

PORTARIA N.TC-0248/2013

~~Dispõe sobre a concessão e pagamento do auxílio-saúde no âmbito do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina e estabelece outras providências.~~

[Revogada pela Portaria n. TC-0371/2022, DOTC-e de 30.08.2022.](#)

~~O PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO SANTA CATARINA, no uso das atribuições conferidas pelos artigos nºs. 90, inciso I, da [Lei Complementar nº 202, de 15 de dezembro de 2000](#), e 271, inciso I, da [Resolução nº TC-06/2001 \(Regimento Interno\)](#), e,~~

~~Considerando as disposições da [Resolução nº TC.076/2013](#), de 29 de abril de 2013, que regulamenta o disposto no artigo 3º da Lei Complementar nº 565, de 11 de janeiro de 2012, promulgado pela Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina em 04 de janeiro de 2013, o qual prevê a concessão de subsídio para custear plano de assistência à saúde dos Membros e dos integrantes do corpo funcional, servidores ativos e inativos, do Tribunal de Contas do Estado,~~

RESOLVE:

~~Art. 1º A concessão e o pagamento do subsídio para a assistência à saúde dos servidores ativos, dos Membros e dos inativos do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, instituído pelo art. 3º da Lei Complementar nº 565, de 2012, com a redação promulgada em 04 de janeiro de 2013, observada a regulamentação constante da [Resolução nº TC-076/2013](#), serão processados nos termos da presente Portaria.~~

~~Art. 2º São considerados beneficiários do auxílio-saúde:~~

~~I— os Conselheiros e os Auditores Substitutos de Conselheiro do Tribunal de Contas do Estado, ativos e inativos;~~

~~II— os servidores efetivos ativos e os ocupantes exclusivamente de cargo em comissão, do corpo funcional do Tribunal de Contas do Estado, e os inativos;~~

~~III — os servidores efetivos cedidos pelo Tribunal de Contas do Estado para outros órgãos públicos com base em convênio ou instrumento similar, com ônus para o cedente (TCESC), desde que o servidor cedido manifeste formalmente opção pelo recebimento do auxílio-saúde concedido pelo Tribunal de Contas.~~

~~Art. 3º O auxílio-saúde é individual e tem por destinatário exclusivamente o Membro, o servidor ativo e o inativo titular ou dependente de plano de assistência à saúde de sua livre escolha.~~

~~§ 1º A concessão do auxílio-saúde corresponderá ao valor comprovadamente pago na condição de titular ou dependente do respectivo plano de saúde, até o limite máximo fixado no Anexo I da [Resolução nº TC-076/2013](#), segmentado por faixas etárias.~~

~~§ 1º A concessão do auxílio-saúde corresponderá a valor único mensal comprovadamente pago na condição de titular ou dependente do respectivo plano de saúde e/ou plano odontológico, até o limite máximo fixado no Anexo I da [Resolução nº TC-076/2013](#) e alterações posteriores, segmentado por faixas etárias. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC e de 31.07.2015\)](#)~~

~~§ 2º O beneficiário fará jus à percepção de valor único mensal para custeio de plano de assistência à saúde, devendo arcar com a diferença no caso do valor do seu plano superar o limite máximo definido no Anexo I da [Resolução nº TC-076/2013](#).~~

~~§ 2º O beneficiário fará jus à percepção de valor único mensal para custeio de plano de assistência à saúde e/ou odontológico, devendo arcar com a diferença no caso do valor dos planos de saúde e/ou odontológico, individual ou somados, superarem o limite máximo definido no Anexo I da [Resolução nº TC-076/2013](#) e alterações posteriores. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC e de 31.07.2015\)](#)~~

~~Art. 4º Não são reembolsáveis pelo Tribunal de Contas do Estado, em conformidade com as disposições do art. 3º da Lei Complementar nº 565, de 2012, quaisquer outras despesas médicas, hospitalares, odontológicas, com medicamentos, co-participação ou outras pertinentes à assistência à saúde, sendo o~~

~~auxílio concedido com a estrita finalidade de custear as despesas individuais do beneficiário com o plano de saúde.~~

