



Resolução nº 17 / 2019

Regulamenta a assistência médica e hospitalar para os servidores do Poder Legislativo Municipal, nos termos do art.153 da Lei Municipal 1.321/91 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais).

Faço saber que a Câmara Municipal de Bom Despacho aprovou, e eu Vereadora Joice Martins Silva Quirino, Presidente, nos termos regimentais, promulgo a seguinte resolução:

Seção I **Das Disposições Iniciais**

Art. 1º Os procedimentos adotados relativos à assistência à saúde suplementar do servidor do poder legislativo municipal, deverão observar as disposições desta Resolução.

Parágrafo único. Os servidores ativos, bem como seus dependentes são considerados beneficiários, para efeitos desta Resolução.

Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários de que trata o art. 5º desta Resolução será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e, de forma suplementar, a cargo da Direção Administrativa, mediante:

I - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

II - assistência de caráter indenizatório, por meio de ressarcimento.

Art. 3º Os planos de saúde contemplarão atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com ou sem obstetrícia, realizados exclusivamente no país, com acomodação padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º A cobertura definida no caput observará, como padrão mínimo, o constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art.4º O servidor e seus dependentes poderão complementar o custeio de planos de assistência à saúde suplementar superiores ao mínimo previsto nesta Resolução, sem qualquer custo adicional para a Administração Pública.

Seção II

Dos Beneficiários do Plano de Assistência à Saúde Suplementar

Art. 5º Para os fins desta Resolução, são beneficiários do plano de assistência à saúde:

I - na qualidade de servidor, os ocupantes de cargo efetivo ou de cargo comissionado;

II - na qualidade de dependente do servidor:

a) o cônjuge, o companheiro ou a companheira na união estável;

b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável adotados para o reconhecimento da união estável;

c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;

d) os filhos e enteados, até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;

e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e

f) o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.



§ 1º A existência do dependente constante das alíneas “a” ou “b” do inciso III deste artigo exclui a assistência à saúde do dependente constante da alínea “c” do mesmo inciso.

§ 2º É garantido ao servidor exonerado, a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com a administração pública, nas condições estabelecidas na legislação em vigor.

Art. 6º Após o falecimento do servidor, os dependentes referidos no inciso II do art. 5º desta Resolução poderão permanecer no plano de assistência à saúde, nas mesmas condições contratuais, mediante opção a ser efetivada junto a Direção Administrativa.

§ 1º Caberá a Direção Administrativa comunicar o falecimento do servidor à operadora de plano de saúde na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em contrato.

§ 2º A Direção Administrativa deverá comunicar o dependente da possibilidade de permanência no plano, de forma inequívoca.

§ 3º A opção de que trata o caput deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o § 1º deste artigo.

§ 4º O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde, na forma do caput, deverá assumir integralmente seu custeio.

Art. 7º A operadora poderá admitir a adesão de outros beneficiários em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor, desde que assumam integralmente o respectivo custeio, devendo haver previsão expressa no contrato.

Seção III

Da Inscrição, Adesão, Exclusão e Suspensão dos Beneficiários nos Planos de Assistência à Saúde Suplementar

Art. 8º É voluntária a inscrição, a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata esta Resolução.

[Handwritten signatures]

Art. 9º Caberá a Direção Administrativa encaminhar à operadora contratada as solicitações de inscrição, adesão, exclusão, e suspensão do servidor, de seus dependentes cadastrados e do pensionista.

§ 1º A comunicação de inscrição, de exclusão ou suspensão de beneficiário no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no contrato, regulamento ou estatuto do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, sendo a data considerada no cronograma o marco inicial para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

§2º Os valores de responsabilidade da Câmara Municipal no custeio da assistência à saúde de que trata esta Resolução terão como base a data considerada no cronograma estabelecido no contrato, observando-se a respectiva proporcionalização, quando for o caso.

§ 3º Para a proporcionalização dos valores de repasse, deve-se obter o valor diário ao qual o beneficiário faz jus, considerando, como início do benefício, a data de início da vigência da cobertura assistencial.

Art. 10. O beneficiário excluído do plano de assistência à saúde deverá entregar seu cartão de identificação à Direção Administrativa, para devolução à operadora.

§ 1º A exclusão do servidor implicará a exclusão de todos os seus dependentes.

§ 2º As exclusões de plano de assistência à saúde suplementar ocorrerão nas seguintes situações:

- a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- b) exoneração ou dispensa do cargo;
- c) redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;
- d) licença sem remuneração;
- e) decisão administrativa ou judicial;
- f) voluntariamente, por opção do beneficiário; e
- g) outras situações previstas em lei ou em normas do órgão regulador.



§ 3º No caso de licença sem remuneração, afastamento legal, ou suspensão temporária de remuneração ou proventos, o servidor poderá optar por permanecer no plano de assistência à saúde suplementar, devendo assumir integralmente, durante o período da licença, afastamento ou suspensão, o respectivo custeio das despesas.

§ 4º Ressalvadas as situações previstas no § 2º deste artigo, a exclusão do servidor dar-se-á, também, por fraude ou inadimplência, observadas, nesse caso, as normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Seção IV

Do Custeio

Art. 11. O custeio da assistência à saúde suplementar do servidor é de responsabilidade da Câmara Municipal, no limite do valor estabelecido nesta Resolução, condicionado à disponibilidade orçamentária, bem como dos servidores.

§ 1º O valor a ser despendido pela Câmara Municipal é destinado somente ao pagamento da mensalidade do plano de saúde e terá como base de cálculo para todos os servidores o vencimento inicial do cargo de Analista Parlamentar, respeitados os seguintes limites máximos:

I – 4 % (quatro por cento) para servidores com idade até 25 (vinte e cinco) anos de idade;

II – 5 % (cinco por cento) para servidores com idade superior a 25 (vinte e cinco) anos até 30 (trinta) anos de idade;

III – 6,5 % (seis e meio por cento) para servidores com idade superior a 30 (trinta) anos de idade até 40 (quarenta) anos de idade;

IV – 8 % (oito por cento) para servidores com idade superior a 40 anos de idade.

§ 2º O valor da contrapartida de responsabilidade da Câmara Municipal será repassado à operadora na data estabelecida no respectivo contrato.

§ 3º Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um plano de assistência à saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Município.



Art. 12. A contribuição mensal do titular do benefício destina-se exclusivamente ao custeio da assistência à saúde suplementar.

Parágrafo único. Os valores de contribuição mensal referentes ao plano de assistência à saúde suplementar, bem como eventual participação no custo dos serviços utilizados, poderão ser consignados em folha de pagamento do servidor, conforme o disposto na legislação vigente.

Seção V

Da Prestação de Contas

Art. 13. Caberá às operadoras contratadas encaminhar, anualmente, à Direção Administrativa, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

Art.14. Os dados e documentos relativos à prestação de contas abrangidas no artigo anterior deverão estar à disposição dos órgãos de controle e dos órgãos contratantes.

Seção VI

Dos Contratos

Art. 15. As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos com a Câmara Municipal deverão:

I - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde – ANS, ou comprovar regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização; e

II - ter sido regularmente selecionadas através de processo competente, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 1993, e nesta Resolução.

Art. 16. Para atender o disposto no art. 2º desta Resolução, ficam as operadoras obrigadas a:

[Handwritten signatures]

I - oferecer e disponibilizar a todos os beneficiários dos planos de assistência à saúde suplementar por meios próprios ou por intermédio de rede de prestadores de serviços;

II - manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;

III - fornecer identificação individual aos beneficiários; e

IV - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com a Câmara Municipal.

Seção IX

Da Assistência de Caráter Indenizatório

Art. 17. O servidor poderá requerer a assistência de caráter indenizatório, pago mediante ressarcimento, por beneficiário, ainda que Câmara Municipal ofereça assistência à saúde de forma direta mediante contrato, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde suplementar que atenda às exigências desta Resolução.

§ 1º Na hipótese de o servidor aderir ao contrato firmado pela Câmara Municipal, não lhe será concedido a assistência de que trata o caput.

§ 2º A assistência de que trata o caput somente será devida se o servidor contratar o plano de saúde de forma direta, ou por intermédio de:

I - Administradora de Benefícios;

II - Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

III - Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

IV - Associações profissionais legalmente constituídas;

V - Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;





VI - Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009, ou norma superveniente;

VII - Entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985; e

VIII - Outras pessoas jurídicas não previstas nos incisos anteriores, desde que expressamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§ 3º O plano de saúde contratado pelo servidor deverá possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou comprovar regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização.

§ 4º Para fazer jus a assistência relativamente a seus dependentes, o servidor deverá inscrevê-los como tais no mesmo plano de saúde do qual seja o titular e tenha sido por ele contratado na forma desta Resolução.

§ 5º Excetua-se da regra do § 4º deste artigo a contratação de plano de saúde que, por imposição das regras da operadora, não permita inscrição de dependentes, obrigando a feitura de um contrato para cada beneficiário.

§ 6º Na hipótese do § 5º deste artigo, o servidor deverá fazer prova inequívoca de responsabilidade financeira relativamente a seus dependentes.

Art. 18. Para fazer jus a assistência, o plano de assistência à saúde suplementar contratado diretamente pelo servidor deverá atender, pelo menos, o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observado o disposto nesta Resolução.

Art.19. Excetuam-se da regra estabelecida no art.18 desta Resolução os planos de saúde contratados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, nos termos do art. 35 daquela Lei.

Art. 20. O direito ao recebimento da assistência tem início na data da apresentação formal do requerimento, por parte do servidor.

§ 1º O requerimento inicial deverá conter documentos que comprovem o atendimento dos requisitos desta Resolução para o pagamento da assistência, a critério da Câmara Municipal.

§ 2º Após a apresentação do requerimento, não há necessidade de renovação deste, exceto na hipótese de mudança de plano de saúde.

Art. 21. O pagamento da assistência será devido a partir do mês de apresentação do requerimento e será efetuado mensalmente, observado os limites fixados no art. 11 desta Resolução.

§ 1º Na hipótese de requerimento apresentado após o processamento da folha de pagamento, o órgão ou entidade concedente procederá ao acerto financeiro na folha subsequente.

§ 2º O servidor deverá fazer constar no requerimento inicial os valores mensais devidos em razão da contratação do plano, especificando, inclusive, eventuais valores diferenciados, a exemplo de cobranças proporcionais que levem em consideração o período de utilização, dentre outros.

§ 3º É obrigação do servidor informar a Direção Administrativa qualquer mudança de valor, inclusão ou exclusão de beneficiários, bem como apresentar documentos destinados à comprovação de condições complementares de beneficiário.

