

**MÓDULO 48: AUXÍLIO PARA FILHOS DEPENDENTES, PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS****CAPÍTULO 3: OPERACIONALIZAÇÃO DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO****ANEXO: 1 - Formulário Cadastro Auxílio para Filhos Dependentes Portadores de Necessidades Especiais****1 CADASTRAMENTO**

M 1.1 Para inscrição no benefício, os empregados devem solicitar à chefia imediata o formulário Cadastro Auxílio para Filhos Dependentes, Portadores de Necessidades Especiais (código FW0185) e preenchê-lo com as exigências citadas no subitem 1.3 deste Capítulo.

1.2 Depois de confirmar que as exigências estabelecidas no subitem 1.3 deste Capítulo foram atendidas, o empregado deve entregar a documentação completa à chefia imediata que a encaminhará à Área de Administração de Recursos Humanos ou de Integração Social e Benefícios da Regional. Na Administração Central, a documentação deve ser enviada ao Departamento de Integração Social e Benefícios.

1.2.1 De posse da documentação, o setor de cadastro analisará a solicitação e, caso confirme que ela está de acordo com o estabelecido neste Capítulo, providenciará a alteração do código, no Sistema de Apoio de Recursos Humanos, modificando a qualificação do dependente para que o respectivo empregado passe a fazer jus ao benefício.

1.2.2 O processo de cadastramento para o benefício ficará permanentemente aberto.

1.2.3 A renovação do cadastro (recadastramento) deverá ser feita anualmente, na data que vier a ser fixada pelo Departamento de Integração Social e Benefícios, conforme suas orientações.

1.3 Por ocasião do cadastramento, o empregado deve apresentar:

a) os dados da instituição escolhida (nome, endereço, telefone e CNPJ) e/ou da pessoa física (nome, endereço, telefone, RG, CPF e Registro em Conselho de Classe);

M b) o formulário Auxílio para Filhos Dependentes, Portadores de Necessidades Especiais (código FW0185) devidamente preenchido pelas áreas Médica e/ou Social e a Declaração/laudo médico, homologado pelo Serviço Médico da ECT, atestando a deficiência neuropsicomotora, decorrente de uma das seguintes situações:

I - seqüela de meningite ou encefalite;

II - hidrocefalia microcefálica com seqüela neurológica;

III - paralisia cerebral infantil;



RT

IV - síndrome de *Down*;

V - doença congênita ou hereditária com seqüela neurológica;

VI - seqüela neurológica em tocotraumatismo (traumatismo de parto);

VII - deficiência auditiva – com perda (unilateral ou bilateral) superior a 40 decibéis (dB);

VIII - deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20 graus (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

IX - doenças da fala associada com deficiência neuropsicomotora, não estando incluídas as do tipo gagueira, disartrias, dislalias, timidez e outras;

M

X - esquizofrenias em geral; transtornos psicóticos com provável incidência familiar; retardos mentais em geral; síndrome de Rett; transtornos desintegrativos da infância; transtornos com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados; síndrome de Asperger e transtornos mentais com tentativa de auto-extermínio (suicídio);

XI - autismo;

XII - paraplegia, tetraplegia, amputação ou ausência de membro superior ou inferior.

2 COMPROVAÇÃO DE DESPESAS

2.1 O empregado deve entregar à sua Área Administrativa a documentação comprobatória referente à despesa do mês em curso ou do mês anterior, pois cabe àquela Área de Recursos Humanos ou de Integração Social e de Benefícios onde houver, no período do dia 1º (primeiro) ao dia 10 (dez) de cada mês, para o ressarcimento via folha de pagamento.

2.1.1 O empregado demissionário fará jus ao benefício até o mês do seu desligamento, desde que apresente documento comprobatório da despesa até o dia 10 (dez) do mês de seu desligamento.

2.1.2 De acordo com o subitem 2.4 do Capítulo 2 deste Módulo, no caso de aprovação de ressarcimento de valor excedente ao limite máximo estabelecido no Acordo Coletivo de Trabalho, este também será efetuado na folha de pagamento.

2.1.3 Somente serão ressarcidas as despesas que tenham procedimentos profissionais e éticos legalmente regulamentados.

2.2 O documento original e comprobatório da despesa (recibo/carnê/nota fiscal) deve conter, obrigatoriamente, os seguintes dados:

a) Pessoa Jurídica:



RT

I - razão social;

II - CNPJ;

III - valor da mensalidade;

IV - nome do empregado e/ou dependente;

V - mês de competência;

VI - carimbo ou autenticação mecânica, com comprovação de local, data e valor do pagamento.

b) Pessoa Física:

I - nome e endereço completos, inclusive telefone;

II - RG, CPF e Registro em Conselho de Classe;

III - valor da despesa/mensalidade;

IV - nome do empregado e/ou dependente;

V - local e data do pagamento.

2.2.1 O empregado beneficiário poderá apresentar o documento original, juntamente com uma cópia contendo os dados relacionados no subitem supra, à Área de Recursos Humanos ou de Integração Social e de Benefícios onde houver, que atestará a validade e autenticidade do mencionado documento, para posterior devolução do original ao interessado. O empregado fica compromissado em reapresentá-lo quando se fizer necessário.

2.2.2 O comprovante de pagamento da mensalidade deve ser emitido no nome do empregado beneficiário. Caso o comprovante da Instituição seja emitido em nome do dependente, o empregado solicitará a emissão de recibo de pagamento no seu nome, para fins de comprovação junto à ECT.

