



**CRT-SP**  
CONSELHO REGIONAL DOS TÉCNICOS INDUSTRIAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

CONSELHO REGIONAL DOS TÉCNICOS INDUSTRIAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRT-SP)

Avenida da Liberdade, 1000 – 16º Andar – Liberdade – CEP 01502-001 – São Paulo-SP

Telefone: (11) 3580-1000 / E-mail: [secretaria@crtsp.gov.br](mailto:secretaria@crtsp.gov.br)

**Circular Interna nº 021/2020**

**São Paulo, 17 de julho de 2020.**

Senhores Colaboradores,

**Assunto:** Ressarcimento Parcial de Despesas referente à Assistência Médica

A presente circular tem o objetivo de informar aos colaboradores que para realizarmos o ressarcimento parcial de valores referente Assistência Médica dos colaboradores e seus respectivos dependentes, será necessário seguir os passos abaixo:

- ✓ Enviar “Termo de Solicitação de Reembolso Parcial com Despesas de Assistência Médica” para o email: [rh@crtsp.gov.br](mailto:rh@crtsp.gov.br). (Anexo I);
- ✓ Apresentar comprovante mensal do pagamento de plano de assistência-médica o qual seja titular, até o 5º dia útil do mês subsequente ao da realização da despesa. (Apresentar o boleto e o comprovante de pagamento do convênio médico);
- ✓ Deve-se estar atento às seguintes condições para dependentes: são cobertos filhos solteiros ou tutelados até 21 anos. Cônjuges ou companheiros devem estar declarados como dependentes no IRPF;
- ✓ Preencher e enviar a declaração de dependentes para reembolso de assistência médica, conforme declarados como dependentes no IRPF. (Anexo II);
- ✓ O termo de solicitação deve ser preenchido conforme os valores de ressarcimento, de acordo com a tabela abaixo que consta no item 14 do Acordo Coletivo de Trabalho do CRT-SP 2020/2021:

IDADE	VALOR DO AUXÍLIO
00 a 18 anos	R\$178,37
19 a 23 anos	R\$208,21
24 a 28 anos	R\$238,05
29 a 33 anos	R\$267,89
34 a 38 anos	R\$297,73
39 a 43 anos	R\$327,57
44 a 48 anos	R\$357,41



# CRT-SP

CONSELHO REGIONAL DOS TÉCNICOS INDUSTRIAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO

## SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DOS TÉCNICOS INDUSTRIAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRT-SP)

Avenida da Liberdade, 1000 – 16º Andar – Liberdade – CEP 01502-001 – São Paulo-SP

Telefone: **(11) 3580-1000** / E-mail: [secretaria@crtsp.gov.br](mailto:secretaria@crtsp.gov.br)

49 a 53 anos	R\$387,25
54 a 58 anos	R\$417,09
59 anos ou mais	R\$446,93

Conforme estabelecido no acordo coletivo assinado em julho de 2020, serão pagos os valores retroativos referentes aos meses de maio, junho e julho de 2020, na qual também deverão ser comprovados por meio de envio dos documentos citados acima.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente

**Luciana Miranda Silva**

**Gerente Administrativo**



# CRT-SP

CONSELHO REGIONAL DOS TÉCNICOS INDUSTRIAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO

## SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DOS TÉCNICOS INDUSTRIAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRT-SP)

Avenida da Liberdade, 1000 – 16º Andar – Liberdade – CEP 01502-001 – São Paulo-SP

Telefone: (11) 3580-1000 / E-mail: [secretaria@crtsp.gov.br](mailto:secretaria@crtsp.gov.br)

## ANEXO I

### TERMO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG n.º \_\_\_\_\_, e inscrito sob CPF nº \_\_\_\_\_, lotado no \_\_\_\_\_, venho por meio desta, solicitar ao Conselho Regional dos Técnicos do Estado de SP – CRT-SP, o ressarcimento da importância de **R\$** \_\_\_\_\_, (\_\_\_\_\_), referente à despesa de assistência médica do mês de \_\_\_\_\_/2020, conforme estabelecido no item 14 do Acordo Coletivo de Trabalho 2020/2021.

Em anexo encaminho cópia do comprovante da despesa e do respectivo pagamento (os comprovantes de despesa/pagamento devem estar nome do requerente).

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
**NOME:**

**Cargo:**



# CRT-SP

CONSELHO REGIONAL DOS TÉCNICOS INDUSTRIAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO

## SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DOS TÉCNICOS INDUSTRIAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRT-SP)

Avenida da Liberdade, 1000 – 16º Andar – Liberdade – CEP 01502-001 – São Paulo-SP

Telefone: (11) 3580-1000 / E-mail: [secretaria@crtsp.gov.br](mailto:secretaria@crtsp.gov.br)

### Declaração de Dependentes para reembolso de assistência a saúde - ANEXO II

( ) ADERIR A ASSISTENCIA À SAÚDE

( ) NÃO ADERIR A ASSISTENCIA À SAUDE

#### **TITULAR:**

NOME:	
MATRICULA:	
DATA DE NASCIMENTO:	Idade:
CPF:	
RG:	

#### **DEPENDENTES:**

GRAU DE PARENTESCO:	
NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	Idade:
CPF:	
RG:	
GRAU DE PARENTESCO:	
NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	Idade:
CPF:	
RG:	
GRAU DE PARENTESCO:	
NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	Idade:
CPF:	
RG:	

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOME: