



**NORMA DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE
(NR.2010.02)**

Setembro/2024

NORMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

 <p>CODERN AUTORIDADE PORTUÁRIA</p>	COMPANHIA DOCAS DO RIO GRANDE DO NORTE - CODERN		
	Instrumento Normativo (IN)		Código: NR.2010.02
	Diretoria Responsável/APMC: DAF	Gerência Responsável: GEADMI	
	Data de criação: 16/09/2021	Início da Vigência: 18/09/2024	Próxima Revisão: 18/09/2026
Título: NORMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE			Aprovação: DIREXE
			Versão: 2.1 - Original

APROVAÇÃO

Aprovada pela Resolução nº 889, conforme ATA da 1926ª reunião da Diretoria Executiva da Companhia Docas do Rio Grande do Norte – DIREXE, realizada em 18 de Setembro de 2024.

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO.....	04
2.	ABRANGÊNCIA.....	04
3.	DIRETRIZES GERAIS.....	04
3.1.	CONCEITOS E INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	04
3.2.	CONSENSO/APROVAÇÃO.....	04
4.	COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	04
4.1.	UNIDADE RESPONSÁVEL PELO NORMATIVO (URN).....	04
4.2.	COMPETÊNCIA.....	05
5.	DIRETRIZES ESPECÍFICAS.....	05
6.	RELAÇÃO DOS ANEXOS.....	08
7.	REVISÃO.....	08
8.	VIGÊNCIA.....	08
	ANEXO I – TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	10
	ANEXO II – TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.....	12

1. OBJETIVO

Estabelecer os critérios de concessão do benefício de Assistência Médico Hospitalar e Assistência Odontológica, bem como os procedimentos para sua administração e controle.

2. ABRANGÊNCIA

Esta norma se aplica a todas as Unidades da Companhia Docas do Rio Grande do Norte – CODERN, estando incluídas a Unidade Sede em Natal/RN, e a Administração do Porto de Maceió/AL – APMC, no que couber. A abrangência desta Norma estende-se ao Porto de Maceió, por força de Convênio de Descentralização firmado entre o Ministério da Infraestrutura - MINFRA e a Companhia Docas do Rio Grande do Norte – CODERN, no qual a CODERN exerce a administração e exploração do Porto de Maceió, por intermédio da Administração do Porto de Maceió – APMC, a qual está subordinada administrativa, técnico-operacional e financeiramente à CODERN.

3. DIRETRIZES GERAIS

3.1. CONCEITO E INFORMAÇÕES PRELIMINARES

O benefício de Assistência à Saúde consiste na complementação, pela CODERN, do valor despendido pelo empregado, dirigente e ocupantes de cargos em comissão, para associação em Plano de Saúde (médico ou odontológico).

Para os setores elencados em qualquer parte da norma, o colaborador deve levar em consideração aquele que pertence a sua unidade de lotação (Natal ou APMC).

3.2. CONSENSO / APROVAÇÃO

Esta norma foi elaborada pela GEADMI, na qualidade de Unidade Responsável pelo Normativo (**URN**), submetida a consenso pelas Unidades envolvidas no processo, aprovada pela Diretoria da Presidência – DP e pela Diretoria Executiva – DIREXE.

4. COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

4.1. UNIDADE RESPONSÁVEL PELO NORMATIVO (URN)

A Unidade Responsável pelo Normativo (URN) é a Gerência Administrativa - GEADMI.

4.2. COMPETÊNCIA

À Diretoria da CODERN, compete:

- a. Aprovar, anualmente, os recursos orçamentários para o custeio do benefício; e
- b. Aprovar o contrato com a empresa prestadora de serviço de Assistência Médico- Hospitalar e Assistência Odontológica

À GEADMI E A SUSPES/APMC, compete:

- a. Acompanhar e controlar a execução do contrato com a empresa especializada; e
- b. Efetuar os devidos descontos de acordo com o estabelecido em Acordo Coletivo de Trabalho.

5. DIRETRIZES ESPECÍFICAS

5.1. A Assistência Médico-Hospitalar será concedida aos empregados, aos dirigentes e aos ocupantes de cargos comissionados, bem como aos respectivos dependentes, em conformidade com os critérios relacionados nos subitens seguintes.

5.2. Consideram-se dependentes, para fins de concessão do benefício de assistência Médico-Hospitalar:

I. Cônjuge, mediante comprovação da Certidão de Casamento;

II. Companheiro(a), conforme legislação civil vigente;

III. Os filhos e menores sob tutela ou curatela, até 21 (vinte e um) anos completos (até o mês do aniversário) ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, e até 24 (vinte e quatro) anos completos (até o mês do aniversário), se cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, mediante comprovação;

IV. Enteados, do qual o empregado tenha a guarda ou que sejam comprovadamente dependentes do empregado, até 21 (vinte e um) anos completos (até o mês do aniversário) ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, e até 24 (vinte e quatro) anos completos (até o mês do aniversário), se cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, mediante comprovação;

IV. Irmãos e netos, sem arrimo dos pais, até os 21 (vinte e um) anos completos (até o mês do aniversário), desde que o empregado detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e

V. O absolutamente incapaz, do qual o empregado seja tutor ou curador e que viva sob dependência comprovada do empregado.

5.2.1. Os filhos, enteados, e menores sob tutela ou curatela, a partir do mês subsequente ao de aniversário de 21 anos, sem cursar ensino superior ou escola técnica de segundo grau, ou a partir do mês subsequente ao de aniversário de 24 (vinte e quatro) anos, com limite até 40 (quarenta) anos completos, poderão ser considerados dependentes do referido benefício, ficando o beneficiário titular responsável pelo pagamento do valor integral do plano, através de desconto em contracheque, não tendo qualquer custo para a CODERN.

5.2.2. A condição de dependente, para fins de concessão do benefício, deverá ser comprovada por meio da declaração anual de imposto de renda do empregado e outros documentos pertinentes, conforme o caso, tais como: certidão de nascimento, declaração de matrícula em universidade ou escola técnica de segundo grau, decisão judicial e laudos médicos que atestem a incapacidade. Qualquer mudança da condição de dependente será de inteira responsabilidade do beneficiário titular, que deverá informar imediatamente ao Setor de Pessoal, sob pena de ressarcimento dos prejuízos trazidos para a CODERN, bem como de responder processo disciplinar administrativo.

5.2.3. Todos os casos de dependentes devem seguir de declaração padrão de responsabilidade, constante no formulário de adesão ao plano (ANEXO I), devidamente assinados pelo beneficiário titular, atestando a respectiva dependência, independentemente da exigência dos documentos comprovadores do fato.

5.3. A Assistência Médico-Hospitalar será concedida através da contratação de Plano de Saúde Coletivo da empresa prestadora de serviço, consistindo em consultas médicas em todas as especialidades, cirurgias, obstetrícia, exames complementares de diagnóstico por imagens e terapias, inclusive Raios-X, com atendimento amplo nas redes hospitalares credenciadas, dando cobertura ambulatorial e hospitalar, inclusive UTI, com acomodação padrão em enfermaria.

5.3.1. A Assistência Médico-Hospitalar, para os funcionários da Administração do Porto de Maceió, será concedida através da contratação de Plano de Saúde Coletivo da empresa prestadora de serviço, consistindo em consultas médicas em todas as especialidades, cirurgias, obstetrícia, exames complementares de diagnóstico por imagens e terapias, inclusive Raios-X, com atendimento amplo nas redes hospitalares credenciadas, dando cobertura ambulatorial e hospitalar, inclusive UTI, com acomodação padrão em apartamento.

5.4. O plano de assistência à saúde contratado deverá atender integralmente a Lei nº 9.656/98 e demais normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

5.5. A participação do beneficiário e de cada dependente, para o direito a concessão do benefício de Plano de Saúde Médico, é de 1% (um por cento) do valor do seu cargo efetivo (salário base) ou comissionado, limitado ao teto de 20% (vinte por cento) do valor da mensalidade do plano de saúde com acomodação em enfermaria, exceto para os dependentes elencados no 5.2.1, cuja participação será do valor integral do plano.

5.5.1. Fica facultado ao beneficiário, a opção pela migração do plano enfermaria para apartamento, ocasião em que haverá também a migração automática de todos os seus dependentes, com a participação, por optante, da diferença integral do valor do plano enfermaria para apartamento.

5.5.2 A participação do beneficiário e de cada dependente, para o direito a concessão do benefício de Plano Odontológico, é 50% do valor do plano, exceto para os dependentes elencados no 5.2.1, cuja participação será do valor integral do plano.

5.6. O beneficiário assinará documento de adesão ao Plano de Saúde ou Odontológico, autorizando o desconto em folha de pagamento, do valor correspondente à sua participação e de seus respectivos dependentes, como também a opção pelo plano apartamento se assim o desejar.

5.7. O valor decorrente da aplicação do percentual de participação do beneficiário, estabelecido no subitem 5.5 será consignado, mensalmente, em folha de pagamento.

5.7.1. Quando da ausência do beneficiário por Auxílio doença, Auxílio Acidente ou Licença Não Remunerada, o mesmo fará o pagamento da sua devida participação e de seus dependentes diretamente na **COORTE/SUSFIN**, através de guia de recolhimento, até o dia 15 (quinze) do mês subsequente, enquanto perdurar o seu afastamento. Deverá, ainda, entregar na mesma data, cópia do comprovante de recolhimento à **COORTE/SUSFIN-APMC**.

5.7.2. O beneficiário que deixar de efetuar o devido recolhimento por um prazo de 30 (trinta) dias, terá o benefício suspenso até a sua regularização. O benefício só será normalizado no prazo de 02 (dois) dias úteis após a entrega à **GEADMI OU SUSPES/APMC** do comprovante de quitação emitido pela **COORTE/SUSFIN-APMC** da CODERN. A comunicação dos inadimplentes deve ser feita mensalmente pela **COORTE/SUSFIN-APMC** A **GEADMI OU SUSPES/APMC**, respectivamente.

5.8. Será informado a cada beneficiário, o endereço eletrônico da rede credenciada (médicos e estabelecimentos) pela empresa prestadora de serviços, bem como disponibilizado carteira de identificação para apresentação no ato de atendimento.

5.9. A utilização da carteira do beneficiário por terceiros tornará o mesmo responsável por todas as despesas efetuadas pelo uso indevido, além de sua

eliminação e de seus dependentes como participantes do Plano de Saúde Médico ou Odontológico.

5.10. O beneficiário, bem como seus dependentes, no extravio da carteira de identificação, comunicarão o fato à **GEADMI OU SUSPES/APMC** e arcará com todas as despesas de extração para obtenção de segunda via, sem prejuízo do disposto nos subitens 5.11 e 5.12 seguintes. A segunda via deverá ser retirada diretamente pelo beneficiário na central do plano contratado.

5.11. O benefício de assistência Médico-Hospitalar deixará de ser concedido ao beneficiário, automaticamente, nos casos de falecimento, demissão e exoneração.

5.12. Nos casos dos dependentes do beneficiário, o benefício deixará de ser concedido, automaticamente, nas situações que não se enquadrarem no subitem 5.2., bem como, em consequência, no subitem 5.11.

5.13. Em decorrência dos subitens acima, ou no caso do beneficiário solicitar a sua exclusão e/ou de seus dependentes do Plano de Saúde Médico ou Odontológico, compete à **GEADMI OU SUSPES/APMC** proceder ao recolhimento da carteira de identificação, comunicando, imediatamente à empresa prestadora de serviço.

6. RELAÇÃO DOS ANEXOS

Anexo I – TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Anexo II – TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

7. REVISÃO

Esta Norma deverá ser revisada no prazo máximo de 02 (dois) anos, a partir da data de aprovação pela DIREXE.

8. VIGÊNCIA

Esta Norma entra em vigor a partir da data de aprovação pela Direção Executiva da CODERN – DIREXE.

PAULO HENRIQUE DE MACEDO CARLOS

Diretor-Presidente



COMPANHIA DOCAS DO RIO GRANDE DO NORTE

RESOLUÇÃO Nº 889 DE 18 DE SETEMBRO DE 2024

O Diretor-Presidente da COMPANHIA DOCAS DO RIO GRANDE DO NORTE - CODERN, no uso da atribuição que lhe é conferida pelo Art. 60, Inciso VI do Estatuto Social da Companhia.

Considerando solicitação contida no Ofício nº 12/2024/ADMINAPMC-CODERN/DP-CODERN (Processo SEI nº 50902.001645/2024-50).

Considerando o deliberado pela Diretoria-Executiva **em sua 1926ª reunião ordinária**, realizada nesta data;

RESOLVE:

I. Aprovar a atualização da NORMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (NR 2010.02), que estabelece os critérios de concessão do benefício de Assistência Médico Hospitalar e Assistência Odontológica, bem como os procedimentos para sua administração e controle, nos termos da minuta apresentada por meio da Proposição DAF nº 046/2024 (Processo SEI 50902.002288/2024-47).

PAULO HENRIQUE DE MACEDO CARLOS

Diretor-Presidente



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Henrique de Macedo Carlos, Diretor Presidente**, em 19/09/2024, às 09:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 3º, inciso V, da Portaria nº 446/2015 do Ministério dos Transportes.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.transportes.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&acao_origem=documento_conferir&lang=pt_BR&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **8845063** e o código CRC **DF5AB544**.



Referência:Processonº50902.002455/2024-50



SEInº8845063

Av.Eng.HildebrandodeGois,220-BairroRibeira Natal/RN,
CEP 59010-700
Telefone:4005-5320

ANEXO I

(NR.2010.02)

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ANEXO I

TERMO DE ADEÇÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Recebidos até cada dia 05, para exclusão/ativação a cada dia 10 do mesmo mês. O desconto cessará/iniciará na competência seguinte da inativação/ativação do plano

NOME: _____ **MATRÍCULA:** _____

CPF N°: _____ **DATA DE NASCIMENTO:** ___ / ___ / ___ **LOTAÇÃO:** _____

Tenho interesse em aderir ao Plano de Saúde contratado pela CODERN:

AMPLO ()

GREEN ()

APMC ()

OBSERVAÇÃO: em caso de resposta negativa, favor desconsiderar os demais itens.

- Tipo de acomodação:
 ENFERMARIA () APARTAMENTO ()
- Autorizo o desconto em folha de pagamento, referente ao mês de inclusão do valor correspondente à minha participação e de meu(s) dependente(s) legal(ais) (cujas comprovações dos vínculos legais seguem anexos) no percentual previsto no item 5.5 da Norma de Assistência Médico-Hospitalar da CODERN, conforme abaixo:

(x) 1%(um por cento) do salário-base do seu cargo efetivo ou de comissionado, quando somente este exercer, limitado a 20% (vinte por cento) do valor da mensalidade do plano básico.

Solicito a inclusão dos dependentes abaixo relacionados, assim considerados por atenderem ao disposto no item 5.2 da Norma de Assistência Médico-Hospitalar da CODERN:

NOME	CPF N°	DATA DE NASCIMENTO	PARANTESCO	SEXO

Declaro estar ciente que:

1. No caso da opção pela acomodação **APARTAMENTO**, arcarei integralmente com a diferença de valores em relação à acomodação padrão prevista no item 5.3 da Norma de Assistência Médico-Hospitalar da CODERN (ENFERMARIA), tanto do titular quanto dos dependentes.
2. É de minha inteira responsabilidade **COMUNICAR QUALQUER ALTERAÇÃO NA CONDIÇÃO DE MEUS DEPENDENTES**, e informarei imediatamente ao Setor de Pessoal (COOREH/SUSPES-APMC), sob pena de ressarcimento dos prejuízos trazidos para a CODERN, bem como de responder processo disciplinar administrativo.
3. Seguem em anexo as formulárias e cópias legíveis dos seguintes documentos obrigatórios:
 - Cópia da Identidade (titular e dependente)
 - Cópia do CPF (titular e dependente)
 - Cópia da certidão de casamento/certidão de nascimento dos filhos
 - Cópia do comprovante de residência (de até 3 meses de emissão)
 - Número do Cartão SUS

Natal/RN, _____ de _____ de 202_____.

Assinatura

ANEXO II

(NR.2010.02)

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

ANEXO II

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Solicitações recebidas até cada dia 05 de cada mês, para inclusão no dia 1º do mês seguinte, com desconto relativo 50% do valor do plano. Os descontos se iniciarão na competência seguinte da ativação do plano.

NOME: _____ **MATRÍCULA:** _____

CPF N°: _____ **DATA DE NASCIMENTO:** _____ **LOTAÇÃO:** _____

Tenho interesse em aderir ao Plano Odontológico contratado pela CODERN:

CODERN ()

APMC ()

OBSERVAÇÃO: em caso de resposta negativa, favor desconsiderar os demais itens.

Sou titular do plano odontológico ofertado pela empresa e solicito a inclusão dos dependentes abaixo relacionados, assim considerados por atenderem ao disposto na Norma de Assistência à Saúde da CODERN:

NOME	CPF N°	DATA DE NASCIMENTO	PARANTESCO	SEXO

Declaro estar ciente que:

- A ativação se dará em dia 01 do mês subsequente ao pedido, e o desconto relativo ao benefício se iniciará no contracheque do mês do início do benefício.
- É de minha inteira responsabilidade **COMUNICAR QUALQUER ALTERAÇÃO NA CONDIÇÃO DE MEUS DEPENDENTES**, e informarei imediatamente ao Setor de Pessoal (COOREH/SUADAB), sob pena de ressarcimento dos prejuízos trazidos para a CODERN, bem como de responder processo disciplinar administrativo.
- Seguem anexos, a este formulário, as cópias legíveis dos seguintes documentos obrigatórios:
 - Cópia da Identidade (titular e dependente)
 - Cópia do CPF (titular e dependente)
 - Cópia da certidão de casamento/ certidão de nascimento dos filhos
 - Cópia do comprovante de residência (de até 3 meses de emissão)

Natal/RN, _____ de _____ de 202____.

Assinatura