Art. 22. Independentemente do mês de apresentação do requerimento de que trata o art. 20 desta Resolução, a comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de abril, acompanhada de toda a documentação comprobatória necessária, tais como:

- I - boletos mensais e respectivos comprovantes do pagamento;
- II - declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação; ou
- III - outros documentos que comprovem de forma inequívoca as despesas e respectivos pagamentos.

§ 1º Nos casos de exoneração ou retorno de servidor cedido, a apresentação dos documentos de que trata o caput deverá se dar antes de seu afastamento do órgão ou entidade concedente.





§ 2º O usufruto de férias, licença ou afastamento durante o mês de abril não desobriga o servidor do cumprimento do disposto no caput.

Art. 23. O servidor que não comprovar as despesas na forma do art. 22 desta Resolução terá o benefício suspenso, devendo a Direção Administrativa instaurar processo administrativo visando à reposição ao erário.

Parágrafo único. Na hipótese de que trata o caput, o pagamento do benefício será retomado e o processo de reposição ao erário será arquivado se o servidor, comprovar integralmente as despesas com o plano de assistência à saúde, cabendo a restituição de valores já pagos a título de reposição ao erário, se for o caso.

Art. 24. O servidor que cancelar o plano de assistência à saúde durante o período de pagamento do benefício e não informar ao órgão ou entidade concedente terá o benefício cancelado, devendo ser instaurado processo administrativo visando à reposição ao erário.

Art. 25. O servidor que alterar o plano de assistência à saúde, ou ainda trocar de operadora durante o período de pagamento do benefício e não informar à Direção Administrativa terá o benefício suspenso, devendo ser instaurado processo administrativo visando à reposição ao erário.

Parágrafo único. Na hipótese de que trata o caput, o pagamento do benefício somente será retomado após análise de requerimento apresentado relativamente ao novo plano de assistência à saúde contratado, na forma do art. 20 desta Resolução, devendo a Direção Administrativa, após comprovação das despesas realizadas com o novo contrato, arquivar o processo de reposição ao erário ou efetuar o recálculo da dívida do servidor, conforme o caso, cabendo a restituição de valores já pagos a título de reposição ao erário, se devido.

Seção XI

Das Disposições Finais

Art. 26. Caberá à Gestão de Contratos da Câmara Municipal, juntamente com o fiscal designado, a fiscalização dos contratos referidos nesta Resolução, nos termos da legislação vigente.



Art. 27. Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o Presidente da Câmara Municipal designará um fiscal para atuar junto à operadora contratada, nos termos dos contratos.

Parágrafo único. A fiscalização dos contratos inclui a verificação periódica de seu cumprimento de acordo com as regras estabelecidas na legislação pertinente, nesta Resolução e nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com a expedição, sempre que justificável, de parecer técnico,.

Art. 28. Os contratos vigentes somente serão renovados mediante o cumprimento das disposições contidas nesta Resolução.

Art. 29. Os recursos orçamentários para o custeio da assistência à saúde suplementar serão calculados mensalmente com base no número de beneficiários, conforme art. 5º desta Resolução.

Art. 30. É dever do beneficiário titular manter atualizadas suas informações cadastrais e a de seus dependentes perante o órgão de origem e a operadora de planos de saúde.

Art. 31. O pai ou padrasto, a mãe ou madrasta do servidor, poderão ser inscritos no plano de saúde contratado ou conveniado pelo órgão ou entidade, desde que o valor do custeio seja assumido integralmente pelos próprios ou pelo titular, observados os mesmos valores contratados, de acordo com a faixa etária do beneficiário.

Art. 32. É vedada a exclusão de beneficiário em decorrência de insuficiência de margem consignável do titular do benefício.

Parágrafo único. Durante o período de insuficiência de margem consignável, o disposto no caput não exime o beneficiário do pagamento dos débitos de contribuição e participação de sua responsabilidade, sob pena de a inadimplência gerar os efeitos previstos nas normas do órgão regulador.

Art. 33. O beneficiário titular poderá solicitar o cancelamento de sua inscrição no plano de assistência à saúde suplementar a que estiver vinculado a qualquer tempo, sendo exigida, nesta hipótese, a quitação de eventuais débitos de contribuição e/ou participação.

Parágrafo único. O cancelamento da inscrição a que se refere o caput implicará a cessação dos direitos de utilização da assistência à saúde pelo titular e seus dependentes junto à operadora conveniada, contratada ou ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade.

Art. 34. O servidor não inscrito em plano de assistência à saúde suplementar nas condições previstas nesta Resolução não fará jus ao custeio de que trata o art. 11.

Art. 35. A dependência econômica a que se refere a alínea "e" do inciso II do art. 5º desta Resolução será aferida por meio da apresentação de documentos idôneos e capazes de comprovar a veracidade da situação econômica do pretendo beneficiário em relação ao servidor.

§ 1º Configurar-se-á a dependência econômica quando o pretendo beneficiário depender preponderantemente do recurso do servidor para sua sobrevivência.

§ 2º Compete a Direção Administrativa a análise de cada caso, podendo definir critérios para a apresentação dos documentos a que se refere o caput.

Art. 36. A aplicação das disposições contidas nesta Resolução dependerá de previsão orçamentária e financeira.

Art. 37. A transferência dos valores referentes ao custeio e às contribuições do servidor às respectivas operadoras obedecerá rigorosamente ao cronograma previsto no contrato.