2.2.3 Nos casos comprovados de impossibilidade de se utilizar o transporte coletivo urbano público, a ECT ressarcirá, até o limite de 30% (trinta por cento) do valor mensal estabelecido para o benefício, o empregado que utilizar o próprio veículo para transportar o filho dependente, portador de necessidades especiais, à instituição de ensino ou à clínica especializada. O recibo de abastecimento de combustível, devidamente coerente com a distância percorrida (Km), deverá ser anexado à declaração, que poderá ser feita de próprio punho pelo empregado, atestando a responsabilidade legal dos dados informados, conforme descrito no subitem 3.1 deste Capítulo.

2.3 O empregado beneficiário deve atestar a prestação do serviço e do seu valor, assinando no verso do documento original comprobatório da despesa, com sua devida identificação (nome, matrícula, lotação e telefone).

2.3.1 O empregado deve apresentar a declaração da clínica onde faz tratamento.



RT

2.4 O documento comprobatório apresentado após o dia 10 (dez) será considerado juntamente com o do mês seguinte.

2.5 O empregado beneficiário só pode acumular no mesmo mês, para ressarcimento das mensalidades/despesas, os comprovantes do próprio mês em que estão sendo entregues e aqueles do mês imediatamente anterior. As mensalidades/despesas que não se enquadrarem nos prazos descritos neste subitem ficam automaticamente excluídas para efeito de ressarcimento.

2.6 Os limites de valores de ressarcimento, para os subitens 2.4 e 2.5 deste Capítulo, serão computados por mês de competência.

2.7 Nas unidades do interior, o empregado beneficiário apresentará o comprovante da despesa ao chefe da unidade até o dia 5 (cinco) de cada mês, pois cabe à chefia imediata encaminhá-lo à Área de Recursos Humanos ou de Integração Social e de Benefícios onde houver, a fim de rigorosamente cumprir o prazo estipulado no subitem 2.1 deste Capítulo.

3 RESSARCIMENTO

3.1 A ECT reembolsará aos empregados, cujos filhos, enteados e tutelados, dependam de cuidados especiais, as despesas relativas aos tópicos descritos no subitem 2.2 do Capítulo 2 deste Módulo.

3.2 O valor a ser ressarcido, correspondente ao somatório das despesas realizadas mediante prescrição do médico perito da ECT, não pode superar o limite mensal máximo previsto em Acordo Coletivo de Trabalho, em relação a cada um dos dependentes, portador de necessidades especiais. A determinação prevista neste subitem não se aplica aos casos que atenderem os requisitos descritos no subitem 2.4 do Capítulo 2 deste Módulo.

4 GENERALIDADES

4.1 A pessoa jurídica e/ou física prestadora do serviço especializado pode estar localizada em qualquer cidade do país, independente da lotação ou do domicílio do empregado beneficiário do Auxílio.

4.1.1 A localização do profissional e/ou da instituição não implica quaisquer direitos de transferência para o empregado, enquanto beneficiário do Auxílio para Filhos Dependentes, Portadores de Necessidades Especiais, sendo a matéria objeto do Módulo 23 – MANPES (Transferência de Empregado).

4.1.2 Cabe ao empregado beneficiário a responsabilidade de fiscalizar a qualidade dos serviços prestados ao seu filho dependente, isentando a Empresa de responsabilidade de qualquer natureza.



IF 4.1.3 A declaração falsa atestando despesa para obter ressarcimento constitui falta grave e sujeita o autor a processo administrativo, além de configurar crime de falsidade ideológica previsto na legislação aplicável.

* * * * *



MANUAL DE PESSOAL

MÓD: 48
CAP: 3

EMI: 02.05.2006

VIG: 02.05.2006

Anexo 1

2

IF
*

TRATAMENTO APROVADO PELO PERITO MÉDICO - ECT	
<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> HOMOLOGADO Período: ____/____/____ a ____/____/____
<input type="checkbox"/> DR	<input type="checkbox"/> NÃO HOMOLOGADO
TRATAMENTO(S) ESPECIALIZADO(S) PRESCRITO(S): _____	

MEDICAMENTO(S): _____	

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS: _____	

TRANSPORTE PARA DESLOCAMENTO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

____/____/____	_____
DATA	ASS / CARIMBO MÉDICO

PARECER DA ÁREA SOCIAL DA ECT	
RESSACRIMENTO ATÉ 3 VEZES DO TETO ESTABELECIDO EM ACORDO COLETIVO DE TRABALHO ECT	
De acordo com a análise sócioeconómica do caso, somos de parecer:	
<input type="checkbox"/> DESFAVORÁVEL	<input type="checkbox"/> FAVORÁVEL
____/____/____	_____
DATA	ASS / CARIMBO ASSISTENTE SOCIAL / MATRÍCULA

DE ACORDO	
____/____/____	_____
DATA	ASS / CARIMBO CHEFE ÁREA SOCIAL
	ASS / CARIMBO ÁREA RH

Constituem faltas graves, passíveis de punição, a informação falsa e o uso indevido deste benefício.	
DECLARO ESTAR CIENTE DA DECISÃO MENCIONADA ACIMA.	
____/____/____	_____
DATA	ASSINATURA DO EMPREGADO

* * * * *