**PORTARIA NORMATIVA CAU/SP N° 207, DE 03 DE JULHO DE 2023.**

Regulamenta os procedimentos e normas para concessão do benefício de Assistência Odontológica no âmbito do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de São Paulo – CAU/SP.

A Presidente do Conselho de Arquitetura e Urbanismo de São Paulo – CAU/SP, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 35 da Lei n° 12.378, de 31 de dezembro de 2010, e o art. 155 do Regimento Interno do CAU/SP, e ainda

Considerando a necessidade de proporcionar aos empregados do Conselho recursos para a adoção de medidas preventivas e corretivas relacionadas à saúde bucal;

Considerando que o art. 458, inciso IV e seu §5º, da CLT, preveem que a assistência odontológica, não integra o salário do empregado;

Considerando o Processo Administrativo SEI nº [00179.002064/2023-16](https://sei.caubr.gov.br/sei/controlador.php?acao=arvore_visualizar&acao_origem=procedimento_visualizar&id_procedimento=53215&infra_sistema=100000100&infra_unidade_atual=110001098&infra_hash=bc4b62fbc4ae7973c39763596498152bf9d3b9f4ebc15ccc6c3c949c074b7ac7).https://sei.caubr.gov.br/infra_js/arvore/24/espaco.gif

**RESOLVE:**

Art. 1º Aprovar as regras, instruções e procedimentos relacionados à concessão de auxílio a título de Assistência Odontológica a ser regida pelas normas estabelecidas nesta Portaria normativa.

Art. 2º A presente Portaria Normativa se aplica a todos os empregados do CAU/SP, mediante atendimento dos requisitos previstos no normativo.

**CAPÍTULO I**

**DO BENEFÍCIO**

Art. 3º O CAU/SP concederá Assistência Odontológica aos seus empregados em forma de reembolso mensal de até R$ 30,00 (trinta reais) por beneficiário, a ser depositado, juntamente com o salário mensal.

Art. 4º A concessão da Assistência Odontológica de que trata o art. 3º será realizada por reembolso e compreenderá os gastos relativos à cobertura por seguros ou planos odontológicos e ortodônticos, individuais ou coletivos, desde que fique comprovado que a prestação dos serviços se destina ao empregado e aos seus dependentes,

Art. 5º São considerados dependentes para esse benefício:

I. Cônjuge ou companheiro(a) de união estável, inclusive os do mesmo sexo;

II. Filhos ou enteados solteiros e menores de vinte e um anos de idade;

III. Filhos ou enteados solteiros menores de 24 (vinte e quatro) anos cursando o 3º grau ou equivalente;

IV. Filhos ou enteados solteiros maiores de vinte e um anos incapacitados permanentemente para o trabalho;

V. Os menores de 21 (vinte e um) anos sob curatela, tutela ou guarda provisória ou permanente;

VI. Maiores de 21 (vinte e um) anos sob curatela (provisória ou definitiva).

**CAPÍTULO II**

**DA COMPROVAÇÃO**

Art. 6º Serão reembolsáveis as despesas lastreadas por documento fiscal ou fatura equivalente, acompanhadas do correspondente comprovante de pagamento, com identificação quanto ao nome do empregado e/ou seu dependente e número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) da provedora dos serviços de seguro ou plano odontológico ou ortodôntico ou da corretora desses serviços.

Art. 7º Poderá ser apresentado um recibo único, contemplando o plano odontológico para o titular e dependentes, ou recibos separados, mesmo que para operadoras distintas.

Art. 8º No primeiro mês de apresentação do recibo, o empregado deverá apresentar cópia de contrato ou apólice, que contenham os nomes dos beneficiários e valores.

Art. 9º Na hipótese de o plano contratado pelo empregado ser coletivo e conter outros beneficiários que não sejam seus dependentes legais, o ressarcimento será devido exclusivamente ao empregado e seus dependentes legais, conforme valores individuais previstos no contrato, e suas atualizações, nos limites estabelecidos neste normativo.

Parágrafo Único. Não havendo possibilidade de identificar os valores individuais em um contrato em grupo, ou se o valor do plano não fizer distinção entre os beneficiários, os valores a serem ressarcidos serão proporcionais ao número de usuários cobertos pelo benefício do CAU/SP.

Art. 10 Na hipótese de o pagamento ter ocorrido em periodicidade diferente da mensal, os valores pagos serão calculados, de modo a encontrar o valor médio mensal, que será a base de cálculo do reembolso.

Art. 11 Se no mesmo contrato houver outros produtos agregados, como por exemplo auxílio saúde, seguro de vida, serão considerados para fins de cálculo do reembolso, as frações correspondentes ao seguro odontológico.

Parágrafo único. Não havendo possibilidade de distinguir os valores por tipo de produto, separadamente, será considerado o valor total a ser pago, mensalmente, por beneficiário, sendo o reembolso efetuado até os limites estabelecidos.

Art. 12 A área de Gestão de Pessoas poderá dispensar a apresentação do documento fiscal ou fatura equivalente mensal, passando a solicitá-lo quando julgar necessário, se houver outras formas de comprovação da manutenção dos valores mensais e manutenção da vigência contratual.

**CAPÍTULO III**

**DO PAGAMENTO**

Art. 13 No mês de admissão do empregado, será considerado o reembolso até os valores limites, proporcional ao número de dias de trabalho no mês.

Art. 14 Os empregados que estiverem usufruindo licença não remunerada, não terão direito ao reembolso durante a vigência da licença.

Art.15 Os empregados afastados pelo INSS poderão solicitar seus reembolsos normalmente.

Art.16 Para os reembolsos requeridos até o dia 16 do mês corrente, os valores admitidos serão reembolsados juntamente com o salário do respectivo mês.

Parágrafo único. Não atendido o critério do art. 16, o pagamento será efetuado no mês subsequente.

Art.17 O prazo limite para requerer o reembolso mensal é até o último dia do mês seguinte ao mês em que tiver ocorrido o pagamento da mensalidade, incluindo as despesas com planos com regime de Coparticipação, admitido o pagamento proporcional aos dias trabalhados.

**CAPÍTULO IV**

**DA ADESÃO**

Art.18 Será voluntária ao empregado sua adesão e de seus dependentes à Assistência Odontológica oferecida pelo CAU/SP.

Art.19 O reembolso será feito mediante os prazos e documentos estabelecidos nesta Portaria Normativa, nos seguintes termos:

I. Requisição do Reembolso no formato do Anexo I desta Portaria e disponibilizada por formulário eletrônico datado;

II. Contrato de prestação de serviços, constando os nomes dos beneficiários e valores pagos;

III. Documento fiscal ou fatura equivalente com comprovante de pagamento mensal.

**CAPÍTULO IV**

**DA SUSPENSÃO OU EXCLUSÃO**

Art. 20 O benefício será cessado ou interrompido para o titular e dependentes a ele vinculados, nas seguintes hipóteses:

I. Licenças e afastamentos sem remuneração;

II. Exoneração ou demissão;

III. Não atendimento aos prazos estabelecidos nesta Portaria Normativa;

IV. Prática de infrações ou de fraude com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita;

V. Falecimento;

VI. Quando deixar de atender às condições de dependência estabelecidas nesta Portaria Normativa.

**CAPÍTULO V**

**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E RESPONSABILIDADES**

Art. 21 O valor previsto nesta Portaria Normativa poderá sofrer reajuste, em razão da aplicação do índice inflacionário, acordado em Acordo Coletivo de Trabalho.

Art. 22 É responsabilidade do empregado assegurar a exatidão das informações e veracidade dos documentos apresentados para obtenção do benefício, assim como manter os dados atualizados junto à área de Gestão de pessoas.

Art. 23 A área de Gestão de Pessoas é responsável por recepcionar a documentação dos empregados e observar o atendimento desta Portaria Normativa.

Art. 24 O CAU/SP poderá, por liberalidade, substituir a forma de concessão do benefício regulamentado por este normativo.

Art. 25 Esta Portaria entra vigor na data de sua publicação.

São Paulo, 03 de julho de 2023.

**Poliana Risso Silva Ueda**

**Presidente do CAU/SP (em exercício)**

**ANEXO I**

**(PORTARIA NORMATIVA CAU/SP N° 207, DE 03 DE JULHO DE 2023)**

**REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO – ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

1. Nome Completo\*

2. CPF\*

3. Beneficiário(a) Atendido(a)\*

I. Titular

II. Dependente

4. Se atendimento de dependente, insira o nome completo dele(a)

5. Avaliação do Serviço e/ou Atendimento contratado\*

I. Muito Satisfeito

II. Satisfeito

III. Parcialmente Satisfeito

IV. Parcialmente Insatisfeito

V. Insatisfeito

6. Insira o documento fiscal e comprovante de pagamento\*

7. Valor do documento inserido\*

8. Comentário

\*Preenchimento obrigatório