



NORMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

SETEMBRO DE 2021

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. FINALIDADE | 03 |
| 2. CONCEITO E INFORMAÇÕES PRELIMINARES..... | 03 |
| 3. CAMPO DE APLICAÇÃO E BENEFICIÁRIOS | 03 |
| 4. COMPETÊNCIAS | 03 |
| 5. CRITÉRIOS | 03 |
| 6. DISPOSIÇÕES GERAIS | 06 |
| 7. ANEXO I – TERMO DE ADESÃO | 07 |

NORMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

1 – FINALIDADE

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

2 – CONCEITO E INFORMAÇÕES PRELIMINARES

O benefício de Assistência Médico-Hospitalar consiste na complementação, pela CODERN, do valor despendido pelo empregado, dirigente e ocupantes de cargos em comissão, para associação em Plano de Saúde.

3 – CAMPO DE APLICAÇÃO E BENEFICIÁRIOS

Esta Norma aplica-se aos seguintes beneficiários: empregados, dirigentes e ocupantes de cargos em comissão da Companhia Docas do Rio Grande do Norte – CODERN (Natal e Areia Branca), e os seus dependentes legais, de acordo com o estabelecido nos subitens 5.2 desta norma.

4 – COMPETÊNCIA

4.1. 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.

4.2. À GEADMI compete:

- a) Acompanhar e controlar a execução do contrato com a empresa especializada; e
- b) Efetuar os devidos descontos, de acordo com o estabelecido nos subitens 5.5 e 5.6.

5 – CRITÉRIOS

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, enteados, 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. 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.

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.

5.4. 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, 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.

5.6. O beneficiário assinará documento de adesão ao Plano de Saúde, 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, o mesmo fará o pagamento da sua devida participação e de seus dependentes diretamente na tesouraria da CODERN, através de guia de recolhimento, até o dia 10 do mês subsequente, enquanto perdurar o seu afastamento. Deverá, ainda, entregar na mesma data, cópia do comprovante de recolhimento à COORTE.

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 do comprovante de quitação emitido pela Tesouraria da CODERN. A comunicação dos inadimplentes deve ser feita mensalmente pela COORTE A GEADMI.

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.

5.10. O beneficiário, bem como seus dependentes, no extravio da carteira de identificação, comunicarão o fato à GEADMI 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, compete à GEADMI proceder ao recolhimento da carteira de identificação, comunicando, imediatamente à empresa prestadora de serviço.

6 – DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. A presente norma poderá ser modificada, a qualquer momento, por decisão da DIREXE, observadas as propostas apresentadas em reunião daquela Diretoria Executiva, a legislação vigente, ficando explícito que tais modificações não poderão ser invocadas como alteração unilateral de contrato de trabalho.

6.2. A presente norma deverá ser lida integralmente por todos os beneficiários, em exercício na CODERN, não sendo tolerado o desconhecimento de seus termos.

6.3. A presente norma entrará em vigor após sua aprovação pela DIREXE n°XXX.

Natal, RN, setembro de 2021.

Ulisses Danilo Silva Almeida
Diretor Presidente Substituto,

ANEXO I

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

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

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

AMPLO ()

GREEN ()

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/SUADAB), sob pena de ressarcimento dos prejuízos trazidos para a CODERN, bem como de responder processo disciplinar administrativo.
3. Seguem em anexo 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



COMPANHIA DOCAS DO RIO GRANDE DO NORTE

RESOLUÇÃO Nº 337

Natal, 16 de setembro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Ulisses Danilo Silva Almeida, Diretor Presidente Substituto**, em 16/09/2021, às 17:28, 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.infraestrutura.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4599313** e o código CRC **162CB89E**.

O Diretor-Presidente Substituto 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, e **considerando o deliberado pela Diretoria-Executiva em sua 1722ª reunião ordinária, realizada nesta data;**

RESOLVE:

I. Aprovar a Norma de Assistência Médico-Hospitalar aplicada aos empregados, dirigentes e ocupantes de cargos em comissão da CODERN (Natal/RN e Areia Branca/RN), nos termos da Proposição DAF nº 045/2021 e demais anexos (Processo SEI 50902.001735/2021-06).

II. Revogar a Resolução DIREXE Nº 273 de 17/06/2021 (4226423).

ULISSES DANILO SILVA ALMEIDA

Diretor-Presidente Substituto



Referência: Processo nº 50902.004757/2021-10



SEI nº 4599313

Av. Eng. Hildebrando de Gois, 220 - Bairro Ribeira
Natal/RN, CEP 59010-700
Telefone: 4005-5320