

Secretaria Municipal de Administração Manual de Procedimentos

| PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------|-----|------|--------------|------|------------|-----|----------|---------|
| Nº | 2.45 | Mês | Janeiro | Ano | 2023 | Requerimento | 2.45 | Protocolar | Sim | Validade | 02/2024 |
| Procedimento | | Salário Família e Plano Médico para Filho Universitário | | | | | | | | | |
| Departamento | | Departamento de Gestão de Pessoas/Divisão de Controle de Pessoal | | | | | | | | | |
| CONTEXTUALIZAÇÃO E EMBASAMENTO LEGAL | | | | | | | | | | | |
| O que é? | | | | | | | | | | | |
| Trata-se da solicitação de pagamento de salário família para servidores efetivos e/ou a inclusão de seu filho no plano médico com idade de 18 a 24 anos, que esteja cursando nível universitário (graduação), desde que não tenha renda própria. Terá direito ao recebimento de salário família o filho universitário que não exerça atividade remunerada e nem tenha renda própria, considera-se renda própria ou atividade remunerada o recebimento de importância igual ou superior a 01 (um) salário mínimo. | | | | | | | | | | | |
| Base legal: | | | | | | | | | | | |
| Lei Complementar nº 41/91 e a Lei Complementar nº 784/17. | | | | | | | | | | | |
| PASSOS: | | | | | | | | | | | |
| Nº | Sequência do Trâmite/Encaminhamento | | | | | | | | | | |
| 01 | Para requerer o pagamento de salário família e/ou inclusão do filho universitário no plano médico deverá ser protocolado requerimento próprio disponível na área do servidor, juntamente com os documentos solicitados no requerimento. | | | | | | | | | | |
| 02 | O requerimento deverá ser autuado pelo setor de Protocolo, que enviará posteriormente ao Departamento de Gestão de Pessoas. | | | | | | | | | | |
| 03 | O Departamento de Gestão de Pessoas efetuará análise do pedido, observando o vínculo do servidor e se a documentação apresentada atende os requisitos da lei. | | | | | | | | | | |
| 03.1 | A documentação não atende aos requisitos: instruir os autos solicitando a regularização da documentação. | | | | | | | | | | |
| 03.1.1 | Se o Processo retorna sem nova documentação é encaminhado para arquivamento. | | | | | | | | | | |
| 03.1.2 | Se o Processo retorna com nova documentação volta para análise. | | | | | | | | | | |
| 04 | A documentação atende aos requisitos: instruir os autos com a vida funcional do servidor com os devidos embasamentos legais, atestando a comprovação dos documentos, informando do deferimento do pedido e necessidade do servidor tomar ciência e assinar o Termo de Responsabilidade, e ainda informar que o Departamento de Gestão de Pessoas não aponta óbice quando a concessão do benefício. | | | | | | | | | | |
| 05 | Providenciar o Termo de Responsabilidade em duas vias de acordo com o vínculo do servidor, preenchendo os campos: nome do servidor, matrícula, CPF, nome do aluno, data de nascimento, instituição de ensino e período do curso. | | | | | | | | | | |
| 06 | Anexar ao processo o despacho e uma via do Termo de Responsabilidade (anexo I), anexando na capa do processo a outra via, que será entregue ao servidor, após solicitar assinatura da Chefia do despacho do processo. | | | | | | | | | | |
| 07 | Entrar em contato com o servidor, solicitando que o mesmo compareça ao Departamento de Gestão de Pessoas para assinar o Termo de Responsabilidade, bem como apresentar a carteira profissional física ou a digital. | | | | | | | | | | |
| 08 | Quando da assinatura do Termo de Responsabilidade, o atendente deverá orientar quanto as regras para renovação e permanência do plano médico e recebimento de salário família, questionar se o filho é dependente de imposto de renda, se sim, solicitar o preenchimento do impresso de dependentes de imposto de renda, após as devidas orientações solicitar que o servidor assine e date o documento. | | | | | | | | | | |
| 09 | Cadastrar no sistema de folha de pagamento o filho universitário e se for servidor efetivo fazer o lançamento do pagamento de salário família, conferir o cadastro e calcular a folha, verificando se o pagamento está correto. | | | | | | | | | | |
| 10 | Gerar a guia de inclusão no plano médico, conforme anexo II. | | | | | | | | | | |

