

POLÍTICA DE REEMBOLSO DE PLANO DE SAÚDE

São Paulo Parcerias S.A.

4ª Edição: julho de 2023

Diretoria de Gestão e Estratégia

São Paulo Parcerias S.A.

1ª Edição – set/2017

2ª Edição – nov/2017

3ª Edição – ago/2018

4ª Edição – jul/2023

Rua Líbero Badaró, 293 – Cjs. 25C

São Paulo – SP

Agosto/2023

Sumário

1. OBJETIVO.....	4
2. ABRANGÊNCIA	4
3. VALOR DO REEMBOLSO	4
4. PROCEDIMENTO	5
ANEXO I – TABELA DE REEMBOLSO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA.....	6
ANEXO II – DECLARAÇÃO	7
ANEXO III – DECLARAÇÃO	8

1. OBJETIVO

Estabelecer os procedimentos e diretrizes relativos ao reembolso de plano de saúde, atendendo à diretriz de implementação de Assistência Médica de Saúde Complementar para os funcionários e diretores da São Paulo Parcerias S.A.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os funcionários e diretores da São Paulo Parcerias S.A. e seus dependentes.

Para efeito desta Política são considerados dependentes:

- a) cônjuge;
- b) companheiro, desde que comprovada união estável;
- c) descendente (filho/s e enteado/s) até 21 (vinte e um) anos; ou até 24 (vinte e quatro) anos, se estudante universitário;
- d) descendente que seja pessoa com deficiência, nos termos da Lei Federal nº 13.146/2015¹, sem limitação de idade e declarado no Imposto de Renda como dependente.

Para fazer jus ao reembolso previsto nessa Política, o funcionário deverá apresentar declaração de que não recebe, tampouco seus dependentes, qualquer tipo de reembolso das mensalidades de Plano de Saúde, conforme ANEXO II.

3. VALOR DO REEMBOLSO

O valor do reembolso será concedido e calculado utilizando a TABELA DE REEMBOLSO, constante no ANEXO I, aos funcionários e diretores, desde que tenham ou venham a CONTRATAR

¹ "Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas".

plano/seguro de saúde, privado ou em grupo, à sua livre escolha, respeitada a faixa etária do titular e de seus respectivos dependentes, conforme previsto no item 2.

O reembolso fica limitado ao valor do recibo da operadora em favor do funcionário ou do diretor, e seus dependentes, a ser apresentado ao setor Administrativo e Financeiro da companhia.

Os valores da Tabela de Reembolso, constante no ANEXO I, serão reajustados anualmente (data-base: mês de julho), pelo índice definido pela Agência Nacional de Saúde - ANS, para atualização dos planos de saúde individuais.

4. PROCEDIMENTO

Os funcionários e diretores que aderirem ao sistema de reembolso deverão entregar os documentos comprobatórios da contratação do seu plano de saúde e o comprovante de seu devido pagamento até o dia 20 de cada mês.

O valor do reembolso será creditado na conta corrente junto com o salário ou pró-labore.

Para fins de reembolso serão aceitos os recibos que estiverem em nome do funcionário ou diretor, ambos na condição de titular, ou, ainda, os que estiverem em nome de seus dependentes.

Terá, ainda, direito a reembolso funcionário ou diretor que esteja incluído em plano de saúde familiar, e que faça a declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) em separado, incluindo em sua declaração do IRPF o valor que lhe corresponde no contrato (sua parte do plano), para fins de dedução, nos termos da Instrução Normativa RFB nº 1.500/2014.

4.3.2. Para fazer jus ao reembolso previsto no item 4.3.1, o funcionário ou diretor deverá apresentar declaração informando, sob as penas da lei, que submeteu declaração de IRPF relativa ao exercício anterior, ou, ainda, que submeterá declaração de IRPF atinente ao exercício em curso, à Receita Federal do Brasil, fazendo constar o valor que lhe corresponde no contrato de Plano de Saúde Familiar, para fins de dedução, conforme ANEXO III.

ANEXO I – TABELA DE REEMBOLSO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Valores Limite e Participação da Empresa												
VALOR BASE PARA CÁLCULO DO REEMBOLSO - R\$			465,04	617,09	680,61	732,88	783,71	852,01	1.139,35	1.328,94	1.579,23	2.787,92
DISTRIBUIÇÃO DE FAIXA ETÁRIA			0-18 anos	19-23 anos	24-28 anos	29-33 anos	34-38 anos	39-43 anos	44-48 anos	49-53 anos	54-58 anos	acima de 59 anos
Faixa Salarial Geral		Participação da Empresa	Valores Máximos para Reembolso (calculados sobre o Valor base)									
De	Até											
-	2.738,19	90%	418,54	555,38	612,55	659,59	705,34	766,81	1.025,42	1.196,05	1.421,31	2.509,13
2.738,20	3.603,29	85%	395,28	524,53	578,52	622,95	666,15	724,21	968,45	1.129,60	1.342,35	2.369,73
3.603,30	4.741,72	80%	372,03	493,67	544,49	586,30	626,97	681,61	911,48	1.063,15	1.263,38	2.230,34
4.741,73	6.239,73	75%	348,78	462,82	510,46	549,66	587,78	639,01	854,51	996,71	1.184,42	2.090,94
6.239,74	8.211,05	70%	325,53	431,96	476,43	513,02	548,60	596,41	797,55	930,26	1.105,46	1.951,54
8.211,06	10.805,23	65%	302,28	401,11	442,40	476,37	509,41	553,81	740,58	863,81	1.026,50	1.812,15
10.805,24	14.218,98	60%	279,02	370,25	408,37	439,73	470,23	511,21	683,61	797,36	947,54	1.672,75
14.218,99	18.711,16	50%	232,52	308,55	340,31	366,44	391,86	426,01	569,68	664,47	789,62	1.393,96
18.711,17		45%	209,27	277,69	306,27	329,80	352,67	383,40	512,71	598,02	710,65	1.254,56

Conforme definida pela Junta Orçamentário-Financeira – JOF (Ata SF/JOF Nº 085388108).

ANEXO II – DECLARAÇÃO

À

São Paulo Parcerias S.A.

Ref.: Solicitação de Reembolso de Plano de Saúde.

DECLARAÇÃO

Eu, RG n....., CFP nº, **DECLARO** para fins de direito e sob as penas da lei, que eu, tampouco meu/s dependente/s para os fins da Política de Reembolso, não recebo/emos qualquer forma de reembolso por terceiro, relativo à mensalidade de Plano de Saúde ou Seguro Saúde, de qualquer grupo ou tipo.

São Paulo (data)

(Assinatura do funcionário ou Diretor)

ANEXO III – DECLARAÇÃO

À

São Paulo Parcerias S.A.

Ref.: Solicitação de Reembolso de Plano de Saúde.

DECLARAÇÃO

Eu, RG n....., CFP nº, **DECLARO** para fins de direito e sob as penas da lei, que eu, tampouco meu/s dependente/s para os fins da Política de Reembolso não recebo/emos qualquer forma de reembolso por terceiro, relativo à mensalidade de Plano de Saúde ou Seguro Saúde, de qualquer grupo ou tipo.

DECLARO, ainda, para fins de direito e sob as penas da lei, que submeti declaração de IRPF relativa ao exercício anterior, ou, ainda, que submeterei declaração de IRPF atinente ao exercício em curso, à Receita Federal do Brasil, fazendo constar o valor que me corresponde no contrato de Plano de Saúde Familiar, para fins de dedução, nos termos da Instrução Normativa RFB nº 1.500/2014.

São Paulo (data)

(Assinatura do funcionário ou Diretor)