Art. 38. A operacionalização dos serviços para fins de aplicação do benefício de que trata esta Resolução é de responsabilidade exclusiva da Câmara Municipal.

Art. 39. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do art. 22 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou norma superveniente.

Art. 40. Os contratos a serem celebrados pela Câmara Municipal, bem como os contratos particulares que derem origem ao benefício da assistência indenizada, deverão conter, de forma expressa ou por meio de elementos



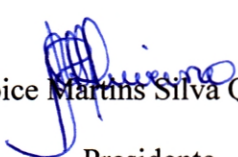


identificadores, o cumprimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS relativas a operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 41. As situações não previstas nesta Resolução, em especial aquelas relativas a prazos de carência, cobertura, atendimento de urgência e emergência, reembolso, dentre outras, deverão observar as normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

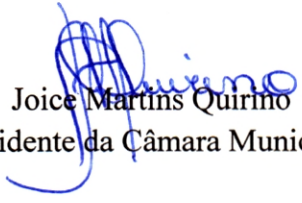
Art. 42. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

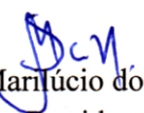
Bom Despacho, 22 de abril de 2019.


Joice Martins Silva Quirino
Presidente







Joice Martins Quirino
Presidente da Câmara Municipal


Marcelo Marilúcio dos Santos
Vice-Presidente


Maria da Conceição Carvalho Queiroz
Primeira-Secretária

Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos



DECRETO Nº 4.978, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2004.

Art. 230 da Lei nº 8.112/1990

Regulamenta o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a assistência à saúde do servidor, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990,

DECRETA:

Art. 1º A assistência à saúde do servidor ativo ou inativo e de sua família, de responsabilidade do Poder Executivo da União, de suas autarquias e fundações, será prestada mediante: (Redação dada pelo Decreto nº 5.010, de 2004)

I - convênios com entidades fechadas de autogestão, sem fins lucrativos, assegurando-se a gestão participativa; ou (Incluída pelo Decreto nº 5.010, de 2004)

II - contratos, respeitado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. (Incluída pelo Decreto nº 5.010, de 2004)

§ 1º O custeio da assistência à saúde do servidor de que trata o **caput** deste artigo é de responsabilidade da União, de suas autarquias e fundações e de seus servidores.

§ 2º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades da administração pública federal, suas autarquias e fundações públicas, com assistência à saúde de seus servidores e dependentes, não poderá exceder à dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

§ 3º Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um plano de assistência à saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União.

Art. 2º Fica autorizada a inclusão de pensionistas de servidores abrangidos por este Decreto nos respectivos planos de assistência à saúde, desde que integralmente custeada pelo beneficiário.

Art. 3º Compete à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão supervisionar os convênios celebrados na forma do art. 1º e expedir as normas complementares à execução deste Decreto.

Art. 4º Os atuais contratos e convênios de assistência à saúde que não se encontrem amparados pelas disposições deste Decreto não serão renovados.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Fica revogado o Decreto nº 2.383, de 12 de novembro de 1997.

Brasília, 3 de fevereiro de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Guido Mantega

José Dirceu de Oliveira e Silva

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 4.2.2004



Portaria Normativa Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2017

Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor do poder executivo federal e do militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima, ativo ou inativo, de sua família e pensionistas e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DE PESSOAS E RELAÇÕES DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos II e III do art. 25 do Anexo I do Decreto nº 8.818, de 21 de julho de 2016, e considerando o disposto no Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro de 2004, que regulamenta o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, bem como o disposto nos arts. 99 e 100 da Lei nº 13.328, de 29 de julho de 2016, resolve:

Seção I

Das Disposições Iniciais

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – SIPEC, relativos à assistência à saúde suplementar do servidor do poder executivo federal, do militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima, ativo ou inativo, de sua família e do pensionista, deverão observar as disposições desta Portaria Normativa.

Parágrafo único. Os servidores ativos e inativos, os militares da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima, bem como seus dependentes, e os pensionistas são considerados beneficiários, para efeitos desta Portaria Normativa.

Art. 2º A assistência à saúde dos beneficiários de que trata o art. 5º desta Portaria Normativa será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e, de forma suplementar, a cargo dos órgãos e entidades do SIPEC, mediante:

I - convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

II - contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;

III - serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou



Do Custeio

Art. 11. O custeio da assistência à saúde complementar dos beneficiários constantes do art. 5º desta Portaria Normativa é de responsabilidade da Administração Pública Federal direta, de suas autarquias e fundações, no limite do valor estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, condicionado à disponibilidade orçamentária, bem como dos servidores e dos militares de ex-Território, ressalvados os casos previstos em lei específica.

§ 1º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades do SIPEC com assistência à saúde complementar terá por base a dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

§ 2º O valor da contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do SIPEC, definida no Orçamento Geral da União, terá como base o número de beneficiários regularmente inscritos no plano de assistência à saúde complementar, observado o disposto no art. 5º desta Portaria Normativa, e será repassado à operadora na data estabelecida no respectivo convênio ou contrato.

§ 3º Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um plano de assistência à saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes da União.

§ 4º O valor da contrapartida de responsabilidade dos órgãos e entidades do SIPEC é limitado ao valor do plano de saúde do beneficiário, na hipótese de o último ser inferior ao primeiro.