Secretaria Municipal de Administração Manual de Procedimentos

| | |
|------|--|
| 11 | Inclusão: (www.hapvida.com.br) - código: 0B5XJ: Educação e demais Secretarias e 0B5R1: Saúde As guias são enviadas todas as sextas feiras até o dia 20 de cada mês. Após essa data as guias são enviadas no primeiro dia útil do mês. |
| 12 | Para controle dos processos são cadastrados na planilha de filhos universitários maiores de 18 anos (anexo III), na pasta: (adm_GestãoP_Controlde_de Pessoal/Nucleo Cadastro/Filhos Univ SF e CAMH/_ANO Controle), cadastrando: número do processo, ano, matrícula do servidor, nome do servidor, nome do dependente, data do nascimento, idade, instituição de ensino, semestre atual, duração, término do semestre, se está cadastrado na medical, data da exclusão e observação (informação sobre: término do curso, alteração na data renovação, se é estagiário, se exerce atividade remunerada, etc.). |
| 13 | Após tomada todas as providências, arquivar o processo na caixa de acordo com a ordem alfabética no armário do setor, aguardando as renovações. |
| 14 | Renovações: As renovações são semestrais, até o dia 20 fevereiro e até o dia 20 de agosto, salvo os casos em que as renovações são em datas diferentes anotadas nas observações. |
| 15 | Nestes períodos os servidores deverão apresentar a carteira profissional física e/ou digital para comprovar que não está exercendo atividade remunerada e a declaração de matrícula referente ao semestre letivo. |
| 16 | No caso de servidor efetivo, se a renda do filho universitário for inferior a 01 (um) salário mínimo vigente, terá direito ao recebimento do salário família e será excluído do plano médico, podendo ser reincluído quando comprovar que não exerce atividade remunerada. |
| 17 | Ocorrências que determinam a perda dos direitos aos benefícios: Óbito, desistência, trancamento, atividade remunerada igual ou superior a 01 (um) salário mínimo vigente ou conclusão do curso. |
| 18 | Recebimento Indevido de salário família: poderá ocorrer se o servidor não informar em tempo hábil algumas das ocorrências ou exercício de atividade remunerada. |
| 18.1 | Deve-se fazer o levantamento do período de recebimento indevido para posterior desconto na folha de pagamento dos valores. |
| 18.2 | Permanência indevida no plano médico: poderá ocorrer se o servidor não informar em tempo hábil algumas das ocorrências ou exercício de atividade remunerada. |
| 18.3 | Deve-se fazer o levantamento do período de permanência indevida no plano médico, calculando-se o valor pago mensalmente pelo erário, para posterior desconto na folha de pagamento dos valores. |
| 18.4 | Instruir o processo aguardando a presença do servidor no RH Central para esclarecimento dos fatos, mencionando a ocorrência e o embasamento legal, o período de permanência indevida no plano médico e/ou o recebimento indevido de salário família, conforme fichas financeiras que deverão ser anexadas aos autos com o valor total e valor calculado das parcelas a serem descontadas de acordo com o previsto em lei, solicitando ciência e autorização do servidor para ressarcimento dos valores aos cofres públicos a partir do próximo mês. |
| 18.5 | Após retorno dos autos, verificar se houve manifestação do servidor contestando as informações, se sim, analisar se a contestação tem ou não fundamento legal, instruir os autos e encaminhar ao Departamento Jurídico solicitando análise. Havendo autorização do servidor efetuar o lançamento dos valores a serem descontados, informando o mês de início e fim do desconto. |
| 18.6 | Conferir mensalmente os descontos em folha de pagamento e quando conferir o último mês de desconto, instruir os autos e solicitar o arquivamento do processo. |
| 19 | Havendo desligamento ou aposentadoria do servidor, encaminhar os autos ao responsável pela elaboração da rescisão para que se providencie o desconto dos valores devidos. |
| 20 | O processo deverá ser arquivado quando o servidor apresentar documentos comprobatórios de: Óbito, desistência, trancamento ou conclusão do curso. |
| 21 | Conforme item 20, a exclusão do plano médico acontecerá no fim do mês, através do e-mail enviado à Divisão de Treinamento e Desenvolvimento. |