~~Art. 4º Não são reembolsáveis pelo Tribunal de Contas do Estado, em conformidade com as disposições do art. 3º da Lei Complementar nº 565, de 2012, quaisquer outras despesas médicas, hospitalares, odontológicas, com medicamentos, coparticipação ou outras pertinentes à assistência à saúde, sendo o auxílio concedido com a estrita finalidade de custear as despesas individuais do beneficiário com o plano de saúde e/ou plano odontológico. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~Art. 5º O valor referente ao ressarcimento do custeio com plano de assistência à saúde tem caráter indenizatório e será lançado na folha de pagamento do beneficiário como rendimento isento e não tributável para fins de Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), com base no artigo 39, inciso XLV, do Decreto Federal nº 3.000, de 26 de março de 1999 (Regulamento do Imposto de Renda), não incidindo sobre ele nenhum desconto.~~

~~Art. 6º O recebimento do auxílio-saúde disciplinado através desta Portaria é condicionado ao não recebimento de auxílio financeiro semelhante, nem possuir o beneficiário outro programa de assistência à saúde custeado integral ou parcialmente pelos cofres públicos, conforme declaração prevista no Anexo I desta Portaria.~~

~~Art. 6º O recebimento do auxílio-saúde disciplinado através desta Portaria é condicionado ao não recebimento de auxílio financeiro semelhante, nem possuir o beneficiário outro programa de assistência à saúde custeado integral ou parcialmente pelos cofres públicos, conforme declaração prevista nos Anexos I e/ou II desta Portaria. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~Art. 7º A concessão do auxílio-saúde para o Membro, o servidor ativo e o inativo, é condicionada a:~~

~~I — requerimento individual através de formulário próprio, conforme Anexo I desta Portaria;~~

~~I — requerimento individual através de formulários próprios, conforme Anexos I e/ou II desta Portaria; [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~II — a apresentação dos seguintes documentos:~~

~~II — a apresentação dos seguintes documentos: [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~a) cópia do contrato celebrado entre o titular e a operadora do plano de assistência à saúde ou documento equivalente, que comprove o vínculo do requerente com o plano de saúde, na condição de titular ou dependente;~~

~~a) cópia do contrato celebrado entre o titular e a operadora do plano de assistência à saúde ou documento equivalente, que comprove o vínculo do requerente com o plano de saúde e/ou odontológico, na condição de titular ou dependente; [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~b) cópia do comprovante de pagamento da última mensalidade à operadora do plano de assistência à saúde, exceto para os beneficiários com consignação automática em folha de pagamento junto ao Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, através de informação dessa situação no requerimento;~~

~~b.1) no caso da despesa com o plano de saúde contemplar, além do titular, dependente(s) do servidor, o valor da mensalidade deve estar discriminado, com a identificação da parcela correspondente a cada um deles;~~

~~b.1) no caso da despesa com o plano de saúde e/ou odontológico contemplar, além do titular, dependente(s) do servidor, o valor da mensalidade deve estar discriminado, com a identificação da parcela correspondente a cada um deles; [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~b.2) quando o plano de saúde contemplar titular e dependente, ambos servidores do Tribunal de Contas, essa situação deve estar informada, constando a especificação dos respectivos valores;~~

~~b.2) quando o plano de saúde e/ou odontológico contemplar titular e dependente, ambos servidores do Tribunal de Contas, essa situação deve estar~~

informada, constando a especificação dos respectivos valores; [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC e de 31.07.2015\)](#)

~~c) cópia do comprovante de que a operadora do plano de saúde está regular e autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, caso a mesma ainda não tenha código de consignação aprovado no Tribunal de Contas do Estado;~~

~~c) cópia do comprovante de que a operadora do plano de saúde e/ou plano odontológico está regular e autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, caso a mesma ainda não tenha código de consignação aprovado no Tribunal de Contas do Estado; [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC e de 31.07.2015\)](#)~~

~~III — declaração do requerente de que não incide nas vedações contidas na Resolução e nesta Portaria.~~

~~Parágrafo único. A comprovação a que se refere o inciso II, letra a, deste artigo, poderá efetivar-se através de declaração expedida pela operadora do plano de assistência à saúde, pelo órgão gestor do plano de saúde do Governo do Estado (SC Saúde) ou pela Associação dos Servidores do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (ASTC), com informações sobre o plano e sua vinculação, data de adesão, a condição de titular ou dependente, se for o caso.~~

