

PORTARIA N.TC-0426/2015

~~Alterar a Portaria nº TC 0248/2013, que trata sobre a concessão e pagamento do auxílio-saúde no âmbito do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina.~~

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

~~O PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE 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](#), com alteração dada pela [Resolução nº TC 105/2014, de 15 de dezembro de 2014](#),~~

RESOLVE:

~~Art. 1º Os §§ 1º e 2º do artigo 3º, o artigo 4º, o artigo 6º, o inciso I e as alíneas a, b.1, b.2 e c do inciso II do artigo 7º, o *caput* do artigo 8º, o artigo 10, o *caput*, as alíneas a e b do inciso I e o parágrafo 1º do artigo 11, o *caput* e o parágrafo 2º do artigo 12, o *caput* e o parágrafo 2º do artigo 13, e o artigo 18 da [Portaria nº TC 0248/2013](#), que trata sobre a concessão e pagamento do auxílio-saúde no âmbito do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, passam a ter a seguinte redação:~~

~~"Art. 3º....."~~

~~§ 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.~~

~~§ 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.

~~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.~~

~~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.~~

~~Art. 7º~~

~~I requerimento individual através de formulários próprios, conforme Anexos I e/ou II desta Portaria;~~

~~II a apresentação dos seguintes documentos:~~

~~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;~~

~~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;~~

~~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;~~

~~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;~~

~~.....~~

~~Art. 8º É atribuição da Diretoria de Gestão de Pessoas deste Tribunal de Contas (DGP/DGPA):~~

~~.....~~
~~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 e/ou odontológico;~~

~~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;~~

~~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.~~

~~§ 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.~~

~~§ 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.~~

~~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:~~

~~I –~~

~~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~~

~~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~~

.....
~~§ 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.~~

.....
~~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.~~

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

.....
~~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.~~

~~Art. 14.....~~

~~§ 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 de~~

~~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.~~

~~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."~~

~~Art. 2º. A presente Portaria entra em vigor na data da sua publicação.~~

~~Florianópolis, 1º de julho de 2015.~~

~~Luiz Roberto Herbst
Presidente~~

~~Este texto não substitui o publicado no DOTC e de 31.07.2015.~~

ANEXO I

**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:	GNPJ:	

Data do Contrato ou da Adesão:	Valor mensal pago ao Plano de Saúde na condição de: <input type="checkbox"/> titular <input type="checkbox"/> dependente R\$ _____	<input type="checkbox"/> Anexação de declaração da Operadora do Plano de Saúde
<input type="checkbox"/> 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:		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> O Plano de Saúde do(a) Requerente é vinculado à(ao) _____.		
A mensalidade é paga através de consignação em folha do TCSC: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
<input type="checkbox"/> A documentação examinada está completa e correta.		
<input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> Defiro o pedido , de acordo com a manifestação da DGP.		
<input type="checkbox"/> Indefiro o pedido pelos motivos expostos pela DGP.		
Observações:		
Data:	Assinatura:	

ANEXO II

**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 paga	() 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

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



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Data:	Assinatura:
-------	-------------