

ASSUNTO:

CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS

APROVAÇÃO:Resolução DIREX
nº 030/2013, de 18/02/2013**VIGÊNCIA:**

18/02/2013

**NORMA DE
CONCESSÃO DE
BENEFÍCIOS
NOR - 321**

ÍNDICE

1.	FINALIDADE	02
2.	ÁREA GESTORA	02
3.	CONCEITUAÇÃO	02
4.	COMPETÊNCIAS	02
5.	ABRANGÊNCIA	03
6.	AUXÍLIO À ASSISTÊNCIA MÉDICA	04
7.	SEGURO DE VIDA	06
8.	TRANSPORTE FUNCIONAL PARA LOCAL DE DIFÍCIL ACESSO.....	06
9.	AUXÍLIO-FUNERAL	06
10.	AUXÍLIO-CRECHE.....	07
11.	AUXÍLIO-TRANSPORTE.....	07
12.	AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO.....	08
13.	PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR – EBCPREV.....	09
14.	DEFESA PROFISSIONAL.....	10
15.	ABONO SOCIAL.....	10
16.	AUXÍLIO À DEPENDENTE COM DEFICIÊNCIA.....	10
17.	COMPLEMENTAÇÃO SALARIAL.....	11
18.	LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA	12
19.	DISPOSIÇÕES GERAIS	12
20.	FORMULÁRIOS E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO.....	12
20.1	Declaração de Dependência Econômica	13
20.2	Solicitação de Reembolso de Plano de Assistência à Saúde	15
20.3	Solicitação de Auxílio-Creche	17
20.4	Solicitação de Auxílio-Transporte	19
20.5	Solicitação de Auxílio-Alimentação	21
20.6	Solicitação de Abono Social	23
20.7	Solicitação de Auxílio à Dependente com Deficiência	25

1. FINALIDADE

Estabelecer critérios e procedimentos para concessão de benefícios aos empregados da Empresa Brasil de Comunicação S.A. – EBC.

2. ÁREA GESTORA

Diretoria de Administração e Finanças.

3. CONCEITUAÇÃO

3.1 BENEFÍCIO

Valor concedido ao empregado da EBC, sob condições específicas, de natureza jurídica temporária e não incorporável ao salário do empregado.

3.2 DEPENDENTE BENEFICIÁRIO

Considera-se como dependente beneficiário aquele formalmente cadastrado junto à Área de Gestão de Pessoas, para fins de concessão dos benefícios definidos nesta Norma.

3.3 EMPREGADO REQUISITADO

Empregado da EBC em exercício em outro órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual, do Distrito Federal e dos Municípios, por ato irrecusável previsto em lei.

3.4 EMPREGADO CEDIDO

Empregado da EBC cedido para exercício de cargo ou função de confiança em outro órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual, do Distrito Federal e dos Municípios, ou servidor/empregado de outro órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual, do Distrito Federal e dos Municípios, cedido para exercício de cargo em comissão na EBC.

3.5 COMPANHEIRO (A)

Pessoa, inclusive do mesmo sexo, com quem o empregado da EBC mantenha convivência pública, continuada e duradoura, e atestada mediante entrega de declaração junto à Área de Gestão de Pessoas.

4. COMPETÊNCIAS

4.1 Compete à Diretoria Executiva aprovar os montantes globais de despesas e os valores a serem praticados com os benefícios previstos nesta Norma.

4.2 Compete à Área de Gestão de Pessoas processar a concessão, o acompanhamento e o controle dos benefícios constantes desta Norma.

4.3 Cabe ao empregado formalizar a solicitação de benefícios na forma da presente Norma, bem como manter atualizados seus dados cadastrais e de seus dependentes.

5. ABRANGÊNCIA

5.1 Os benefícios constantes desta Norma serão concedidos para todo e qualquer empregado da Empresa, inclusive aos cedidos, requisitados e contratados por tempo determinado, salvo quando houver exceção especificada no item referente ao benefício.

5.2 O empregado requisitado ou cedido poderá optar entre o benefício e vantagem da EBC, ou do órgão ou entidade de origem/destino, conforme o caso.

5.2.1 Quando o empregado requisitado optar pelo benefício concedido pela EBC, deverá declarar junto à Área de Gestão de Pessoas o não recebimento do benefício do órgão ou entidade de origem.

5.2.2 Quando o empregado cedido optar pelo benefício concedido pelo órgão ou entidade de origem, deverá informar por escrito à Área de Gestão de Pessoas que providenciará a suspensão do benefício concedido pela EBC.