~~Art. 8º É atribuição do Departamento de Recursos Humanos deste Tribunal de Contas (DRH/DAF/DGPA):~~

~~Art. 8º É atribuição da Diretoria de Gestão de Pessoas deste Tribunal de Contas (DGP/DGPA): [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC e de 09.07.2015\)](#)~~

~~I — examinar se o requerimento e os documentos anexados preenchem as condições estabelecidas nesta Portaria e na [Resolução n. TC-076/2013](#), para fins de concessão do auxílio-saúde;~~

~~II — comunicar ao requerente eventual desconformidade do requerimento e/ou dos documentos, definindo o prazo máximo de 30 (trinta) dias para fins de regularização do pedido.~~

~~Art. 9º Constatada a regularidade da documentação, o requerimento instruído será encaminhado à apreciação do Diretor Geral de Planejamento e Administração (DGPA), do Tribunal de Contas, ao qual fica delegada a atribuição de deferir ou indeferir as petições de auxílio-saúde, conforme o caso.~~

~~§ 1º Ficam excetuadas da delegação prevista no caput deste artigo os despachos a serem proferidos acerca de requerimentos dos Membros ativos e inativos deste Tribunal de Contas.~~

~~§ 2º O deferimento do pedido pela autoridade competente implica na concessão do auxílio-saúde a partir do mês do requerimento.~~

~~§ 3º A falta de regularização dos documentos apresentados pelo requerente impede o deferimento do pedido e consequente concessão do auxílio-saúde.~~

~~Art. 10. Constituem obrigações do beneficiário do auxílio-saúde:~~

~~I — o pagamento das mensalidades, na condição de titular ou dependente, junto à operadora do seu plano de saúde;~~

~~II — a comprovação semestral perante o Tribunal de Contas do Estado do pagamento das mensalidades do plano de saúde, exceto para o beneficiário com plano de saúde consignado na folha de pagamento;~~

~~III — a comunicação imediata ao Tribunal de Contas do Estado da rescisão do seu contrato de plano de saúde, de adesão a outro plano de saúde, de cancelamento de adesão a plano de saúde, da alteração do valor pago mensalmente, ou outra alteração que afete a concessão do benefício ou o valor do ressarcimento.~~

~~Parágrafo único. Sempre que ocorrer a modificação do valor mensal pago ao plano de saúde, o beneficiário deverá requerer a alteração do valor a ser ressarcido através do formulário constante do Anexo I desta Portaria, até o dia 10 do mês subsequente.~~

~~Art. 10. Constituem obrigações do beneficiário do auxílio-saúde: [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~I – o pagamento das mensalidades, na condição de titular ou dependente, junto à operadora do seu plano de saúde e/ou odontológico; [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 – DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~II – a comprovação semestral perante o Tribunal de Contas do Estado do pagamento das mensalidades do plano de saúde e/ou odontológico, observado o art. 11 desta Portaria; [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 – DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~III – a comunicação imediata ao Tribunal de Contas do Estado da rescisão do seu contrato de plano de saúde e/ou odontológico, de adesão a outro plano de saúde e/ou odontológico, de cancelamento de adesão a plano de saúde e/ou odontológico, da alteração do valor pago mensalmente, ou outra alteração que afete a concessão do benefício ou o valor do ressarcimento. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 – DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~§ 1º Sempre que ocorrer a modificação do valor mensal pago ao plano de saúde e/ou odontológico, o beneficiário deverá requerer a alteração do valor a ser ressarcido através dos formulários constantes dos Anexos I e/ou II desta Portaria, até o dia 10 do mês subsequente. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 – DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~§ 2º Quando se tratar de reajuste do valor ou outra alteração do plano de saúde e/ou odontológico, cujo pagamento da mensalidade dá-se através de consignação em folha de pagamento, a comprovação poderá efetivar-se por meio de documento que especifique os motivos, a data inicial e os beneficiários abrangidos pela alteração, expedido pela operadora do plano de assistência à saúde, pelo órgão gestor do plano de saúde do Governo do Estado (SC Saúde) ou pela Associação dos Servidores do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (ASTC), destinado à Diretoria Geral de Planejamento e Administração (DGPA), deste Tribunal, até o dia 10 do mês subsequente. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 – DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~Art. 11. A comprovação semestral do pagamento a que se refere o inciso II do art. 10 desta Portaria será efetivada junto ao Departamento de Recusos Humanos e observará:~~

~~Art. 11. A comprovação semestral do pagamento a que se refere o inciso II do art. 10 desta Portaria será efetivada junto à Diretoria de Gestão de Pessoas e observará: [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 – DOTC e de 31.07.2015\)](#)~~

~~I – documentos aceitos para comprovação dos pagamentos de cada uma das mensalidades referentes ao respectivo semestre:~~

~~a) boleto bancário ou documento equivalente que demonstre a quitação junto à operadora do plano de saúde no período semestral correspondente, contendo, no mínimo, informações sobre a razão social da operadora, identificação do servidor ou do titular do plano, no caso de servidor dependente, o mês de competência e a discriminação do valor pago; ou~~

~~a) boleto bancário ou documento equivalente que demonstre a quitação junto à operadora do plano de saúde e/ou odontológico no período semestral correspondente, contendo, no mínimo, informações sobre a razão social da operadora, identificação do servidor ou do titular do plano, no caso de servidor dependente, o mês de competência e a discriminação do valor pago; ou [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 – DOTC e de 31.07.2015\)](#)~~

~~b) declaração da operadora do plano de saúde, identificada com a razão social completa e o CNPJ, dos pagamentos mensais realizados pelo beneficiário, discriminadamente, no período semestral correspondente; ou~~

~~b) declaração da operadora do plano de saúde e/ou odontológico, identificada com a razão social completa e o CNPJ, dos pagamentos mensais realizados pelo beneficiário, discriminadamente, no período semestral correspondente; ou [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 – DOTC e de 31.07.2015\)](#)~~

~~c) na hipótese de o pagamento da mensalidade efetivar-se através de consignação em folha de pagamento do Tribunal de Contas, a comprovação poderá ser efetivada através da apresentação de declaração expedida pela operadora do plano de assistência à saúde, pelo órgão gestor do plano de saúde do Governo do Estado (SC Saúde) ou pela Associação dos Servidores do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (ASTC).~~

~~II — composição do período semestral estabelecido e data limite para a comprovação, que será prorrogada para o dia útil imediatamente subsequente se o prazo definido recair em sábado, domingo ou feriado:~~

~~a) semestre I: meses de março a agosto; comprovação do pagamento das mensalidades até o dia 10 de setembro subsequente;~~

~~b) semestre II: meses de setembro a fevereiro; comprovação do pagamento das mensalidades até o dia 10 de março subsequente.~~

~~§ 1º A não comprovação do pagamento do plano de saúde na forma e nos prazos estipulados neste artigo implica na imediata suspensão do benefício concedido pelo Tribunal de Contas do Estado.~~

~~§ 1º A não comprovação do pagamento do plano de saúde e/ou odontológico na forma e nos prazos estipulados neste artigo implica na imediata suspensão do benefício concedido pelo Tribunal de Contas do Estado. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC e de 31.07.2015\)](#)~~

~~§ 2º O servidor em gozo de férias, licença-prêmio ou outro afastamento legal fica obrigado ao atendimento das disposições deste artigo.~~

~~Art. 12. A falta de regularização de documentos ou da comprovação de pagamento do plano de saúde no prazo máximo de 30 (trinta) dias, implicará no cancelamento do auxílio-saúde, ficando o beneficiário sujeito à devolução das parcelas recebidas desde a data da comunicação para regularização ou da data fixada para a comprovação de pagamento do plano, conforme o caso, sem prejuízo das sanções administrativas e penais cabíveis.~~

~~Art. 12. A falta de regularização de documentos ou da comprovação de pagamento do plano de saúde e/ou odontológico no prazo máximo de 30 (trinta) dias, implicará no cancelamento do auxílio-saúde, ficando o beneficiário sujeito à devolução das parcelas recebidas desde a data da comunicação para regularização ou da data fixada para a comprovação de pagamento do plano de saúde e/ou odontológico, conforme o caso, sem prejuízo das sanções administrativas e penais cabíveis. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC e de 31.07.2015\)](#)~~

