

**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 rerepresentá-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

AC  HOMOLOGADO Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DR  NÃO HOMOLOGADO

TRATAMENTO(S) ESPECIALIZADO(S) PRESCRITO(S): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MEDICAMENTO(S): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRANSPORTE PARA DESLOCAMENTO:  SIM  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 sócioeconômica do caso, somos de parecer:

DESFAVORÁVEL  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

\*\*\*\*\*