5.3 Será considerado dependente do empregado a pessoa formalmente cadastrada junto à Área de Gestão de Pessoas, para fins da concessão de benefícios previstos nesta Norma, nas seguintes condições:

I – cônjuge ou companheiro/companheira;

II – filho ou enteado

a) menor de 21 (vinte e um) anos;

b) até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau;

c) de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

III – irmão, neto ou bisneto sem arrimo dos pais, de quem o empregado detenha a guarda judicial;

a) menor de 21 (vinte e um) anos;

b) até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau e desde que o empregado tenha detido sua guarda judicial até os 21 (vinte e um) anos;

c) de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

IV - pais, avós e bisavós sob dependência econômica do empregado;

V - o absolutamente incapaz, de quem o empregado seja tutor ou curador;
e

VI – menor pobre até 21 (vinte e um) anos, que o empregado crie e eduque e de quem detenha a guarda judicial.

5.3.1 Considera-se dependência econômica para os fins deste item, o não auferimento pelo dependente de rendimento superior ao limite mensal de isenção do Imposto de Renda.

5.3.1.1 A dependência econômica deverá ser declarada pelo empregado à Área de Gestão de Pessoas, por intermédio do formulário DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA, Mod. 321/01, a ser arquivado na pasta funcional do empregado.

5.4 Não serão concedidos os benefícios de que trata esta Norma nas seguintes situações:

I - de forma cumulativa pelo empregado que exerça mais de um cargo;

II – simultaneamente para um mesmo dependente de empregado e cônjuge, ou companheiro(a), quando ambos forem empregados da EBC; e

III - quando o cônjuge ou companheiro(a) de empregado da EBC estiver percebendo o mesmo benefício em outro órgão da Administração Pública Federal, custeado com recursos provenientes do Orçamento Geral da União.

5.5 No caso de falecimento do empregado em decorrência de acidente de trabalho, o benefício a que tiver direito seu dependente será estendido pelo prazo de 05 (cinco) anos, a contar da data do Atestado de Óbito, nos limites estabelecidos nesta Norma.

5.6 Os valores a serem praticados com benefícios previstos nesta Norma serão estabelecidos em tabelas específicas aprovadas pela Diretoria Executiva, de acordo com a dotação consignada à EBC no Orçamento Geral União.

6. AUXÍLIO À ASSISTÊNCIA MÉDICA

6.1 O Auxílio à Assistência Médica é o benefício concedido ao empregado da EBC com o objetivo de oferecer condições para a manutenção e melhoria de sua saúde física, mental e odontológica, bem como de seus dependentes.

6.2 São beneficiários os empregados da EBC e seus dependentes cadastrados na forma e situações fixadas no item 5.3.

- 6.3 O benefício Auxílio à Assistência Médica será administrado sob a modalidade de livre escolha, mediante ressarcimento parcial do valor referente ao plano de saúde médico e/ou odontológico, aderido direta e espontaneamente pelo empregado.
- 6.4 O empregado terá liberdade de escolher qualquer plano de saúde médico e/ou odontológico existente no mercado, que melhor se adeque aos seus interesses e necessidades.
- 6.5 O ressarcimento a que se refere o item 6.3 será pago, separadamente, por plano a que aderir o empregado, médico e/ou odontológico.
- 6.6 O empregado terá direito ao ressarcimento de que trata esta Norma quando comprovada a sua adesão e pagamento ao Plano de Saúde Médico e/ou Odontológico.
- 6.7 Em nenhuma hipótese poderá o beneficiário usufruir de mais de um Plano de Saúde Médico e/ou Odontológico custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes do Orçamento Geral da União.
- 6.8 O benefício será concedido mediante manifestação do empregado, por intermédio do formulário SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ODONTOLÓGICA, Mod. 321/02, a ser encaminhado à Área de Gestão de Pessoas, juntamente com os comprovantes das adesões e dos pagamentos aos Planos de Saúde Médico e/ou Odontológico.
- 6.9 Verificadas as condições para a inclusão de beneficiário, a Área de Gestão de Pessoas processará os créditos correspondentes em folha de pagamento.
- 6.9.1 O ressarcimento será devido a partir do mês da inclusão do beneficiário junto à Área de Gestão de Pessoas.
- 6.10 A EBC manterá o ressarcimento aos empregados aposentados por tempo de serviço ou por idade, desde que estejam em atividade na Empresa, e aos aposentados por invalidez, de forma vitalícia.
- 6.10.1 O empregado aposentado por tempo de serviço ou por idade, ainda em atividade na EBC, que se afastar por motivo de saúde, terá direito assegurado ao ressarcimento do Plano de Saúde pelo período de até 120 dias a contar da homologação do atestado.
- 6.11 São de exclusiva responsabilidade do empregado:
- I - o pagamento das mensalidades à entidade mantenedora de seu plano;
 - II - a comunicação à Área de Gestão de Pessoas da rescisão do contrato de adesão ao Plano de Saúde Médico e/ou Odontológico, ou de qualquer outra alteração; e

III – a comprovação semestral do pagamento a Plano de Saúde Médico e/ou Odontológico.