~~§ 1º A devolução dos valores pagos pelo Tribunal de Contas do Estado a título de auxílio-saúde, motivada pela inadimplência das obrigações referidas neste~~

~~artigo, será efetivada através de desconto em folha de pagamento, precedida de comunicação do procedimento ao Membro, servidor ativo e inativos.~~

~~§ 2º A regularização dos documentos ou a comprovação intempestiva do pagamento das mensalidades do plano de saúde:~~

~~§ 2º A regularização dos documentos ou a comprovação intempestiva do pagamento das mensalidades do plano de saúde e/ou odontológico: [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC e de 09.07.2015\)](#)~~

~~I — susta o desconto em folha dos valores recebidos a título de auxílio-saúde;~~

~~II — não provoca por si só a restituição dos valores já descontados;~~

~~III — não restaura automaticamente o pagamento do benefício, devendo o servidor requerê-lo de acordo com as condições estabelecidas no artigo 7º desta Portaria.~~

~~§ 3º O restabelecimento do pagamento do auxílio-saúde a que se refere o § 2º dar-se-á a partir do mês do novo requerimento, não se verificando o pagamento de valores retroativos.~~

~~Art. 13. O Departamento de Recursos Humanos poderá solicitar ao beneficiário do auxílio-saúde a apresentação de documentos complementares aos estabelecidos nesta Portaria, para esclarecimento de eventuais dúvidas ou atualização de registros funcionais.~~

~~Art. 13. A Diretoria de Gestão de Pessoas poderá solicitar ao beneficiário do auxílio-saúde a apresentação de documentos complementares aos estabelecidos nesta Portaria, para esclarecimento de eventuais dúvidas ou atualização de registros funcionais. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 — DOTC e de 31.07.2015\)](#)~~

~~Art. 14. O auxílio-saúde será suspenso ou cancelado, conforme o exame do caso concreto, a pedido do próprio servidor ou por iniciativa do Tribunal de Contas, nas seguintes hipóteses:~~

~~I — exoneração ou demissão;~~

~~II — falecimento;~~

~~III — licença ou afastamento sem remuneração;~~

~~IV — decisão judicial;~~

~~V — recebimento de vantagem semelhante, cuja informação foi omitida pelo beneficiário;~~

~~VI — prestação de informações inverídicas pelo beneficiário;~~

~~VII — rescisão de convênio ou instrumento similar firmado pelo Tribunal de Contas, que dá amparo para cessão de servidor para outro órgão público ou entidade;~~

~~VIII — cessão a outro órgão ou entidade, exceto se a cessão atender interesse recíproco, expresso por meio de convênio ou instrumento similar celebrado pelo Tribunal de Contas;~~

~~IX — outras situações previstas em lei ou definidas no regulamento.~~

~~§ 1º No caso dos incisos V e VI o servidor, além do ressarcimento de valores recebidos indevidamente, poderá sofrer as sanções previstas na legislação vigente.~~

~~§ 2º Na hipótese dos incisos I, III, VII e VIII o Departamento de Recursos Humanos deve providenciar a imediata sustação do pagamento e da concessão do auxílio-saúde, e solicitar ao servidor que apresente os comprovantes dos pagamentos do plano de saúde efetivados no período anterior, conforme o art. 11 desta Portaria.~~

~~§ 2º Na hipótese dos incisos I, III, VII e VIII a Diretoria de Gestão de Pessoas deve providenciar a imediata sustação do pagamento e da concessão do auxílio-saúde, e solicitar ao servidor que apresente os comprovantes dos pagamentos do plano de saúde e/ou odontológico efetivados no período anterior, conforme o art. 11 desta Portaria. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015—DOTC e de 31.07.2015\)](#)~~

~~Art. 15. Verificado a qualquer tempo o pagamento indevido do auxílio-saúde, o servidor deverá restituir os valores recebidos, que será procedido mediante desconto em folha de pagamento.~~

~~§ 1º Em caso de exoneração, falecimento ou afastamento legal que resulte no cancelamento ou na sustação do pagamento do benefício, os valores~~