Secretaria Municipal de
Administração
Manual de Procedimentos

22

Para cada vínculo: efetivo, celetista e comissionado é criada uma aba na planilha de controle, sendo divididos em primeiro e segundo semestre, mantendo o histórico das renovações.

| CONTROLE DE REVISÕES | | | | |
|----------------------|------------|---------------|---------------|----------------------------------|
| Versão | Data | Histórico | Item Revisado | Revisado por |
| 01 | 10/01/2023 | Revisão geral | Todos | Roseli Oliveira de Almeida Ramos |
| 00 | 18/10/2022 | Elaboração | Todos | Michel Azevedo Araujo |

| Responsáveis | Data | Nome |
|-------------------|------------|---|
| Aprovado para uso | 01/08/2023 | Luiz Alberto Battistella |
| Revisado | 10/01/2023 | Roseli Oliveira de Almeida Ramos |
| Elaborado | 19/12/2022 | Milton Ferreira; Roseli Oliveira de Almeida Ramos |



Secretaria Municipal de **Administração**

Proc. nº.

Fls: Rub. _____

Data: 17/10/2022

Do: Departamento de Gestão de Pessoas

A: Requerente

Informamos que o requerente foi contratado em 01/10/1987, ocupando o cargo de Auxiliar Administrativo, Ref.12 Grau L Nível II, lotado(a) na SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, está pleiteando a inclusão do filho universitário no plano médico;

Considerando que a respectiva solicitação tem amparo legal na Lei Complementar nº 784/17, artigo 3º, alínea e, que trata da inclusão no plano médico dos filhos maiores que estiverem cursando nível superior (graduação) até 24 anos, desde que não tenham nenhuma renda própria.

Considerando que para a concessão do benefício é indispensável o preenchimento dos requisitos necessários, e tal comprovação dar-se-á por meio da apresentação semestral da Declaração do estabelecimento de ensino atestando que o beneficiário está cursando ensino superior e, cópia da CTPS comprovando que o beneficiário não possui renda própria, sob pena de exclusão do dependente do plano de saúde, somente podendo ser reincluído após decorridos 6 (meses), dependendo ainda da análise da documentação, conforme Lei Complementar nº 784/17, artigo 3-B, parágrafo 2º.

Considerando que o Departamento de Gestão de Pessoas atesta a comprovação dos documentos necessários para concessão do pleito para o semestre vigente, conforme fls. 03 a 09 e que a inclusão junto a CAMH será efetivada entre o dia 10 e 20 de cada mês, após ciência do servidor quanto ao deferimento do pleito e assinatura do Termo de Responsabilidade.

E após as devidas considerações, o Departamento de Gestão de Pessoas **não aponta óbice** quanto à concessão do benefício, dessa forma, solicitamos ciência do servidor no Termo de Responsabilidade em fls. 11.

Roseli Oliveira de Almeida Ramos
Gerente de Divisão de Controle de Pessoas

Milton Ferreira
Assistente Administrativo



Secretaria Municipal de **Administração**

Proc. nº.