6.11.1 Se for constatado, a qualquer tempo, pagamento indevido do benefício, o empregado deverá ressarcir os valores recebidos mediante desconto em folha de pagamento subsequente.

6.12 Os exames pré-admissionais, demissionais e periódicos de preservação à saúde previstos nas normas trabalhistas, deverão ser contratados pela Empresa.

7. SEGURO DE VIDA

7.1 Seguro de Vida é o benefício concedido ao empregado da EBC e pago ao herdeiro legalmente constituído, quando das seguintes ocorrências:

I – morte acidental do empregado; e

II – morte natural ou invalidez permanente.

7.2 Caberá ao herdeiro legalmente constituído apresentar a documentação exigida pela seguradora e requerer o benefício, no prazo de 3 (três) anos, à Área de Gestão de Pessoas.

8. TRANSPORTE FUNCIONAL PARA LOCAL DE DIFÍCIL ACESSO

8.1 A EBC disponibilizará transporte para o empregado quando o desempenho de suas atividades assim o exigir, e aos empregados que terminarem ou iniciarem sua jornada após 0h (zero hora) ou antes das 6h (seis horas) da manhã.

8.2 A EBC fornecerá transporte 24 (vinte e quatro) horas, desde suas sedes, para a chegada e saída dos empregados que trabalhem em instalações da EBC em locais de difícil acesso.

9. AUXÍLIO-FUNERAL

9.1 Auxílio-Funeral é o benefício concedido à família do empregado da EBC quando de seu falecimento, no valor estabelecido no Acordo Coletivo e implantado por Resolução de Diretoria.

9.2 O Auxílio-Funeral será pago pela seguradora à pessoa da família que houver custeado o funeral, mediante requerimento junto à Área de Gestão de Pessoas e apresentação de Nota Fiscal dos serviços prestados.

9.3 Em caso de falecimento de empregado em serviço fora do local de trabalho, inclusive no exterior, as despesas de transporte do corpo serão de responsabilidade da EBC.

10. AUXÍLIO-CRECHE

10.1 Auxílio-Creche é o benefício pago em pecúnia ao empregado da EBC, com o objetivo de oferecer assistência educacional a seus dependentes, com idade entre 0 (zero) e 7 (sete) anos, com vistas ao desenvolvimento de sua personalidade e a sua integração ao âmbito social.

10.2 O benefício será concedido mediante manifestação do empregado por intermédio do formulário SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-CRECHE, Mod. 321/03, a ser encaminhado à Área de Gestão de Pessoas, após cadastramento e apresentação de certidão de nascimento ou decisão judicial.

10.3 O valor do benefício será estabelecido no Acordo Coletivo, implantado por Resolução de Diretoria e pago mensalmente em folha de pagamento, cujo lançamento constará do comprovante mensal de rendimentos.

10.3.1 O valor do custeio do Auxílio-Creche não integrará a remuneração para quaisquer efeitos legais ou trabalhistas.

10.4 Não haverá participação do empregado na manutenção do Auxílio-Creche.

11. AUXÍLIO-TRANSPORTE

11.1 Auxílio-Transporte é o benefício de natureza indenizatória concedido em pecúnia, destinado ao custeio parcial das despesas realizadas com transporte coletivo municipal, intermunicipal ou interestadual, nos deslocamentos realizados por empregado da EBC de sua residência para o local de trabalho e do local de trabalho à sua residência.

11.1.1 Excetuam-se as despesas realizadas nos deslocamentos em intervalos para repouso ou alimentação, durante a jornada de trabalho, e aquelas efetuadas com transportes seletivos ou especiais.

11.2 Fará jus ao Auxílio-Transporte o empregado que estiver no efetivo desempenho das atribuições do cargo ou do emprego, inclusive quando de sua participação em programas de treinamento regularmente instituído, conferências, congressos ou eventos similares, júri e outros serviços obrigatórios por lei.

11.2.1 É vedado o pagamento do Auxílio-Transporte nos períodos de férias, licenças médicas, licenças sem vencimento, viagens a serviço e por dia não trabalhado.

11.2.1.1 Nos casos de vedação do pagamento, o valor correspondente ao período será descontado no mês subsequente.

11.3 O benefício será concedido mediante manifestação do empregado por intermédio do formulário SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-TRANSPORTE, Mod. 321/04, encaminhado à Área de Gestão de Pessoas.

11.4 Haverá participação do empregado na manutenção do Auxílio-Transporte no limite de 6% (seis por cento), do(a):

I – salário base do cargo efetivo ou emprego ocupado pelo empregado do Quadro Permanente, não considerada a remuneração pelo exercício de cargo em comissão ou função de confiança; e

II – retribuição do cargo em comissão quando se tratar de empregado que não pertença ao Quadro Permanente na Empresa.

11.5 O Auxílio-Transporte será pago mensal e antecipadamente em folha de pagamento, já sendo descontada a importância correspondente ao percentual de participação do empregado, cujo lançamento constará do comprovante de rendimentos mensal, salvo nas seguintes hipóteses, quando deverão ocorrer no mês subsequente:

I – início de efetivo desempenho das atribuições de cargo ou emprego, ou reinício de exercício decorrente de encerramento de licenças ou afastamentos legais; e

II – alteração da tarifa do transporte coletivo, endereço residencial, percurso ou meio de transporte realizado, em relação à sua complementação.

11.6 O desconto relativo ao Auxílio-Transporte, quando verificada ocorrência que vede o seu pagamento, será processado no mês subsequente, e será considerada a proporcionalidade dos dias não trabalhados.

11.7 O Auxílio-Transporte somente poderá ser pago a empregado cedido a outro órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, quando o ônus da sua remuneração for atribuído à EBC.

11.8 No caso do empregado cedido para a EBC, o Auxílio-Transporte será pago pela EBC quando solicitado pelo empregado, que deverá apresentar comprovante de rendimentos do órgão ou entidade de origem.

12. AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

12.1 Auxílio-Alimentação é o benefício destinado única e exclusivamente ao pagamento de refeições ou à aquisição de gêneros alimentícios, não podendo ser trocado por dinheiro em espécie ou por mercadorias, serviços ou produtos não compreendidos na finalidade do Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT.

- 12.1.1 O valor do benefício será estabelecido em Acordo Coletivo de Trabalho e implantado por Resolução da Diretoria Executiva.
- 12.2 O benefício será concedido mediante manifestação do empregado por intermédio no formulário SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO Mod. 321/05, a ser encaminhado à Área de Gestão de Pessoas.
- 12.3 O empregado deverá optar entre o Cartão Refeição, destinado à aquisição de refeições, ou Cartão Alimentação, destinado à aquisição de gêneros alimentícios.
- 12.3.1 O empregado poderá ainda optar pelo recebimento de 50% (cinquenta por cento) do valor do benefício em cada tipo de Cartão.
- 12.3.2 O empregado poderá requerer, a qualquer tempo, a troca do Cartão Refeição por Cartão Alimentação e vice-versa.
- 12.4 No caso de admissão, demissão, licença sem vencimentos, ou licença médica acima de 120 (cento e vinte) dias, o benefício será concedido, proporcionalmente, em valor equivalente a 1/26 (um vinte e seis avos) por dia de efetivo exercício, considerando os dias de sábado.
- 12.5 Caberá à Área de Gestão de Pessoas informar os pedidos de crédito à empresa contratada prestadora de serviços de alimentação coletiva, podendo ser efetuado mais de um pedido de crédito dentro de um mesmo mês, com valores faciais iguais ou diferentes.
- 12.6 O Auxílio-Alimentação é inacumulável com outros de espécie semelhante, tais como auxílio para cestas básicas ou vantagem pessoal originária de qualquer forma de auxílio ou benefício alimentação.
- 12.7 Será pago o Quantitativo Alimentação ao empregado que prestar serviço em horário extraordinário, superior a uma hora, em período não coberto pelo Auxílio-Alimentação a que tenha direito, e não esteja em sua jornada habitual de trabalho ou em regime de escala.
- 12.7.1 O valor unitário do Quantitativo Alimentação corresponde ao valor diário do Auxílio- Alimentação.

13. PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR – EBCPREV

- 13.1 A EBC manterá plano de previdência complementar nos termos do Estatuto e do regulamento do Plano de Previdência Complementar – EBCPREV, aprovado pela Secretaria de Previdência Complementar do Ministério da Previdência Social.
- 13.2 A participação do empregado deverá ocorrer por adesão, sendo vedada a concessão a empregado contratado por prazo determinado.

14. DEFESA PROFISSIONAL

14.1 A EBC assegurará aos integrantes e ex-integrantes da Diretoria Executiva, dos Conselhos de Administração e Fiscal e a seus empregados, a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício do cargo, atividade ou função, desde que não haja incompatibilidade com os interesses da Empresa ou se o empregado optar por advogado de sua confiança.

14.2 A forma da concessão da Defesa Profissional será definida pelo Conselho de Administração, ouvida a Diretoria Jurídica da EBC.

14.3 A EBC poderá manter, na forma e extensão definidas pelo Conselho de Administração, observado, no que couber, o disposto no item 14.1, contrato de seguro permanente em favor das pessoas ali mencionadas, para resguardá-las de responsabilidade por atos ou fatos pelos quais eventualmente possam vir a ser demandadas judicial ou administrativamente.