~~percebidos indevidamente pelo servidor serão descontados em parcela única das verbas rescisórias.~~

~~§ 2º O cancelamento ou a sustação do benefício em razão de requerimento do servidor ou por iniciativa do Tribunal de Contas será efetivado a partir do mês da comunicação pelo beneficiário ou das providências da Administração.~~

~~Art. 16. O servidor que acumular cargos na forma da Constituição Federal fará jus à percepção de auxílio-saúde com relação a um dos vínculos, conforme expressa opção.~~

~~Art. 17. A concessão do auxílio-saúde aos atuais Membros, aos servidores ativos e aos inativos do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, é condicionada ao requerimento individual do benefício até o dia 10 de maio de 2013 e o preenchimento das condições estabelecidas na [Resolução nº TC-076/2013](#) e nesta Portaria, e será efetivada com efeitos a contar de 01 de abril de 2013.~~

~~Art. 18. Fica aprovado o formulário constante do Anexo I desta Portaria para fins de pedido de concessão e alteração do auxílio-saúde e as declarações a que se sujeitam os requerentes.~~

~~Art. 18. Ficam aprovados os formulários constantes dos Anexos I e II desta Portaria para fins de pedido de concessão e alteração do auxílio-saúde e as declarações a que se sujeitam os requerentes. [\(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 – DOTC-e de 31.07.2015\)](#)~~

~~Art. 19. A presente Portaria entra em vigor na data da sua publicação.~~

~~Gabinete da Presidência, em 02 de maio de 2013~~

~~Salomão Ribas Junior~~

~~Presidente~~

~~Este texto não substitui o publicado no DOTC-e de 06.05.2013~~

ANEXO I

**Excelentíssimo Senhor Conselheiro Presidente
do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina.**

TCE/SC	REQUERIMENTO RELATIVO AO AUXÍLIO-SAÚDE (Art. 3º da LC n. 565, de 11/01/2012, promulgado em 04/01/2013, c/c Resolução n. TC-076/2013)	
MEMBRO ou SERVIDOR BENEFICIÁRIO		
Nome do(a) Requerente:		Matrícula:
Cargo: I - Membros: () Conselheiro () Auditor Substituto de Conselheiro () Inativo II - Servidores: () Cargo Efetivo () Inativo () Cargo Comissionado		
Endereço:		Telefone(s) para contato:
		E-mail:
Solicito o deferimento do que segue indicado, com relação ao auxílio-saúde:		
() Concessão	() Restabelecimento	() Alteração de Plano
() Alteração de Operadora	() Alteração do valor mensal pago	() Cancelamento
() Outros (Comunicação de afastamento sem remuneração, falecimento, exoneração, opção pelo recebimento em outro órgão público etc.). Especificar:		
Identificação do Plano de Saúde:	Razão Social:	CNPJ:
Data do Contrato ou da Adesão:	Valor mensal pago ao Plano de Saúde. Condição de: () titular () dependente R\$ _____	() Anexação de declaração da Operadora do Plano de Saúde
() Declaro que o pagamento do meu plano de saúde ocorre através de consignação em folha de pagamento do Tribunal de Contas (por exemplo: Plano contratado por meio da ASTC ou o Plano SC SAÚDE do Governo do Estado). Informar:		
() Declaro que o pagamento do plano de saúde não ocorre mediante consignação em folha de pagamento do TCE/SC.		
Observações/esclarecimentos relativos à situação pessoal do(a) Requerente:		
Declaração Obrigatória do(a) Requerente do Auxílio-Saúde		
DECLARO, para todos os efeitos legais, que não percebo auxílio-saúde semelhante, nem possuo programa de assistência à saúde custeado integral ou parcialmente pelos cofres públicos. Declaro, ainda, que não incido nas vedações constantes dos dispositivos que regulam a concessão do benefício e que estou ciente das condições para concessão e alterações do auxílio-saúde pelo Tribunal de Contas nos termos do art. 3º da LC n. 565, de 2012, regulamentado pela Resolução n. TC-076/2013, e na Portaria n. TC/GAP-248/2013, assim como tenho conhecimento de que fico sujeito às sanções administrativas e penais aplicáveis em caso de falsidade ideológica.		
Outros (por exemplo, declarar acúmulo de cargos públicos, opção pelo recebimento do auxílio-saúde concedido pelo TCE/SC). Especificar:		
Data:	Assinatura do(a) Requerente/Declarante:	