Fls: Rub. _____

Data: 04/11/2022

Do: Departamento de Gestão de Pessoas

A: Requerente

Informamos que a requerente entrou em exercício em 20/10/2022, sob vínculo estatutário, ocupando o cargo de Guarda Civil Municipal, Padrão 4H, lotado(a) na SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA CIVIL, está pleiteando o pagamento de salário família e inclusão no plano médico de sua filha universitária;

Considerando que a respectiva solicitação para pagamento de salário família tem amparo legal na Lei Complementar nº 41/1991, artigo 79 e seu inciso I, que trata da concessão sob o título de salário-família o filho de servidor, que esteja na idade de até 24 anos, cursando nível superior e, desde que não tenha rendimento próprio;

Considerando que a solicitação de inclusão do filho universitário no plano médico tem amparo na Lei Complementar nº 784/17, artigo 3º, alínea e;

Considerando que para a concessão dos benefícios é indispensável o preenchimento dos requisitos necessários, e tal comprovação dar-se-á por meio da apresentação semestral da Declaração do estabelecimento de ensino atestando que o beneficiário está cursando ensino superior e, cópia da CTPS comprovando que o beneficiário não possui renda própria, sob pena de exclusão do dependente do plano de saúde, somente podendo ser reincluído após decorridos 6 (meses), dependendo ainda da análise da documentação, conforme Lei Complementar nº 784/17, artigo 3-B, parágrafo 2º.

Considerando que o Departamento de Gestão de Pessoas, atesta a comprovação dos documentos necessários para concessão do pleito no semestre vigente, conforme fls. 03 a 11, e que a inclusão junto ao plano médico será efetivada entre os dias 10 e 20 de cada mês, e o pagamento do salário família se dará no mês em que o servidor tomar ciência do deferimento do pleito e assinar o Termo de Responsabilidade.

E após as devidas considerações, o Departamento de Gestão de Pessoas **não aponta óbice** quanto à concessão dos benefícios, dessa forma, solicitamos ciência do servidor no Termo de Responsabilidade de fls. 13.

Roseli Oliveira de Almeida Ramos
Gerente de Divisão de Controle de
Pessoas

Milton Ferreira
Assistente Administrativo

Prefeitura Municipal de Limeira

www.limeira.sp.gov.br | (19) 3404.9873

Edifício Prada | Rua Prefeito Doutor Alberto Ferreira, 179 | Centro | CEP: 13481-900 | Limeira/SP

| PROCESSO | DATA PROC | MATR. | SERVIDOR | BENEFICIÁRIO | NASC. | IDADE | INSTITUIÇÃO/CURSO | MOTIVO | DURAÇÃO | VALIDADE | INCL. MED | EXCL. MED | OBSERVAÇÃO |
|----------|-----------|-------|---------------------------------|--------------|-------|-------|-----------------------------|--------|---------|----------|-----------|-----------|--------------------|
| | | | EXCLUSÃO / RENOVAÇÃO/ AGOSTO/22 | | | | | | | | | | |
| | 44771 | | | | 37174 | 21 | IFECTSP-ENGENHARIA MECÂNICA | 1º | 10 SEM | JULHO/22 | 44776 | | NÃO RENOVOU |
| | 43214 | | | | 36364 | 24 | UNIP – BIOMEDICINA | 8º | 8 SEM | JULHO/22 | SIM | | conclusão do curso |



Secretaria Municipal de
Administração

Proc. nº.

Fls: Rub.

Data: 05/10/2022

Do: Departamento de Gestão de Pessoas

Para: Secretaria Municipal de Educação

Considerando que o filho universitário da requerente exerce atividade remunerada a partir de 02/05/2022, na empresa Data System Softwares Ltda, conforme na fls. 17, com salário de R\$ 3.000,00 (três mil reais).

Considerando que a Lei Complementar 784/2017, trata da inclusão do filho no plano médico, desde que esteja cursando nível superior até 24 anos e desde que não tenha renda própria.

Informamos que a mesma recebeu indevidamente a quantia de R\$ 363,60 (trezentos e sessenta e três reais e sessenta centavos), de salário família no período de 01/05/2022 a 31/07/2022, conforme ficha financeira anexa, será descontado em sete parcelas de R\$ 51,94 (cinquenta e um reais e noventa e quatro centavos), nos meses de outubro de 2022 a abril 2023.

Quanto ao plano médico, informamos que independente da data de solicitação de exclusão, o beneficiário tem direito a utilizar o plano médico até o dia 30 do mês, portanto, no mês de maio de 2022, não há valor a ressarcir aos cofres públicos, porém, a requerente apresentou documentos comprobatórios de renda de seu filho universitário no dia 05/10/2022, e a exclusão aconteceu no dia 01/09/2022, o que causou prejuízos ao erário e portanto o devido ressarcimento por parte da requerente, conforme Decreto nº 263, de 23 de outubro de 1994.

Informamos a requerente que o valor pago pelos cofres públicos por cada beneficiário do plano médico é de 193,06 (cento e noventa e três reais e seis centavos) por mês, sendo assim, a mesma causou prejuízo aos cofres públicos no período de 01/06/2022 a 31/08/2022, a quantia de R\$ 579,18 (quinhentos e setenta e nove reais e dezoito centavos), que será descontado em sete parcelas de R\$ 82,74 (oitenta e dois reais e setenta e quatro centavos), nos meses de outubro de 2022 a abril de 2023.

Informamos que o valor total referente ao recebimento indevido do salário família de R\$ 363,60 e o valor referente ao montante pago pelos cofres públicos do plano médico de R\$ 579,18, totaliza o valor de R\$ 942,78 (novecentos quarenta e dois reais e setenta e oito centavos), que será descontado em sete parcelas, a partir de outubro de 2022 a abril de 2023, sendo R\$ 134,68 (cento e trinta e quatro reais e sessenta e oito centavos) por mês.



Secretaria Municipal de
Administração

Proc. nº.

Fls: Rub.

| CÓDIGO-HOLERITE | SALÁRIO FAMÍLIA | PLANO MÉDICO | TOTAL PAGO | OCORRÊNCIA |
|-----------------|-----------------|--------------|------------|-------------------|
| 1355 | R\$ 121,20 | | R\$ 363,60 | Maior a julho/22 |
| 1392 | | R\$ 193,06 | R\$ 579,18 | Junho a agosto/22 |
| TOTAL INDEVIDO | | | R\$ 942,78 | 07 X 134,68 |

Encaminhamos os autos para ciência e manifestação da requerente, após retornar para demais providências.

Atenciosamente.

Roseli Oliveira de Almeida Ramos
Chefe de Divisão de Controle de
Pessoas

Milton Ferreira
Assistente Administrativo

Declaro estar ciente do Processo nº _____ e autorizo que seja efetuado o desconto em meu holerite a partir de outubro de 2022 a abril de 2023 e que em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria será aplicado o artigo 53 da Lei Complementar número 41/1991.

Assinatura: _____ Data: ____/____/_____
Nome: _____

| | SF | PROCESSO | DATA PROC | MATR. | SERVIDOR | BENEFICIÁRIO | NASC. | IDADE | INSTITUIÇÃO/CURSO | SEM. ATUAL | DURAÇÃO | VALIDADE | EM MEDICA | EXCL. MED | OBSERVAÇÃO |
|---|----|----------|-----------|-------|----------|--------------|-------|-------|--|------------|---------|--------------|-----------|-----------|------------|
| 1 | ok | | 44624 | | | | 37884 | 19 | UNICAMP-ENGENHARIA DE TRANSPORT | 2º | 10 SEM | JANEIRO/2023 | 44628 | | OK |
| 2 | ok | | 43797 | | | | 37202 | 21 | UNICAMP-ENGENHARIA DE ALIMENTOS | 8º | 12 SEM | JANEIRO/2023 | 44595 | | OK |
| 3 | ok | | 43074 | | | | 36356 | 24 | EINSTEIN-ENGENHARIA DE PRODUÇÃO | 10º | 10 SEM | JANEIRO/2023 | SIM | | OK |
| 4 | OK | | 44806 | | | | 38025 | 19 | EINSTEIN - ANALISE E DESENV. DE SISTEN | 2º | 08 SEM | JANEIRO/2023 | 44812 | | OK |



**TERMO DE RESPONSABILIDADE
CONCESSÃO DE PLANO MÉDICO
LEI COMPLEMENTAR 784/2017
DECRETO 263/1994 - ART. 17 E ART. 18**

Proc. nº.

Fls: Rub. _____

ESTADO DE SÃO PAULO - BRASIL

EMPRESA: PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA

CNPJ. 45.132.495/0001-40

SERVIDOR:

MATRÍCULA:

CPF:

BENEFICIÁRIO

| NOME DO ALUNO | DATA DE NASC. | INSTITUIÇÃO DE ENSINO | PERÍODO DO CURSO |
|---------------|---------------|-----------------------|------------------|
| | | | |

Pelo presente **TERMO DE RESPONSABILIDADE** declaro estar ciente que o Departamento de Gestão de Pessoas não apontou óbice quanto a minha solicitação, e estou ciente ainda das seguintes informações:

Artigos nºs 17 e 18 do Decreto nº 263/1994 que trata da CAMH:

Artigo 17 - O titular do benefício, bem como os seus dependentes tem obrigação de manter atualizado seus dados pessoais, junto ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura.

Artigo 18 - O titular ou dependente que obtiver benefício mediante fraude, deverá repor incontinenti o seu valor, sob pena de ser instaurado o procedimento administrativo competente, no sentido de ser ressarcido aquele valor e demais cominações administrativas cabíveis.

Deverei comunicar de imediato a ocorrência de fatos que determinem a perda do direito ao Salário Família e o Plano Médico:

- ÓBITO DO FILHO;
- DESISTÊNCIA OU TRANCAMENTO DO CURSO DE ENSINO SUPERIOR;
- CONCLUSÃO DO CURSO DE ENSINO SUPERIOR;
- EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA: AO AUFERIR RENDA PRÓPRIA O BENEFICIÁRIO NÃO TEM DIREITO AO PLANO MÉDICO E TER RENDA IGUAL OU SUPERIOR A 01 (UM) SALÁRIO MÍNIMO NÃO FAZ JUS AO BENEFÍCIO DO SALÁRIO FAMÍLIA.

Declaro ainda estar ciente de que, **SEMESTRALMENTE**, comprovarei a regularidade da situação escolar de meu (minha) filho (a), bem como o exercício ou não de atividade remunerada, e a **não apresentação implicará na EXCLUSÃO dos benefícios pelo período de 06 (seis) meses.** Para tanto, deverei apresentar impreterivelmente até o dia **20 de Fevereiro e 20 de Agosto** os seguintes documentos:

- CARTEIRA DE TRABALHO ORIGINAL;
- DECLARAÇÃO EMITIDA PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO QUE COMPROVE A MATRÍCULA REGULAR DO BENEFICIÁRIO, BEM COMO O SEMESTRE QUE ESTÁ CURSANDO.

Estou ciente que: **"Todo aquele que, por ação ou omissão, der causa a pagamento indevido de salário família ficará obrigado à sua restituição, sem prejuízo das demais cominações legais"**, nos termos do art. 83 da Lei Complementar 41/1991.

LIMEIRA, ____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA: _____

| | | | |
|--------------|---------------|---------------|---------------|
| 1º SEMESTRE: | 2º SEMESTRE: | 3º SEMESTRE: | 4º SEMESTRE: |
| 5º SEMESTRE: | 6º SEMESTRE: | 7º SEMESTRE: | 8º SEMESTRE: |
| 9º SEMESTRE: | 10º SEMESTRE: | 11º SEMESTRE: | 12º SEMESTRE: |



ESTADO DE SÃO PAULO - BRASIL

**TERMO DE RESPONSABILIDADE
CONCESSÃO SALÁRIO-FAMÍLIA / PLANO MÉDICO
LEI COMPLEMENTAR 41/1991 – ART.79
LEI COMPLEMENTAR 784/2017
DECRETO 263/1994 - ART. 17 E ART. 18**

Proc. nº.

Fls: Rub. _____

EMPRESA: PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA

CNPJ. 45.132.495/0001-40

SERVIDOR:

MATRÍCULA:

CPF:

BENEFICIÁRIO

| NOME DO ALUNO | DATA DE NASC. | INSTITUIÇÃO DE ENSINO | PERÍODO DO CURSO |
|---------------|---------------|-----------------------|------------------|
| | | | |

Pelo presente **TERMO DE RESPONSABILIDADE** declaro estar ciente que o Departamento de Gestão de Pessoas não apontou óbice quanto a minha solicitação, e estou ciente ainda das seguintes informações:

Artigos nºs 17 e 18 do Decreto nº 263/1994 que trata da CAMH:

Artigo 17 - O titular do benefício, bem como os seus dependentes tem obrigação de manter atualizado seus dados pessoais, junto ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura.

Artigo 18 - O titular ou dependente que obtiver benefício mediante fraude, deverá repor incontinenti o seu valor, sob pena de ser instaurado o procedimento administrativo competente, no sentido de ser ressarcido aquele valor e demais cominações administrativas cabíveis.

Deverei comunicar de imediato a ocorrência de fatos que determinem a perda do direito ao Salário Família e o Plano Médico:

- ÓBITO DO FILHO;
- DESISTÊNCIA OU TRANCAMENTO DO CURSO DE ENSINO SUPERIOR;
- CONCLUSÃO DO CURSO DE ENSINO SUPERIOR;
- EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA: AO AUFERIR RENDA PRÓPRIA O BENEFICIÁRIO NÃO TEM DIREITO AO PLANO MÉDICO E TER RENDA IGUAL OU SUPERIOR A 01 (UM) SALÁRIO MÍNIMO NÃO FAZ JUS AO BENEFÍCIO DO SALÁRIO FAMÍLIA.

Declaro ainda estar ciente de que, **SEMESTRALMENTE**, comprovarei a regularidade da situação escolar de meu (minha) filho (a), bem como o exercício ou não de atividade remunerada, e a **não apresentação implicará na EXCLUSÃO dos benefícios pelo período de 06 (seis) meses**. Para tanto, **deverei apresentar no Departamento de Gestão de Pessoas, impreterivelmente até o dia 20 de Fevereiro e 20 de Agosto** os seguintes documentos:

- CARTEIRA DE TRABALHO ORIGINAL OU DIGITAL
- DECLARAÇÃO EMITIDA PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO QUE COMPROVE A MATRÍCULA REGULAR DO BENEFICIÁRIO, BEM COMO O SEMESTRE QUE ESTÁ CURSANDO.

Estou ciente que: **“Todo aquele que, por ação ou omissão, der causa a pagamento indevido de salário família ficará obrigado à sua restituição, sem prejuízo das demais cominações legais”**, nos termos do art. 83 da Lei Complementar 41/1991.

LIMEIRA, ____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA: _____

| | | | |
|--------------|---------------|---------------|---------------|
| 1º SEMESTRE: | 2º SEMESTRE: | 3º SEMESTRE: | 4º SEMESTRE: |
| 5º SEMESTRE: | 6º SEMESTRE: | 7º SEMESTRE: | 8º SEMESTRE: |
| 9º SEMESTRE: | 10º SEMESTRE: | 11º SEMESTRE: | 12º SEMESTRE: |