

ENTENDA O AUXÍLIO-SAÚDE



PASS

Programa de Assistência à
Saúde Suplementar

ENTENDA O AUXÍLIO-SAÚDE

O que é?

O auxílio-saúde consiste no ressarcimento parcial das mensalidades de planos de assistência médica, hospitalar, psicológica e/ou odontológica, de livre escolha e responsabilidade do beneficiário, concedido a magistrados e servidores, ativos e inativos, e a pensionistas do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul.

Por seu caráter indenizatório, o benefício não configura rendimento tributável e sobre ele não incide contribuição previdenciária, não sendo incorporado ao subsídio, vencimento, provento ou pensão.

A solicitação do benefício será exclusivamente pelo Sistema SALUS, no qual o requerente deverá anexar cópia digitalizada dos documentos necessários para validação do seu requerimento.

O sistema SALUS será disponibilizado em endereço específico no sítio do Tribunal de Justiça na internet (<https://apps.tjrs.jus.br/salus/login>).

A autenticação (login) ocorrerá pelo CPF do requerente a partir de sua conta no portal gov.br (<https://acesso.gov.br/>).

Quais planos de assistência à saúde são passíveis de ressarcimento?

Serão ressarcidas parcialmente as mensalidades pagas aos seguintes planos de assistência à saúde:

- Planos privados de assistência médica, hospitalar, psicológica e odontológica.
- Plano principal do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul – Sistema IPE Saúde.
- Departamento de Assistência à Saúde – DAS, da Associação dos Juízes do Rio Grande do Sul – AJURIS.

Será permitido ao beneficiário solicitar reembolso de mais de um plano de assistência à saúde em que conste como titular, limitando-se o ressarcimento sempre ao valor máximo estabelecido no regulamento.

Ressarcimento parcial: as mensalidades dos planos de assistência do beneficiário serão reembolsadas pelo Poder Judiciário até o limite estabelecido no regulamento.

Se os valores de mensalidades comprovadas forem menores que o valor máximo estabelecido em regulamento, o reembolso será limitado à despesa efetivamente comprovada.

Importante: não serão ressarcidos valores desembolsados com coparticipação, benefícios extras, serviços opcionais, consultas e exames.

Quem poderá ser beneficiário do auxílio-saúde?

- Magistrados, ativos e inativos
- Servidores efetivos, ativos e inativos
- Servidores celetistas ativos e inativos vinculados(as) ao regime próprio de previdência social do RS
- Servidores comissionados ativos e inativos vinculados ao regime próprio de previdência social do RS
- Pensionistas do regime próprio de Previdência Social do RS
- Servidores cedidos ao Poder Judiciário e que exerçam Função Gratificada ou a gratificação por Assessoramento Superior (AS), prevista nas Leis estaduais nº 4.937/65, 5.668/68 e 6.492/72, com ônus da cedência, total ou parcialmente, a cargo do Poder Judiciário
- Servidores transpostos ao Regime Jurídico Único, ativos e inativos

Servidores que optarem somente pelo reembolso do IPE Saúde

Os magistrados e servidores, ativos e inativos, e pensionistas que optarem por requerer somente o ressarcimento do plano principal do IPE Saúde também devem realizar sua solicitação pelo Sistema SALUS.

Contudo, não há necessidade de apresentar a documentação referente ao vínculo ou às mensalidades pagas, uma vez que a validação será automática com base em dados disponíveis na folha de pagamento dos requerentes. Da mesma forma não é necessário cadastrar os dependentes vinculados ao plano principal oferecido pelo IPE Saúde.

Estão excluídos do ressarcimento os valores descontados com o Plano de Assistência Médica Suplementar (PAMES) e com o Plano de Assistência Médica Complementar (PAC), que são planos adicionais oferecidos pelo IPE Saúde.

Contribuição patronal

Os beneficiários segurados pelo IPE Saúde pagam mensalidade correspondente a 3,1% sobre sua remuneração considerada como base de cálculo. Por determinação legal, o Poder Judiciário paga ao IPE Saúde o mesmo percentual a título de contribuição patronal.

Ao ser calculado o valor do seu auxílio-saúde, será deduzida automaticamente a contribuição patronal do Poder Judiciário, de modo que o saldo poderá ser utilizado pelo beneficiário para solicitação de reembolso das despesas comprovadas, inclusive com a mensalidade do referido plano de assistência.

Esta regra não se aplica aos beneficiários que solicitaram desligamento e reingresso ao IPE Saúde.

Periodicidade e valor do reembolso

O reembolso aos inscritos no Programa de Assistência à Saúde Suplementar será mensal. O pagamento do reembolso considerará o mês do requerimento para pagamento correspondente à competência do mês anterior.

Os requerimentos de concessão ou de alteração cadastral pendentes de adequação documental por parte de magistrado, de servidor ou de pensionistas, quando atendidos, terão sua data de efeito atribuída a partir do mês seguinte ao envio da documentação correta.

O valor do reembolso fica limitado ao total despendido pelo beneficiário titular, inclusive com seus dependentes cadastrados.

Havendo mais de um beneficiário, a despesa com dependentes em comum poderá ser aproveitada por apenas um deles.

Havendo mais de um pensionista por legatário, o valor máximo do reembolso do pensionista observará a proporcionalidade da pensão percebida.

No caso de magistrados e de servidores, ativos e inativos, e de pensionistas filiados ao IPE Saúde, no reembolso incidirá dedução da contrapartida do ente público.

Base de cálculo

A base de cálculo do valor do auxílio-saúde, em se tratando de magistrado, é o seu respectivo subsídio. No caso de servidor, a base de cálculo será a remuneração do cargo ou função permanente, constituída pelo vencimento acrescido da função gratificada, dos adicionais de caráter individual e por tempo de serviço e das vantagens pessoais incorporadas à remuneração do servidor, e os proventos e pensões deles decorrentes, excluídos:

- abono familiar
- abono de permanência
- diárias
- ajuda de custo

- indenização de transporte
- vale-alimentação ou refeição
- jeton
- terço de férias
- gratificação natalina
- horas extras eventuais
- outras parcelas de caráter eventual ou indenizatório

Documentação exigida

- Contrato do Plano de Assistência ou documento expedido pela operadora do plano,
- administradora de benefícios ou empresa em que fique comprovada a contratação de plano de assistência
- Carteira do convênio com plano de assistência onde conste o nome do(a) beneficiário
- Documento de cobrança da mensalidade do plano de assistência em que conste o nome e o valor da mensalidade individualizada do beneficiário e de seus dependentes, quando houver, devendo o vencimento corresponder ao mês anterior ao requerimento, acompanhado do respectivo comprovante de pagamento.
- **No caso de pensionistas, também deverá ser anexada certidão fornecida pelo IPE Prev em que conste nome completo, a filiação, a data de nascimento, respectivo grau de parentesco com o falecido e a quota proporcional da pensão, se houver**

- Na documentação apresentada referente a plano privado de assistência à saúde, à exceção de plano psicológico, deverá constar os números de registros na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do plano contratado, da operadora de plano de assistência à saúde e da administradora de benefícios, se houver.

O requerimento de beneficiário para indenizar gastos de mensalidades com o DAS/AJURIS deverá ser instruído com declaração expedida pela entidade associativa nos termos de modelo elaborado pela Direção de Gestão de Pessoas.

Não será necessária a inclusão dos dependentes do beneficiário cadastrados no plano principal do sistema IPE Saúde quando do pedido de ressarcimento desse plano de assistência.

Prestação de contas

A prestação de contas deverá ser feita anualmente pelo beneficiário no sistema informatizado específico para tal finalidade, entre os dias 1º de março até o dia 30 de abril de cada ano e corresponder aos valores percebidos no ano anterior, independentemente da data de adesão ao benefício.

Não será necessária a apresentação de documentos referentes ao pagamento de mensalidades ao sistema IPE Saúde que sejam descontadas diretamente em folha de pagamento.

A possibilidade de prestação de contas será automaticamente fechada no sistema no primeiro dia útil após expirar prazo final estabelecido para tal finalidade.

A prestação de contas de gastos com mensalidades de planos de assistência privados deverá ser instruída pelo demonstrativo de valores pagos emitido pela operadora ou administradora para fins de declaração de imposto de renda, o qual deverá conter:

- a razão social completa e o número do CNPJ da operadora ou administradora
- a discriminação dos valores totais pagos no ano a título de mensalidade, por beneficiário e dependente.

No caso da impossibilidade de apresentação da documentação, poderão ser encaminhadas:

- a) cópias digitais dos boletos de pagamento, ou equivalente, das mensalidades do plano de assistência em que conste o nome e o valor da mensalidade individualizada do beneficiário e de seus dependentes, quando houver, devendo o vencimento corresponder aos meses do período no qual estará sendo comprovado o gasto realizado, acompanhado dos respectivos comprovantes de pagamentos; ou
- b) declaração expedida pela empresa nos termos de modelo elaborado pela Direção de Gestão de Pessoas

A prestação de contas de gastos com mensalidades ao DAS/AJURIS deverá ser instruída pelo demonstrativo de valores pagos emitido pela entidade associativa para fins de declaração de imposto de renda, o qual deverá conter:

- a razão social completa e o número do CNPJ da entidade; e
- a discriminação dos valores totais pagos no ano a título de mensalidade, por beneficiário e dependente.

No caso da impossibilidade de apresentação da documentação referida, poderá ser encaminhada declaração expedida pela entidade associativa nos termos de modelo elaborado pela Direção de Gestão de Pessoas (DIGEP).

O comprovante de agendamento de pagamento da mensalidade de planos de assistência à saúde e documentos ilegíveis não serão aceitos como documentos comprobatórios para o fim de ressarcimento.

Suspensão ou cancelamento

A partir da concessão do benefício, constitui responsabilidade do beneficiário comunicar ao TJRS as alterações relativas à troca do plano de assistência à saúde, a alteração dos valores das mensalidades, bem como a inclusão ou a exclusão de dependentes.

O auxílio-saúde será suspenso:

- Por solicitação do beneficiário

- Pelo TJRS em razão da ausência:
 - a) do encaminhamento da prestação de contas no período exigido
 - b) de apresentação de documento elencado neste ato como sendo de envio compulsório
 - c) do envio solicitado de comprovação de quaisquer das condições exigidas para implantação ou manutenção do auxílio-saúde
- Pelo TJRS, em razão de reprovação da prestação de contas.

Verificada a irregularidade documental ou ocorrendo a reprovação da prestação de contas, o beneficiário será notificado para, em 10 dias a contar da notificação, promover as correções necessárias ou se manifestar acerca da reprovação da prestação de contas. Expirado esse prazo, o auxílio-saúde será imediatamente suspenso por 90 dias.

Uma vez regularizada a pendência no prazo de 90 dias, é devido o pagamento do auxílio-saúde retroativo referente ao período de suspensão.

O auxílio-saúde será cancelado:

- Por solicitação do beneficiário
- Pelo TJRS, em razão:
 - a) a partir do 91º dia do início da suspensão, no caso de não regularização da pendência que a motivou
 - b) da demissão ou exoneração do beneficiário
 - c) do falecimento do beneficiário
 - d) do desligamento do beneficiário dos planos de assistência informados por ele quando da solicitação do auxílio
 - e) de afastamento de beneficiário em licença ou afastamento sem remuneração
 - f) fraude, sujeitando o infrator às responsabilidades administrativas, civis e penais, conforme o caso

g) do início da percepção, pelo beneficiário, de qualquer tipo de auxílio correlato custeado, ainda que em parte, pelos cofres públicos

O beneficiário poderá sofrer as sanções previstas na legislação vigente e será obrigado a restituir os valores recebidos indevidamente.

Verificado a qualquer tempo o pagamento indevido do auxílio-saúde, o beneficiário deverá restituir os valores recebidos.

No caso de cancelamento do auxílio-saúde em razão da ausência de prestação de contas, o beneficiário deverá restituir os valores recebidos referentes ao respectivo período da prestação não realizada.

Em caso de falecimento, exoneração ou afastamento legal de que resulte o cancelamento do auxílio-saúde, os valores percebidos a mais pelo beneficiário poderão ser descontados em parcela única das verbas rescisórias ou dos vencimentos, proventos ou pensão.

Será respeitada, para efeito de cálculo, a proporcionalidade dos dias do mês em que o beneficiário tiver suspenso ou cancelado o auxílio-saúde, cujos efeitos financeiros ocorrerão no mês subsequente.

Os valores recebidos a maior deverão ser ressarcidos ao TJRS, mediante desconto em folha de pagamento ou depósito em conta deste tribunal, sob pena de inscrição do débito em dívida ativa.

Os beneficiários poderão ter os valores devidos descontados do próprio benefício.

Ocorrido o cancelamento do benefício, o beneficiário não fará jus ao pagamento retroativo dos valores despendidos, sendo que nova concessão fica condicionada à formulação de requerimento, conforme os procedimentos previstos neste ato, em que conste a regularização da pendência que ensejou o cancelamento anterior.

Os valores restituídos ao erário não serão, em nenhuma hipótese, devolvidos ao beneficiário, ainda que os comprovantes sejam apresentados em momento posterior ao reconhecimento do débito.

Nos casos de demissão ou exoneração do beneficiário deverá ser realizada prestação de contas do ano corrente, nos termos documentais previstos neste ato.

Não esqueça:

- É de responsabilidade do beneficiário a comunicação imediata de cancelamento do plano ou de alterações que impliquem mudanças no valor do reembolso a ser pago, incluindo-se reajustes nos valores do plano de assistência, troca de plano, troca de acomodação, bem como inclusão e exclusão de dependentes.
- Os efeitos financeiros dos pedidos de alteração ocorrerão sempre a partir do mês subsequente ao do requerimento, não cabendo ressarcimento retroativo.
- Cabe ao beneficiário realizar a exclusão dos dependentes filhos estudantes que completarem 24 anos, não cabendo, neste caso, pedido de reinclusão.
- O cancelamento do plano de assistência à saúde ou alteração que implique em redução do valor da indenização deverá ser imediatamente comunicado pelos beneficiários, sob pena de ressarcimento ao erário dos valores recebidos indevidamente, conforme estabelecido neste ato

E ainda:

- Caberá à DIGEP o cadastramento, o pagamento, a análise da prestação de contas, a suspensão e o cancelamento do auxílio-saúde.
- A qualquer tempo, o TJRS poderá solicitar ao beneficiário a comprovação de quaisquer das condições exigidas para implantação ou manutenção do benefício de auxílio-saúde, bem como de qualquer documento exigido, no prazo de 10 dias consecutivos a contar da notificação, sob pena de suspensão do benefício.
- O pagamento do auxílio-saúde no ano de 2021 é dependente da única solicitação a ser realizada pelo beneficiário entre 1º de outubro de 2021 e 31 de outubro de 2021, observando-se cronograma orçamentário-financeiro estabelecido pelo TJRS.
- Os casos omissos serão decididos pela Presidência do TJRS.

Perguntas frequentes

Será possível solicitar o auxílio-saúde presencialmente ou por e-mail?

Não. Todas as solicitações referentes ao auxílio-saúde devem ser enviadas exclusivamente pelo Sistema SALUS. Esse sistema foi desenvolvido especialmente para essa finalidade, sendo o único meio de solicitação, análise e concessão do auxílio-saúde.

O benefício solicitado poderá ser cancelado a qualquer tempo pelo beneficiário?

Sim, mediante solicitação de cancelamento no Sistema SALUS.

Como proceder em caso de cancelamento do plano de assistência à saúde?

O cancelamento do plano de assistência à saúde deverá ser imediatamente comunicado ao Poder Judiciário pelo beneficiário, por meio do Sistema SALUS, sob pena de ressarcimento ao Erário dos valores recebidos indevidamente.

Planos exclusivamente odontológicos serão aceitos?

Sim. É possível solicitar reembolso dos planos passíveis de ressarcimento de forma isolada ou com outros planos, sempre respeitando o limite individual fixado no regulamento.

As despesas com as mensalidades pagas ao plano principal do IPE Saúde deverão comprovadas?

Não será necessária a apresentação de documentos referentes ao pagamento de mensalidades ao Sistema IPE Saúde que sejam descontadas diretamente em folha de pagamento.

Caso o valor recebido seja maior que o valor gasto com mensalidades de planos de saúde, o beneficiário deverá restituir o valor da diferença?

Sim. Os valores recebidos a maior deverão ser ressarcidos ao Poder Judiciário, mediante desconto em Folha de Pagamento ou depósito em conta do Tribunal, sob pena de inscrição do débito em dívida ativa.

Será possível o ressarcimento das despesas decorrentes das mensalidades pagas ao PAC e ao PAMES?

Planos complementares oferecidos pelo IPE Saúde, como PAC e PAMES, não são passíveis de ressarcimento.

Os valores gastos com coparticipação de consultas, exames, procedimentos, taxas de adesão ou cobranças administrativas poderão ser ressarcidos pelo auxílio-saúde?

Não. Serão ressarcidos somente os gastos com as mensalidades dos planos de assistência à saúde.

Pensionistas poderão incluir dependentes para fins de solicitação do auxílio-saúde?

Não. Será vedado ao pensionista cadastrar dependentes.

Beneficiários vinculados ao IPE Saúde poderão solicitar o auxílio-saúde?

Sim. Todavia, os beneficiários vinculados ao IPE Saúde terão, no reembolso, uma dedução da contribuição patronal paga pelo Poder Judiciário.

Qual a periodicidade do reembolso referente ao auxílio-saúde?

O reembolso será mensal, por ocasião do pagamento do subsídio, vencimento, provento ou pensão.

Como ocorrerão as alterações após a concessão do benefício?

As alterações deverão ser solicitadas pelo beneficiário por meio do Sistema SALUS. Será de sua responsabilidade a imediata comunicação de alterações que impliquem mudanças no valor do reembolso, incluindo-se reajustes nos valores do plano de assistência à saúde, troca de plano de assistência à saúde, troca de acomodação, bem como inclusão e exclusão de dependentes.

Como proceder em caso de cancelamento do plano de assistência à saúde?

O beneficiário deverá comunicar imediatamente o cancelamento do plano de assistência à saúde, por meio do Sistema SALUS, sob pena de ressarcimento ao Erário dos valores recebidos indevidamente.

Quais despesas serão consideradas válidas para fins de comprovação na prestação de contas?

O reembolso corresponderá somente às mensalidades de planos de assistência à saúde, de livre escolha do beneficiário, excluídos valores desembolsados com parcelas de coparticipação, benefícios extras, serviços opcionais ou a qualquer outro título, inclusive consultas particulares e exames. Também ficam excluídos do reembolso os valores decorrentes da mora no pagamento, assim como das taxas de adesão e outras cobranças administrativas.

Qual será a frequência da prestação de contas?

As comprovações deverão ser efetuadas anualmente entre 1º de março e 30 de abril e corresponder aos valores do ano anterior, por todos os beneficiários, independentemente da data de solicitação ao benefício.

Qual o período para comprovação dos pagamentos pelo titular?

De 1º de março a 30 de abril deverão ser comprovados os pagamentos relativos aos meses de janeiro a dezembro do ano anterior.

Como serão comprovados os pagamentos referentes às despesas com plano de assistência à saúde?

A comprovação de despesas ocorrerá por meio Sistema SALUS, no qual serão anexados, pelo beneficiário, os documentos digitalizados que comprovem os pagamentos efetuados durante o período de janeiro a dezembro do ano anterior.

Será necessário apresentar, na prestação de contas, documentos referentes aos pagamentos das contribuições individuais ao IPE Saúde descontadas em folha?

Não. As contribuições individuais ao IPE Saúde descontadas em folha serão automaticamente identificadas pelo sistema e consideradas para fins de comprovação de gasto com o referido plano de assistência.

Em dúvida?

Estamos aqui para te ajudar!

e-mail: digep-sass@tjrs.jus.br

telefone: (51) 3210-6900

atendimento das 13h às 18h