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH)		
Análise do pedido de concessão e alterações do Auxílio-Saúde		
☐ O Plano de Saúde do(a) Requerente é vinculado à(ao) _____. A mensalidade é paga através de consignação em folha do TCSC: ☐ sim ☐ não ☐ A documentação examinada está completa e correta. ☐ A documentação está incompleta e/ou incorreta, de acordo com a informação anexada. OBS:		
Data:	Servidor(a) Responsável:	Chefe do DRH:

DIRETOR-GERAL DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO (DGPA)	
☐ Defiro o pedido , de acordo com a manifestação do DRH.	
☐ Indefiro o pedido pelos motivos expostos pelo DRH.	
Observações:	
Data:	Assinatura:

ANEXO I

(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015 – DOTC e de 31.07.2015)

**ESTADO DE SANTA CATARINA
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**

~~Excelentíssimo Senhor Conselheiro Presidente do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina.~~

TCE/SC	REQUERIMENTO RELATIVO AO AUXÍLIO-SAÚDE PLANO DE SAÚDE (Art. 3º da LC n. 565, de 11/01/2012, promulgado em 04/01/2013, c/c Resolução n. TC-076/2013 e alterações posteriores)	
MEMBRO ou SERVIDOR BENEFICIÁRIO		
Nome do(a) Requerente:	Matrícula:	
Cargo: I – Membros: ☐ Conselheiro ☐ Auditor Substituto de Conselheiro ☐ Inativo II – Servidores: ☐ Cargo Efetivo ☐ Inativo ☐ Cargo Comissionado		
Endereço:	Telefone(s) para contato:	
	E-mail:	
Solicito o deferimento do que segue indicado, com relação ao auxílio-saúde:		
☐ Concessão	☐ Restabelecimento	☐ Alteração de Plano
☐ Alteração de Operadora	☐ Alteração do valor mensal pago	☐ Cancelamento
☐ Outros (Comunicação de afastamento sem remuneração, falecimento, exoneração, opção pelo recebimento em outro órgão público etc.). Especificar:		
Identificação do Plano de Saúde:	Razão Social:	CNPJ:

Data do Contrato ou da Adesão:	Valor mensal pago ao Plano de Saúde na condição de: () titular () dependente R\$ _____	() Anexação de declaração da Operadora do Plano de Saúde
() Declaro que o pagamento do meu plano de saúde ocorre através de consignação em folha de pagamento do Tribunal de Contas (por exemplo: Plano contratado por meio da ASTC ou o Plano SC-SAÚDE do Governo do Estado). Informar:		
() Declaro que o pagamento do plano de saúde não ocorre mediante consignação em folha de pagamento do TCSC.		
Observações/esclarecimentos relativos à situação pessoal do(a) Requerente:		
Declaração Obrigatória do(a) Requerente do Auxílio-Saúde		
DECLARO, para todos os efeitos legais, que não percebo auxílio-saúde semelhante, nem possuo programa de assistência à saúde custeado integral ou parcialmente pelos cofres públicos. Declaro, ainda, que não incido nas vedações constantes dos dispositivos que regulam a concessão do benefício e que estou ciente das condições para concessão e alterações do auxílio-saúde pelo Tribunal de Contas nos termos do art. 3º da LC n. 565, de 2012, regulamentado pela Resolução n. TC-076/2013 e alterações subsequentes, e na Portaria n. TC/GAP-248/2013 e alterações posteriores, assim como tenho conhecimento de que fico sujeito às sanções administrativas e penais aplicáveis em caso de falsidade ideológica.		
Outros (por exemplo, declarar acúmulo de cargos públicos, opção pelo recebimento do auxílio-saúde concedido pelo TCSC). Especificar:		
Data:	Assinatura do(a) Requerente/Declarante:	

DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS (DGP)		
Análise do pedido de concessão e alterações do Auxílio-Saúde		
() O Plano de Saúde do(a) Requerente é vinculado à(ao) _____. A mensalidade é paga através de consignação em folha do TCSC: () sim () não () A documentação examinada está completa e correta. () A documentação está incompleta e/ou incorreta, de acordo com a informação anexada.		
OBS:		
Data:	Servidor Responsável:	Diretoria de Gestão Pessoas—DGP

DIRETOR-GERAL DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO (DGPA)	
() Defiro o pedido , de acordo com a manifestação da DGP.	
() Indefiro o pedido pelos motivos expostos pela DGP.	
Observações:	
Data:	Assinatura:

ANEXO II

(Redação dada pela Portaria N.TC-0426/2015—DOTC e de 31.07.2015)

ESTADO DE SANTA CATARINA TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO

Excelentíssimo Senhor Conselheiro Presidente do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina.

TCE/SC	REQUERIMENTO RELATIVO AO AUXÍLIO-SAÚDE PLANO ODONTOLÓGICO (Art. 3º da LC n. 565, de 11/01/2012, promulgado em 04/01/2013, c/c Resolução n. TC-076/2013 e alterações posteriores)	
MEMBRO ou SERVIDOR BENEFICIÁRIO		
Nome do(a) Requerente:	Matrícula	
Cargo:	I - Membros: () Conselheiro () Auditor Substituto de Conselheiro () Inativo II - Servidores: () Cargo Efetivo () Inativo () Cargo Comissionado	
Endereço:	Telefone(s) para contato:	
	E-mail:	
Solicito o deferimento do que segue indicado, com relação ao auxílio-saúde:		
() Concessão	() Restabelecimento	() Alteração de Plano
() Alteração de mensalidade	() Alteração do valor	() Cancelamento
Operadora		
() Outros (Comunicação de afastamento sem remuneração, falecimento, exoneração, opção pelo recebimento em outro órgão público etc.): Especificar:		
Identificação do Plano Odontológico:	Razão Social:	CNPJ:
Data do Contrato ou da Adesão:	Valor mensal pago ao Plano Odontológico na condição de:	() Anexação de declaração da Operadora do Plano Odontológico
	() titular	
	() dependente	
	R\$	
() Declaro que o pagamento do meu plano odontológico ocorre através de consignação em folha de pagamento do Tribunal de Contas (Plano contratado por meio da ASTC).		
() Declaro que o pagamento do plano odontológico não ocorre mediante consignação em folha de pagamento do TCSC.		
Observações/esclarecimentos relativos à situação pessoal do(a) Requerente:		
Declaração Obrigatória do(a) Requerente do Auxílio-Saúde		
DECLARO, para todos os efeitos legais, que não percebo auxílio-saúde semelhante, nem possuo programa de assistência à saúde custeado integral ou parcialmente pelos cofres públicos. Declaro, ainda, que não incido nas vedações constantes dos dispositivos que regulam a concessão do benefício e que estou ciente das condições para concessão e alterações do auxílio-saúde pelo Tribunal de Contas nos termos do art. 3º da LC n. 565, de 2012, regulamentado pela Resolução n. TC-076/2013 e alterações subsequentes, e na Portaria n. TC/GAP-248/2013 e alterações posteriores, assim como tenho conhecimento de que fico sujeito às sanções administrativas e penais aplicáveis em caso de falsidade ideológica.		
Outros (por exemplo, declarar acúmulo de cargos públicos, opção pelo recebimento do auxílio-saúde concedido pelo TCSC): Especificar:		
Data:	Assinatura do(a) Requerente/Declarante:	

DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS (DGP)		
Análise do pedido de concessão e alterações do Auxílio-Saúde		
() O Plano Odontológico do(a) Requerente é vinculado à(ao) _____. A mensalidade é paga através de consignação em folha do TCSC: () sim () não		
() A documentação examinada está completa e correta.		
() A documentação está incompleta e/ou incorreta, de acordo com a informação anexada.		
OBS:		
Data:	Servidor Responsável:	Diretoria de Gestão Pessoas - DGP



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

☐ Defiro o pedido , de acordo com a manifestação da DGP.	
☐ Indefiro o pedido pelos motivos expostos pela DGP.	
Observações:	
Data:	Assinatura: