência Federal, Estadual e Municipal, com data dos últimos 30 dias, comprovando a inexistência de benefício previdenciário, em âmbito federal e regional, em nome do proposto dependente.	
11	No caso de inexistência de Instituto de Previdência Municipal e/ou Estadual, declaração, assinada pelo Empregado e 2 testemunhas, atestando que no município e/ou estado não existe o respectivo Instituto de Previdência.	
12	Cópia da Declaração do IR do Titular, constando o proposto beneficiário como seu dependente.	
13	Declaração emitida pelo Titular, conforme Anexo IX	
14	Cópia de comprovante de que o único imóvel do proposto dependente é utilizado como sua moradia.	
15	Cópia do contrato assinado com operadora de plano de saúde, comprovando que o proposto dependente é beneficiário de plano de saúde, que deve constar, obrigatoriamente, o Titular como responsável financeiro.	

Outros documentos solicitados pela CEPES – Central de Atendimento para subsidiar a análise:

Ordem	Descrição do documento	Situação

6.7 ANEXO VII – BENEFÍCIO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – FILHOS OU ENTEADOS SOLTEIROS A PARTIR DE VINTE E UM ANOS DE IDADE E MENORES DE VINTE E QUATRO ANOS DE IDADE, CURSANDO O 3º GRAU OU EQUIVALENTE

Ordem	Descrição do documento	Situação
01	Formulário Inclusão/Renovação/Cancelamento de Inscrição de Dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, Anexo XI , devidamente preenchido e assinado pelo Titular.	
02	Cópia da carteira de identidade e da certidão de nascimento.	
03	Cópia do CPF.	
04	Declaração emitida por entidade educacional reconhecida pelo MEC, comprovando que o proposto beneficiário está cursando o 3º grau ou equivalente (cursos de nível superior, enquadrados como licenciatura, bacharelado ou tecnólogo, conforme Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996).	
05	Cópia do contrato assinado com operadora de plano de saúde, comprovando que o proposto dependente é beneficiário de plano de saúde, que deve constar, obrigatoriamente, o Titular como responsável financeiro.	

Outros documentos solicitados pela CEPES – Central de Atendimento para subsidiar a análise:

Ordem	Descrição do documento	Situação

6.8 ANEXO VIII – BENEFÍCIO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - CHECKLIST DE DOCUMENTOS PARA INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE – MENOR DE 18 ANOS SOB GUARDA OU TUTELA OU CURATELA

Ordem	Descrição do documento	Situação
01	Formulário Inclusão/Renovação/Cancelamento de Inscrição de Dependente no Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, Anexo XI , devidamente preenchido e assinado pelo Titular.	
02	Cópia da carteira de identidade ou da Certidão de Nascimento do proposto beneficiário.	
03	Cópia do CPF.	
04	Cópia de um dos documentos abaixo, constando o Titular como guardião ou tutor ou curador do proposto dependente:	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ certidão da sentença judicial, que determina a guarda a tutela ou a curatela do menor; 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termo de Guarda e Responsabilidade com o número do protocolo de adoção, emitido pela Vara da Infância e da Juventude; 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termo de Guarda ou certidão de tutela ou curatela expedida pelo juízo competente. 	
05	Documento expedido pelo INSS, com data dos últimos 30 dias, comprovando a inexistência de benefício previdenciário ativo, em âmbito nacional, em nome do proposto dependente.	
06	Documento expedido pelos Institutos de Previdência Federal, Estadual e Municipal, com data dos últimos 30 dias, comprovando a inexistência de benefício previdenciário, em âmbito federal e regional, em nome do proposto dependente.	
07	No caso de inexistência de Instituto de Previdência Municipal e/ou Estadual, declaração, assinada pelo Empregado e 2 testemunhas, atestando que no município e/ou estado não existe o respectivo Instituto de Previdência.	
08	Declaração emitida pelo Titular, conforme Anexo IX .	
09	declaração do IR do Titular constando o proposto beneficiário como dependente no IR, no caso de empregado da CAIXA.	
10	Cópia do contrato assinado com operadora de plano de saúde, comprovando que o proposto dependente é beneficiário de plano de saúde, que deve constar, obrigatoriamente, o Titular como responsável financeiro.	

Outros documentos solicitados pela CEPES – Central de Atendimento para subsidiar a análise:

Ordem	Descrição do documento	Situação

**6.9 ANEXO IX - BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO -
DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA**

Eu, _____, Titular do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, declaro perante à CAIXA, que o proposto dependente _____:

- é meu dependente econômico no IR;
- não é proprietário de empresa;
- não é sócio de sociedade empresarial;
- não possui bem imóvel;
- o único bem imóvel que possui é utilizado como sua moradia.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

_____, _____ de _____ de _____

Local/Data

(Nome e assinatura do Titular)

Testemunhas:

(Nome e assinatura da testemunha)

CPF: _____

(Nome e assinatura da testemunha)

CPF: _____

6.10 ANEXO X - TERMO DE ADESÃO OU DE CANCELAMENTO DA ADESÃO AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO

Grau de sigilo

#Público

Nome do empregado

Matrícula

Preencha os campos abaixo de acordo com o tipo de solicitação:**1 - ADESÃO AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA MODALIDADE DE REEMBOLSO**

Declaro que conheço e concordo com as normas que regem o Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, regulamentadas nos Manuais Normativos da CAIXA, tomo Recursos Humanos.

Solicitação de adesão retroativa, em conformidade com o [RH227](#).

2 - CANCELAMENTO DE ADESÃO AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA MODALIDADE DE REEMBOLSO

Solicito o cancelamento de minha adesão ao Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, e autorizo o débito em minha folha de pagamento ou em qualquer conta de minha titularidade na CAIXA, de qualquer valor não debitado até a presente data, devidamente comprovado, decorrente de minha adesão ou inscrição de meu(s) dependente(s) no referido Benefício.

Declaro que conheço os Manuais Normativos da CAIXA, tomo Recursos Humanos, que regulamentam o Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, e que concordo com os referidos Normativos.

Estou ciente de que, em função do cancelamento de minha adesão, é devido o reembolso de mensalidade de plano de saúde, por meio do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso, tendo como última referência de reembolso o mês do cancelamento de minha adesão. Outrossim, somente será(ão) realizado(s) reembolso(s) de mensalidade(s) de plano de saúde, em conformidade com o [RH227](#), cujo mês de referência não ultrapasse o mês do cancelamento de minha adesão.

_____, _____ de _____ de _____
Local/Data

Assinatura do empregado

6.11 ANEXO XI - BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SAÚDE NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO OU CANCELAMENTO DE DEPENDENTES

Grau de sigilo
#Público

1) Dados do Titular

Nome do Titular		Matrícula	
Endereço residencial (Av. / Rua / Al. / Travessa)	Nº	Complemento	CEP
Bairro	Município	UF	Agência/Operação/Conta
E-mail:	Telefone	Celular	

2) Tipo de Solicitação

Inscrição Manutenção de inscrição Alteração Cadastral(*) Cancelamento de inscrição

2.1) Dados do Dependente ou do Proposto Dependente

Nome do Dependente: _____
Tipo Dependente <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/>
Nome do Dependente: _____
Tipo Dependente <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/>
Nome do Dependente: _____
Tipo Dependente <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/>
Nome do Dependente: _____
Tipo Dependente <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/>

LEGENDA

Tipo Dependente	C - Cônjuge CP - Companheiro F - Filho E - Enteadado I – Menor sob guarda, tutela ou curatela FI – Filho Incapacitado permanentemente para o trabalho EI - Enteadado Incapacitado permanentemente para o trabalho
Estado Civil	1 – Solteiro 2 – Casado 3 – Viúvo 4 – Desquitado 5 - Divorciado 6 - Separado Judicialmente

3) OBSERVAÇÕES (*Preenchimento obrigatório no caso de alteração cadastral)

--

4) Termos e Condições

Declaro que conheço e concordo com as normas que regem o Benefício de Assistência Saúde na Modalidade de Reembolso, regulamentadas nos Manuais Normativos da CAIXA, tomo Recursos Humanos.

Toda a documentação apresentada para inscrição/renovação/cancelamento de inscrição do(s) proposto(s) dependente(s) atende integralmente às condições previstas nos normativos do Benefício de Assistência Saúde na Modalidade de Reembolso. Estou ciente das sanções previstas nas normas da CAIXA, em caso de constatação de informação inverídica, omissão de informação ou uso indevido do Benefício de Assistência Saúde na Modalidade de Reembolso.

_____, _____ de _____ de _____
Local/Data

Assinatura do titular

6.12 ANEXO XII - BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA MODALIDADE DE REEMBOLSO - SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO DE REEMBOLSO

Grau de sigilo #PUBLICO

Nome do titular	Matrícula	Telefone para contato () -
-----------------	-----------	--------------------------------

E-mail	Número do pedido (CAIXA)
--------	--------------------------

CNPJ da Operadora	Nome ou razão social da Operadora contratada pelo Titular	Número documento fiscal
-------------------	---	-------------------------

Identificação do(s) pedido(s) de reembolso

	Nº Identificação Benef.	Nome Beneficiário	Código Faixa*	Valor Mensalidade	Qtde Parcelas	Meses/Ano referência
01						
02						
03						
04						
05						
06						

***Tabela de códigos de faixas etárias**

Código	Faixa etária
90000005	0 a 18 anos
90000013	19 a 23 anos
90000021	24 a 28 anos
90000030	29 a 33 anos
90000048	34 a 38 anos

Código	Faixa etária
90000056	39 a 43 anos
90000064	44 a 48 anos
90000072	49 a 53 anos
90000080	54 a 58 anos
90000099	59 anos ou mais

_____, ____ de _____ de _____
Local/Data

Assinatura do beneficiário ou responsável