Art. 12. A contribuição mensal do titular do benefício, destinada exclusivamente ao custeio da assistência à saúde complementar, corresponderá a um valor fixo definido em convênio ou contrato, observado o disposto em cláusulas do convênio, do contrato, do regulamento ou do estatuto da entidade.

Parágrafo único. Os valores de contribuição mensal referentes ao plano de assistência à saúde complementar, bem como eventual participação no custo dos serviços utilizados, poderão ser consignados em folha de pagamento do servidor, do militar de ex-Território e do pensionista, conforme o disposto na legislação vigente.

Seção V

Da Prestação de Contas

Art. 13. Caberá às operadoras conveniadas e contratadas encaminhar, anualmente, aos órgãos ou entidades do SIPEC, quadro demonstrativo contendo o detalhamento das receitas arrecadadas e das despesas com os respectivos beneficiários, em conformidade com as normas estabelecidas.

Parágrafo único. Os dados e documentos relativos à prestação de contas abrangida no **caput** deverão estar à disposição dos órgãos de controle e dos órgãos convenientes ou contratantes.

Seção VI

Dos Convênios

Art. 14. Para a celebração de convênios com órgãos da União, suas autarquias e fundações, nos termos do art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990, as operadoras de planos de saúde deverão

atender as seguintes condições:

I - ser classificadas como entidades de autogestão, nos termos das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

II - não ter finalidade lucrativa; e

III - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS, ou comprovar regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização.

Seção VII

Dos Contratos

Art. 15. As operadoras de planos de saúde, para celebrar contratos com a União, suas autarquias e fundações, na forma do disposto no art. 1º, inciso II, do Decreto nº 4.978, de 3 de fevereiro 2004, deverão:

I - possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS, ou comprovar regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização; e

II - ter sido regularmente selecionadas através de processo competente, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 1993, e nesta Portaria Normativa.

Seção VIII

Das Disposições Comuns aos Convênios e Contratos

Art. 16. Para atender o disposto no art. 2º desta Portaria Normativa, ficam as operadoras obrigadas a:

I - oferecer e disponibilizar a todos os beneficiários dos planos de assistência à saúde suplementar, no mínimo na área de abrangência do órgão ou entidade a que está vinculado o titular do benefício, os serviços assistenciais previstos no art. 3º desta Portaria Normativa, por meios próprios ou por intermédio de rede de prestadores de serviços;

II - manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;

III - fornecer identificação individual aos beneficiários; e

IV - designar uma pessoa responsável pelo relacionamento com o órgão ou entidade do SIPEC conveniente ou contratante.

Seção IX

Do Serviço Prestado Diretamente pelo Órgão ou Entidade

Art. 17. Entende-se como serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, o



- b) o companheiro ou a companheira na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- c) a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- d) os filhos e enteados, até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- e) os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e até a data em que completarem 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do servidor e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação; e
- f) o menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

IV - o pensionista de servidor ou de militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima.

§ 1º A existência do dependente constante das alíneas “a” ou “b” do inciso III deste artigo exclui a assistência à saúde do dependente constante da alínea “c” do mesmo inciso.

§ 2º Equipara-se ao servidor, referido no inciso I deste artigo, o ocupante de emprego público de órgão da Administração Pública Federal direta ou de uma de suas autarquias e fundações.

§ 3º É garantido ao servidor e ao militar de ex-Território exonerados, a manutenção no plano de saúde, após a perda do vínculo com o órgão ou entidade do SIPEC, nas condições estabelecidas na legislação em vigor.

Art. 6º Após o falecimento do servidor ou do militar de ex-Território, os dependentes referidos no inciso III do art. 5º desta Portaria Normativa poderão permanecer no plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria Normativa, nas mesmas condições contratuais, mediante opção a ser efetivada junto ao órgão ou entidade de origem.

§ 1º Caberá ao órgão ou entidade comunicar o falecimento do servidor, do militar de ex-Território ou do pensionista à operadora de plano de saúde na data de ciência do falecimento ou na forma estabelecida em contrato ou convênio.

§ 2º O órgão ou entidade deverá comunicar o dependente da possibilidade de permanência no plano, de forma inequívoca.

§ 3º A opção de que trata o **caput** deverá ser efetivada em até 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação a que se refere o § 1º deste artigo.

§ 4º O dependente que optar por permanecer no plano de assistência à saúde, na forma do **caput**, deverá assumir integralmente seu custeio, exceto na qualidade de pensionista.

Art. 7º A operadora poderá admitir a adesão de outros beneficiários em plano de assistência à saúde, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e ao segundo grau de parentesco por afinidade, com o servidor ativo ou inativo ou com o militar de ex-Território, desde que assumam integralmente o respectivo custeio, devendo haver previsão expressa no contrato ou convênio.

Seção III

Da Inscrição, Adesão, Exclusão e Suspensão dos Beneficiários nos Planos de Assistência à Saúde Suplementar

Art. 8º É voluntária a inscrição, a adesão e a exclusão de qualquer beneficiário em plano de assistência à saúde de que trata esta Portaria Normativa.

ou contra
ex-Territo

§ 2º A comunicação de inscrição, de exclusão ou suspensão de beneficiário no plano de assistência à saúde será efetivada em conformidade com o cronograma estabelecido no convênio, contrato, regulamento ou estatuto do serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, sendo a data considerada no cronograma o marco inicial para fins de início da cobertura assistencial e contagem dos períodos de carência.

§ 4º Para a proporcionalização dos valores de repasse, deve-se obter o valor diário ao qual o beneficiário faz jus, considerando, como início do benefício, a data de início da vigência da cobertura assistencial.

§ 1º A exclusão do servidor e do militar de ex-Território implicará a exclusão de todos os seus dependentes.

- a) suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;
- b) exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;
- c) redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;

g) outras situações previstas em lei ou em normas do órgão regulador.

§ 4º O servidor que mantiver o recolhimento mensal de sua respectiva contribuição ao Plano de Seguridade Social do Servidor Público, nos termos do § 3º do art. 183 da Lei nº 8.112, de 1990, fará jus ao benefício de que trata esta Portaria Normativa, na forma do art. 2º.

§ 6º Ressalvadas as situações previstas no § 2º deste artigo, a exclusão do servidor ou do militar de ex-Território dar-se-á, também, por fraude ou inadiplência, observadas, nesse caso, as normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.



oferecimento de assistência à saúde complementar ao servidor, ao militar de ex-Território, a seus dependentes e ao pensionista por meio de rede de prestadores de serviços mediante gestão própria ou contrato.

Parágrafo único. O serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade deverá dispor, por meios próprios ou contratados, de infraestrutura administrativa e operacional necessária para o gerenciamento do serviço de assistência à saúde complementar, observadas as demais disposições desta Portaria Normativa.

Art. 18. É vedada a inclusão de beneficiários de outros órgãos e entidades do SIPEC, inclusive na qualidade de dependente, ao serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade, ressalvados os casos de servidor e militar de ex-Território cedidos e que não estejam vinculados a qualquer uma das formas de assistência à saúde em seu órgão de origem.

Art. 19. A criação de serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade do SIPEC exigirá regulamento ou estatuto específico desse serviço.

Art. 20. Serão criados Conselhos Consultivos paritários no âmbito dos órgãos e entidades, eleitos de forma direta entre seus pares, para fins de encaminhamento dos assuntos relacionados aos serviços prestados, respeitados os casos previstos em lei específica.

Art. 21. Os valores da contribuição mensal do servidor, do militar de ex-Território, de seus dependentes e do pensionista de que trata o art. 12 desta Portaria Normativa, serão indicados pelos Conselhos Consultivos paritários e aprovados pelo órgão ou entidade do SIPEC, ressalvados os casos previstos em lei específica.

Art. 22. A avaliação atuarial, que servirá de base para o estabelecimento da receita, despesa e fundo de reserva do respectivo exercício financeiro, deverá ser realizada no início de cada ano civil.

Art. 23. Na hipótese de utilizar meios próprios de infraestrutura operacional para os serviços de assistência à saúde, o órgão ou entidade deverá observar as normas pertinentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, e Ministério da Saúde.

Art. 24. Para a contratação de rede de prestação de serviço deverá ser observado o disposto na Lei nº 8.666, de 1993.

Seção X

Do Auxílio de Caráter Indenizatório

Art. 25. O servidor, o militar de ex-Território e o pensionista poderão requerer o auxílio de caráter indenizatório, pago mediante ressarcimento, por beneficiário, ainda que o órgão ou entidade ofereça assistência à saúde de forma direta, por meio de convênio com operadora de autogestão ou mediante contrato, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde complementar que atenda às exigências desta Portaria Normativa.

§ 1º Na hipótese de o servidor, o militar de ex-Território ou o pensionista aderir ao convênio, contrato ou serviço prestado diretamente pelo órgão, não lhe será concedido o auxílio de que trata o **caput**.

§ 2º O auxílio de que trata o **caput** somente será devido se o servidor, o militar de ex-Território ou pensionista contratar o plano de saúde de forma direta, ou por intermédio de:

I - Administradora de Benefícios;

II - Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

III - Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

IV - Associações profissionais legalmente constituídas;

V - Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

VI - Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições da Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009, ou norma superveniente;

VII - Entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985; e

VII - Outras pessoas jurídicas não previstas nos incisos anteriores, desde que expressamente autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

§ 3º O plano de saúde contratado pelo servidor, militar de ex-Território ou pensionista deverá possuir autorização de funcionamento expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou comprovar regularidade em processo instaurado na referida Agência, com permissão para comercialização.

§ 4º Para fazer jus ao auxílio relativamente a seus dependentes, o servidor ou o militar de ex-Território deverá inscrevê-los como tais no mesmo plano de saúde do qual seja o titular e tenha sido por ele contratado na forma desta Portaria Normativa.

§ 5º Excetua-se da regra do § 4º deste artigo a contratação de plano de saúde que, por imposição das regras da operadora, não permita inscrição de dependentes, obrigando a feitura de um contrato para cada beneficiário.

§ 6º Na hipótese do § 5º deste artigo, o servidor ou o militar de ex-Território deverá fazer prova inequívoca de responsabilidade financeira relativamente a seus dependentes.

Art. 26. Para fazer jus ao auxílio, o plano de assistência à saúde suplementar contratado diretamente pelo servidor, militar de ex-Território ou pensionista deverá atender, pelo menos, o padrão mínimo constante das normas relativas ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, observado o disposto nesta Portaria Normativa.

Parágrafo único. Excetua-se da regra estabelecida no **caput** deste artigo os planos de saúde contratados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, nos termos do art. 35 daquela Lei.

Art. 27. O auxílio poderá também ser requerido para cobrir despesas com planos de assistência odontológica, observado o disposto no § 3º do art. 11 desta Portaria Normativa.

Art. 28. O direito ao recebimento do auxílio tem início na data da apresentação formal do requerimento, por parte do servidor, militar de ex-Território ou pensionista.

§ 1º O requerimento inicial deverá conter documentos que comprovem o atendimento dos requisitos desta Portaria Normativa para o pagamento do auxílio, a critério do órgão ou entidade concedente.

§ 2º Após a apresentação do requerimento, não há necessidade de renovação deste, exceto na hipótese de mudança de plano de saúde.

Art. 29. O pagamento do auxílio será devido a partir do mês de apresentação do requerimento de que trata o art. 28 desta Portaria Normativa, e será efetuado mensalmente, observado o disposto nos arts. 30 e 31 desta Portaria Normativa.

§ 1º O pagamento do auxílio será proporcionalizado quando for o caso, observado o disposto no § 4º do art. 9º desta Portaria Normativa.

§ 2º Na hipótese de requerimento apresentado após o processamento da folha de pagamento, o órgão ou entidade concedente procederá ao acerto financeiro na folha subsequente.

§ 3º O servidor, o militar de ex-Território ou o pensionista deverá fazer constar no requerimento inicial os valores mensais devidos em razão da contratação do plano, especificando, inclusive, eventuais valores diferenciados, a exemplo de cobranças proporcionais que levem em



Art. 30. Independentemente do mês de apresentação do requerimento de que trata o art. 28 desta Portaria Normativa, a comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita uma vez ao ano, até o último dia útil do mês de abril, acompanhada de toda a documentação comprobatória necessária, tais como:

II - declaração da operadora ou administradora de benefícios, discriminando valores mensais por beneficiário, bem como atestando sua quitação; ou

§ 1º Nos casos de exoneração ou retorno de servidor ou militar de ex-Território cedido, a apresentação dos documentos de que trata o caput deverá se dar antes de seu afastamento do órgão ou entidade concedente.

Art. 31. O servidor, o militar de ex-Território ou o pensionista que não comprovar as despesas na forma do art. 30 desta Portaria Normativa terá o benefício suspenso, devendo o órgão ou entidade concedente instaurar processo visando à reposição ao erário, na forma do normativo expedido pelo órgão central do SIPEC.

Art. 32. O servidor, o militar de ex-Território ou o pensionista que cancelar o plano de assistência à saúde durante o período de pagamento do benefício e não informar ao órgão ou entidade concedente terá o benefício cancelado, devendo ser instaurado processo visando à reposição ao erário, na forma do normativo expedido pelo órgão central do SIPEC.

Parágrafo único. Na hipótese de que trata o **caput**, o pagamento do benefício somente será retomado após análise de requerimento apresentado relativamente ao novo plano de assistência à saúde contratado, na forma do art. 28 desta Portaria Normativa, devendo o órgão ou entidade concedente, após comprovação das despesas realizadas com o novo contrato, arquivar o processo de reposição ao erário ou efetuar o recálculo da dívida do servidor, do militar de ex-Território ou do pensionista, conforme o caso, cabendo a restituição de valores já pagos a título de reposição ao erário, se devido.

Das Disposições Finais

§ 2º Compete ao órgão ou entidade responsável pela concessão do benefício a análise de cada caso, podendo definir critérios para a apresentação dos documentos a que se refere o **caput**.

Art. 44. A aplicação das disposições contidas nesta Portaria Normativa dependerá de previsão orçamentária e financeira.

Art. 45. A transferência dos valores referentes ao custeio e às contribuições do servidor, do militar de ex-Território e do pensionista às respectivas operadoras obedecerá rigorosamente ao cronograma previsto no convênio ou contrato.

Art. 46. A operacionalização dos serviços para fins de aplicação do benefício de que trata esta Portaria Normativa é de responsabilidade exclusiva dos órgãos e entidades do SIPEC.

Art. 47. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do art. 22 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou norma superveniente.

Art. 48. Os contratos e convênios a serem celebrados pelos órgãos e entidades do SIPEC, bem como os contratos particulares que derem origem ao benefício do auxílio financeiro, deverão conter, de forma expressa ou por meio de elementos identificadores, o cumprimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS relativas a operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 49. As situações não previstas nesta Portaria Normativa, em especial aquelas relativas a prazos de carência, cobertura, atendimento de urgência e emergência, reembolso, dentre outras, deverão observar as normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art. 50. A Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão é a instância competente para dirimir dúvidas e editar orientações acerca de temas relacionados à assistência à saúde suplementar a ser prestada pelos órgãos e entidades do SIPEC.

Art. 51. Esta Portaria Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 52. Fica revogada a Portaria Normativa SRH nº 5, de 11 de outubro de 2010.

AUGUSTO AKIRA CHIBA



Documento assinado eletronicamente por **AUGUSTO AKIRA CHIBA**, Secretário de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público, em 09/03/2017, às 10:29.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [https://seimp.planejamento.gov.br/conferir], informando o código verificador **3372265** e o código CRC **5183E783**.

ESTIMATIVA DO IMPACTO ORÇAMENTARIO - FINANCEIRO

Metodologia de Cálculo

Na projeção do aumento das despesas com pessoal da Câmara Municipal, tendo em vista o Projeto de Resolução 17/19 dos servidores do Poder Legislativo Municipal foi utilizada a seguinte metodologia:

Primeiro Passo: Apurou-se o custo mensal da folha de pagamento, tendo como referência a folha do último mês apurado: abril/2019, antes da proposição de Lei, conf. "Quadro 1";

Quadro 1

Descrição	Gasto Pessoal Câmara Anual	Obrig Patronal Anual	Total Ano 2018	Arrecadação 2018	Percentual Gasto Pessoal 2018
Efetivo	952.651,70	205.347,32	1.157.999,02	4.712.514,31	
Comissionados	482.961,70	106.251,57	589.213,27		
Vereadores	734.643,00	161.621,46	896.264,46		
Pensionista	0,00	0,00	0,00		
Total	2.170.256,40	473.220,35	2.643.476,75	4.712.514,31	56,09

Segundo Passo: Apurou-se o custo mensal da Folha de Pagamento com os acréscimos da proposição de Lei e foram acrescidos os aumentos previstos para 2018, 2019 e 2020, conforme "Quadro 2", "Quadro 3" e "Quadro 4";

Quadro 2

Descrição	Valor Para 2019	Valor Proposição	Total Com Proposição	Arrecadação 2019	Percentual Gasto Pessoal 2019
Gasto Total com Pessoal	2.657.673,95	8.927,64	2.666.601,59	5.200.000,00	
Total	2.657.673,95	8.927,64	2.666.601,59	5.200.000,00	51,28

Quadro 3

Descrição	Valor Para 2020	IPCA + Índice Proposição	Total Ano 2020	Arrecadação 2020	Percentual Gasto Pessoal 2020
Gasto Total com Pessoal	2.666.601,59	6,12%	2.829.797,61	5.700.000,00	
Total	2.666.601,59		2.829.797,61	5.700.000,00	49,65

Quadro 4

Descrição	Valor para 2021	IPCA + Índice Proposição	Total Ano 2021	Arrecadação 2021	Valor Total Para 2021
Gasto Total com Pessoal	2.829.797,61	6,00%	2.999.585,46	6.100.000,00	
Total	2.829.797,61		2.999.585,46	6.100.000,00	49,17

De posse das informações contidas nos quadros acima passou-se para projeção do cálculo do impacto orçamentário-financeiro do aumento da despesa no exercício de 2018, em que entrará em vigor a Lei proposta, e nos exercícios de 2019 e 2020, que são os dois exercícios subsequentes, conforme determina o artigo 16, Inciso I da Lei Complementar 101, de 04 de maio de 2000, da seguinte forma:

Quadro 5 - Anexo I (Art. 16, Inciso I, Lei 101/2000)

IMPACTO ORÇAMENTARIO NO EXERCICIO DE 2019			
VALOR ESTIMADO (A)	SALDO DA DOTAÇÃO (B)	% (A/B)	SALDO RESTANTE
8.927,64	2.750.000,00	0,32%	2.741.072,36

Quadro 6 - Anexo I (Art. 16, Inciso I, Lei 101/2000)

IMPACTO ORÇAMENTARIO NO EXERCICIO DE 2020			
VALOR ESTIMADO (A)	SALDO DA DOTAÇÃO (B)	% (A/B)	SALDO RESTANTE
9.474,01	2.900.000,00	0,33%	2.890.525,99

25
1

Quadro 7 - Anexo I (Art. 16, Inciso I, Lei 101/2000)

IMPACTO ORÇAMENTARIO NO EXERCICIO DE 2021			
VALOR ESTIMADO (A)	SALDO DA DOTAÇÃO (B)	% (A/B)	SALDO RESTANTE
10.042,45	3.200.000,00	0,31%	3.189.957,55

Quadro 8

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTARIA		
EXERCICIO	CODIGO DA DOTAÇÃO	NOMENCLATURA
2018	001.01.01.031.0001-2001 - 31901100	Vencimentos e Vant. Fixas - Pessoal Civil



CÂMARA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO

26
4

DECLARAÇÃO

Declaro, em cumprimento ao inciso II do artigo 16 da Lei Complementar 101, de 04 de maio de 2000, que as despesas originadas da Projeto de Resolução 17/19 que trata da instituição de Auxílio Saúde para Servidores do Poder Legislativo Municipal, tem adequação orçamentária, a partir de 2019, sendo suficiente os recursos orçamentários no exercício de 2019, e que a mesma é compatível com o Plano Plurianual de Governo e Lei de diretrizes orçamentárias.

Declaro também, em cumprimento ao artigo 17, § 2º, da mesma lei, que o presente aumento de despesa não afetará as metas de resultados fiscais propostos para o exercício de 2019 e seguintes uma vez que a Câmara Municipal possui dotação orçamentária e recursos financeiros suficientes para acobertar tal despesa.

Declaro ainda, em cumprimento ao artigo 17, § 2º, da mesma lei, que para os exercícios de 2019 e 2021, os custos das mesmas serão levados em consideração, na elaboração de suas respectivas propostas orçamentárias, de forma a obter o resultado fiscal previsto para cada um deles. Consequentemente através da adaptação de suas respectivas despesas.

Declaro por fim, que o impacto do aumento da folha de pagamento não extrapola o Limite de gasto com pessoal de acordo com a Receita Corrente Líquida do Município, de acordo com o § 2º, At.18 e Art. 22 da Lei Complementar 101, de 04 de maio de 2000.

Bom Despacho – MG, 17/06/2019.

Renato Lopes Cardoso
Assessor Financeiro e Contábil