14.4 Se alguma das pessoas mencionadas no item 14.1 for condenada, com decisão judicial transitada em julgado, decorrente de ato doloso, deverá ressarcir à EBC todos os custos e despesas decorrentes da defesa, além de eventuais prejuízos.

15. ABONO SOCIAL

15.1 A EBC concederá ao empregado 5 (cinco) dias abonados por motivos particulares, por exercício civil, sem prejuízo da remuneração e demais direitos.

15.2 A concessão do Abono Social fica condicionada ao atendimento das seguintes condições:

I – após 1 (um) ano de efetivo exercício na EBC;

II - mediante acordo com a Chefia quanto ao período; e

III - solicitação com 15 dias de antecedência.

15.3 O benefício será concedido mediante manifestação do empregado por intermédio no formulário SOLICITAÇÃO DE ABONO SOCIAL Mod. 321/06, a ser encaminhado à Área de Gestão de Pessoas..

16. AUXÍLIO À DEPENDENTE COM DEFICIÊNCIA

16.1 Auxílio à Dependente com Deficiência é o benefício pago em pecúnia ao empregado da EBC, com o objetivo de oferecer a seu dependente com deficiência, assistência adequada com vistas ao desenvolvimento de sua personalidade e a sua integração ao âmbito social.

- 16.2 O benefício será concedido por dependente com deficiência cadastrado nos termos do item 5.3.
- 16.3 O Auxílio à Dependente com Deficiência será concedido mediante manifestação do empregado por intermédio no formulário SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO À DEPENDENTE COM DEFICIÊNCIA, Mod. 321/07 encaminhado à Área de Gestão de Pessoas, devidamente acompanhado de laudo médico pericial.
- 16.4 O valor do Auxílio à Dependente com Deficiência será estabelecido em Acordo Coletivo de Trabalho e implantado por Resolução da Diretoria Executiva e pago mensalmente em folha de pagamento, cujo lançamento constará do comprovante mensal de rendimentos.
- 16.5 Não haverá participação do empregado na manutenção do Auxílio à Dependente com Deficiência.
- 16.6 É permitida a acumulação do Auxílio-Creche com o Auxílio à Dependente com Deficiência quanto ao mesmo dependente.

17. COMPLEMENTAÇÃO SALARIAL

- 17.1 Complementação Salarial é a diferença entre o benefício pago pela previdência social e a remuneração mensal do empregado quando este, por motivo de doença ou acidente de trabalho, for obrigado a afastar-se de suas atividades.
- 17.2 O empregado que, por motivo de doença ou acidente do trabalho, for obrigado a afastar-se de suas atividades na EBC, receberá pagamento integral do salário nos primeiros 15 (quinze) dias de afastamento.
- 17.3 A partir do 16º (décimo sexto) até o 120º (centésimo vigésimo) dia, a EBC complementarará a diferença entre o auxílio pago pela previdência social e a remuneração percebida pelo empregado.
- 17.3.1 A Complementação Salarial poderá ser prorrogada além do 120º (centésimo vigésimo) dia, caso o afastamento do empregado for motivado por doença infecto contagiosa, neoplasia maligna, cegueira, lepra, tuberculose pulmonar, ou quando decorrente de acidente a serviço da EBC ou de doença contraída no exercício da função, com relação de causa e efeito, até o limite de 12 meses.
- 17.3.2 O pagamento da Complementação Salarial, quando prorrogado, cessará automaticamente se o afastamento do empregado atingir 12 (doze) meses ou se, antes disso, for aposentado.
- 17.4 O empregado beneficiado fica obrigado a apresentar, periodicamente ou sempre que solicitado pela EBC, documento da previdência social que comprove seu estado de saúde e o período de licença concedido.

17.5 Na hipótese de o empregado não contar 12 (doze) contribuições a favor da previdência social, fará jus ao recebimento de Complementação Salarial no valor do seu salário integral, limitado aos prazos mencionados nos subitens 17.2 e 17.3.

17.6 Não sendo conhecido o valor básico da previdência social, a complementação deverá ser paga em valores estimados. Se ocorrerem diferenças, a maior ou a menor, estas deverão ser compensadas automaticamente no pagamento do mês imediatamente posterior. O pagamento previsto neste item deverá ocorrer junto com o pagamento mensal de salários dos demais empregados.

17.7 O pagamento da complementação salarial poderá ser suspenso ou interrompido a qualquer momento pela Área de Gestão de Pessoas, após laudo do médico da Empresa.

18. LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

I - Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

II - Lei nº 7.418, de 16 de dezembro de 1985;

III - Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991; e

IV - Decreto 4.050, de 12/12/2001.

19. DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1 O valor dos benefícios não integrará a remuneração para quaisquer efeitos legais ou trabalhistas.

19.2 O pagamento de benefício respeitará os limites das dotações orçamentárias, seus contingenciamentos e o Cronograma de Pagamento de Pessoal da EBC.

19.3 Incorrerá em falta grave o empregado que prestar informação falsa sobre qualquer benefício ou não informar à Área de Gestão de Pessoas o recebimento de benefício por outro órgão ou entidade, bem como a alteração de circunstâncias que fundamentaram a concessão do benefício.

20 FORMULÁRIOS E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

20.1. DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA**20.1.1 FORMULÁRIO**

 Empresa Brasil de Comunicação		DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA	
NOME:			
MATRÍCULA:	CARGO/ FUNÇÃO:	LOTAÇÃO:	
BENEFICIÁRIO			
NOME:		GRAU PARENTESCO:	DATA NASCIMENTO / /
NOME:		GRAU PARENTESCO:	DATA NASCIMENTO / /
NOME:		GRAU PARENTESCO:	DATA NASCIMENTO / /
NOME:		GRAU PARENTESCO:	DATA NASCIMENTO / /
DECLARAÇÃO: Declaro, para fins de comprovação junto à EBC, que os beneficiários acima identificados são meus dependentes econômicos na forma da Norma de Benefícios NOR 321. Comprometo-me a notificar à Área de Gestão de Pessoas quaisquer alterações referentes às informações acima prestadas.			
LOCAL	DATA	ASSINATURA	

20.1.2 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

20.1.2.1 FINALIDADE - Declarar a dependência econômica para fins de concessão de benefício.

20.1.2.2 CÓDIGO - 321/01

20.1.2.3. FORMATO - A4

20.1.2.4. EMITENTE - Empregado solicitante.

20.1.2.5. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

- NOME - Nome do empregado solicitante.
- MATRÍCULA - Número de matrícula do empregado solicitante.
- CARGO/ FUNÇÃO - Cargo ou Função do empregado solicitante.
- LOTAÇÃO - Nome da unidade de lotação do empregado solicitante.

BLOCO DEPENDENTE

- NOME - Nome do dependente.
- GRAU PARENTESCO - Grau de parentesco do dependente em relação ao empregado solicitante.
- DATA NASCIMENTO - Dia, mês e ano de nascimento do dependente.
- LOCAL - Cidade onde está lotado o empregado solicitante.
- DATA - Dia, mês e ano da solicitação do benefício.
- ASSINATURA - Assinatura do empregado solicitante.

20.1.2.6 DISTRIBUIÇÃO DE VIAS - Via única.

**20.2 SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE E ODONTOLÓGICO****20.2.1 FORMULÁRIO**

 Empresa Brasil de Comunicação					SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ODONTOLÓGICO				
TITULAR									
NOME:									
MATRÍCULA:			CARGO/ FUNÇÃO:			LOTAÇÃO:			
PLANO DE SAÚDE:							VALOR:		
DEPENDENTES									
NOME		DATA DE NASCIMENTO		GRAU DE PARENTESCO		PLANO DE SAÚDE/ODONTOLÓGICO		VALOR DO PLANO	
DECLARAÇÃO: Comprometo-me a comunicar à Área de Gestão de Pessoas quando deixar de pagar o Plano de Saúde acima identificado, bem como quaisquer alterações referentes às informações prestadas. Estou ciente das penalidades em caso de omissão de acordo com o disposto na Norma de Concessão de Benefícios – NOR 321.									
LOCAL				DATA		ASSINATURA			

20.2.2 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

20.2.2.1 FINALIDADE – Solicitar o reembolso de planos de saúde contratados.

20.2.2.2 CÓDIGO - 321/02

20.2.2.3. FORMATO - A4

20.2.2.4. EMITENTE - Empregado solicitante.

20.2.2.5. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

BLOCO TITULAR

- NOME - Nome do empregado solicitante.
- MATRÍCULA - Número de matrícula do empregado solicitante.
- CARGO/ FUNÇÃO - Cargo ou Função do empregado solicitante.
- LOTAÇÃO - Nome da unidade de lotação do empregado solicitante.
- PLANO DE SAÚDE - Nome do plano de saúde contratado pelo empregado solicitante.
- VALOR - Valor do plano de saúde contratado pelo empregado solicitante.

BLOCO DEPENDENTES

- NOME - Nome do dependente.
- DATA DE NASCIMENTO - Dia, mês e ano de nascimento do dependente.
- PARENTESCO - Grau de parentesco do dependente.
- PLANO DE SAÚDE - Nome do plano de saúde contratado pelo dependente.
- VALOR DO PLANO - Valor do plano de saúde contratado pelo dependente.
- LOCAL - Cidade onde está lotado o empregado solicitante.
- DATA - Dia, mês e ano da solicitação do benefício.
- ASSINATURA - Assinatura do empregado solicitante.

20.2.2.6 DISTRIBUIÇÃO DE VIAS - Via única.

20.3. SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-CRECHE.**20.3.1 FORMULÁRIO**

 Empresa Brasil de Comunicação		SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-CRECHE	
NOME:			
MATRÍCULA:	CARGO/ FUNÇÃO:	LOTAÇÃO:	
BENEFICIÁRIO			
NOME:		DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME:		DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME:		DATA DE NASCIMENTO / /	
NOME:		DATA DE NASCIMENTO / /	
DECLARAÇÃO: Declaro, para fins de comprovação junto à EBC, que não recebo, nem meu cônjuge, benefício Auxílio-Creche por qualquer outro órgão da Administração Pública Federal. Comprometo-me a notificar à Área de Gestão de Pessoas quaisquer alterações referentes às informações acima prestadas.			
LOCAL	DATA	ASSINATURA	

Mod. 321/03

20.2.3 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO.

20.2.3.1. FINALIDADE - Solicitar a concessão de Auxílio- Creche.

20.2.3.2. CÓDIGO - 321/03

20.2.3.3. FORMATO - A5

20.2.3.4. EMITENTE - Empregado solicitante.

20.2.3.5. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

- NOME - Nome do empregado solicitante.
- MATRÍCULA - Número de matrícula do empregado solicitante.
- CARGO/ FUNÇÃO - Cargo ou Função do empregado solicitante.
- LOTAÇÃO - Nome da unidade de lotação do empregado solicitante.

BLOCO BENEFICIÁRIO

- NOME - Nome do beneficiário.
- DATA DE NASCIMENTO - Dia, mês e ano de nascimento do beneficiário.
- LOCAL - Cidade onde está lotado o do empregado solicitante.
- DATA - Dia, mês e ano da solicitação do benefício.
- ASSINATURA - Assinatura do empregado solicitante.

20.2.3.6. DISTRIBUIÇÃO DE VIAS - Via única.

20.4 SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-TRANSPORTE**20.4.1 FORMULÁRIO**

 Empresa Brasil de Comunicação		SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-TRANSPORTE	
NOME:			
MATRÍCULA:	CARGO/ FUNÇÃO:	LOTAÇÃO:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
LINHAS A SEREM UTILIZADAS			
LINHA 1:			
LINHA 2:			
LINHA 3:			
DECLARAÇÃO: Manifesto a minha adesão ao Programa de Auxílio-Transporte da EBC e autorizo o desconto em meus vencimentos da importância correspondente ao percentual de participação no Programa. Comprometo-me a notificar à Área de Gestão de Pessoas quaisquer alterações referentes às informações acima prestadas.			
LOCAL	DATA	ASSINATURA	

20.4.2 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

20.4.2.1 FINALIDADE - Solicitar a concessão de Auxílio-Transporte.

20.4.2.2 CÓDIGO - 321/04

20.4.2.3. FORMATO - A5

20.4.2.4. EMITENTE - Empregado solicitante.

20.4.2.5. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

- NOME - Nome do empregado solicitante.
- MATRÍCULA - Número de matrícula do empregado solicitante.
- CARGO/ FUNÇÃO - Cargo ou Função do empregado solicitante.
- LOTAÇÃO - Nome da unidade de lotação do empregado solicitante.
- ENDEREÇO RESIDENCIAL - Endereço residencial do solicitante.
- LINHAS A SEREM UTILIZADAS 1,2,3 - Listar as linhas de transporte público a serem utilizadas pelo solicitante.
- LOCAL - Cidade onde está lotado o empregado solicitante.
- DATA - Dia, mês e ano da solicitação do benefício.
- ASSINATURA - Assinatura do empregado solicitante.

20.4.2.6 DISTRIBUIÇÃO DE VIAS - Via única.

20.5 SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO**20.5.1 FORMULÁRIO**

 Empresa Brasil de Comunicação		SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO	
NOME:			
MATRÍCULA:	CARGO/ FUNÇÃO:	LOTAÇÃO:	
OPÇÃO			
<input type="checkbox"/> 100% Cartão alimentação		<input type="checkbox"/> 100% Cartão Refeição	
<input type="checkbox"/> 50% Cartão Alimentação e 50% Cartão Refeição			
DECLARAÇÃO: Declaro, para fins de comprovação junto à EBC, que não recebo benefício Auxílio-Alimentação por qualquer outro órgão da Administração Pública Federal. Comprometo-me a notificar à Área de Gestão de Pessoas quaisquer alterações referentes às informações acima prestadas.			
LOCAL	DATA	ASSINATURA	

20.5.2 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

20.5.2.1 FINALIDADE - Solicitar a concessão de Auxílio-Alimentação.

20.5.2.2 CÓDIGO - 321/05

20.5.2.3 FORMATO - A5

20.5.2.4 EMITENTE - Empregado solicitante.

20.5.2.5 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

- NOME - Nome do empregado solicitante.
- MATRÍCULA - Número de matrícula do empregado solicitante.
- CARGO/ FUNÇÃO - Cargo ou Função do empregado solicitante.
- LOTAÇÃO - Nome da unidade de lotação do empregado solicitante.
- OPÇÃO - Marcar com "X" na opção de recebimento do benefício.
- LOCAL - Cidade onde está lotado o empregado solicitante.
- DATA - Dia, mês e ano da solicitação do benefício.
- ASSINATURA - Assinatura do empregado solicitante.

20.5.2.6. DISTRIBUIÇÃO DE VIAS - Via única.

20.6 ABONO SOCIAL

20.6.1 FORMULÁRIO

 Empresa Brasil de Comunicação		SOLICITAÇÃO DE ABONO SOCIAL	
NOME:			
MATRÍCULA:	CARGO/ FUNÇÃO:	LOTAÇÃO:	
SOLICITAÇÃO: Solicito a concessão de ABONO SOCIAL no(s) dia(s) _____ do mês de _____, sem prejuízo dos meus vencimentos.			
EMPREGADO			
LOCAL	DATA	ASSINATURA EMPREGADO	
DE ACORDO CHEFIA			
LOCAL	DATA	CARIMBO E ASSINATURA CHEFIA	

Mod. 321/06

20.6.2 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

20.6.2.1 FINALIDADE - Solicitar a concessão de Abono Social.

20.6.2.2 CÓDIGO - 321/06

20.6.2.3 FORMATO - A5

20.6.2.4 EMITENTE - Empregado solicitante.

20.6.2.5 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

- NOME - Nome do empregado solicitante.
- MATRÍCULA - Número de matrícula do empregado solicitante.
- CARGO/ FUNÇÃO - Cargo ou Função do empregado solicitante.
- LOTAÇÃO - Nome da unidade de lotação do empregado solicitante.
- SOLICITAÇÃO - Indicar o período de gozo do Abono Social.
- LOCAL - Cidade onde está lotado o empregado solicitante.
- DATA - Dia, mês e ano da solicitação do benefício.
- ASSINATURA - Assinatura do empregado solicitante.
- LOCAL - Cidade onde está lotada a chefia do empregado solicitante.
- DATA - Dia, mês e ano da autorização do benefício.
- CARIMBO E ASSINATURA CHEFIA - Carimbo e assinatura da Chefia imediata do empregado solicitante.

20.6.2.6. DISTRIBUIÇÃO DE VIAS - Via única.

20.7 SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO À DEPENDENTE COM DEFICIÊNCIA**20.7.1 FORMULÁRIO**

 Empresa Brasil de Comunicação	SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO À DEPENDENTE COM DEFICIÊNCIA	
NOME:		
MATRÍCULA:	CARGO/ FUNÇÃO:	LOTAÇÃO:
BENEFICIÁRIO		
NOME:	GRAU PARENTESCO:	DATA NASCIMENTO / /
NOME:	GRAU PARENTESCO:	DATA NASCIMENTO / /
NOME:	GRAU PARENTESCO:	DATA NASCIMENTO / /
NOME:	GRAU PARENTESCO:	DATA NASCIMENTO / /
DECLARAÇÃO: Declaro, para fins de comprovação junto à EBC, que não recebo, nem meu cônjuge, benefício Auxílio à Dependente com Deficiência por qualquer outro órgão da Administração Pública Federal. Comprometo-me a notificar à Área de Gestão de Pessoas quaisquer alterações referentes às informações acima prestadas.		
LOCAL	DATA	ASSINATURA

20.7.2 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

20.7.2. FINALIDADE - Solicitar a concessão de Auxílio à Dependente com Deficiência.

20.7.2.2 CÓDIGO - 321/07

20.7.2.3 FORMATO - A5

20.7.2.4 EMITENTE - Empregado solicitante.

20.7.2.5 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

- NOME - Nome do empregado solicitante.
- MATRÍCULA - Número de matrícula do empregado solicitante.
- CARGO/ FUNÇÃO - Cargo ou Função do empregado solicitante.
- LOTAÇÃO - Nome da unidade de lotação do empregado solicitante.

BLOCO BENEFICIÁRIO

- NOME - Nome do beneficiário.
- GRAU PARENTESCO - Grau de parentesco do beneficiário em relação ao empregado solicitante.
- DATA NASCIMENTO - Dia, mês e ano de nascimento do beneficiário.
- LOCAL - Cidade onde está lotado o empregado solicitante.
- DATA - Dia, mês e ano da solicitação do benefício.
- ASSINATURA - Assinatura do empregado solicitante.

20.7.2.6. DISTRIBUIÇÃO DE VIAS - Via única.