



|                                                                           |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Diretoria de Benefícios</b>                                            | <b>Código/Versão<br/>DB/PRMEPV012</b> |
| <b>Programa de Reembolso de Despesas com Meias Elásticas Para Varizes</b> | <b>Vigência<br/>01/03/2026</b>        |

| <b>SUMÁRIO</b>                                  | <b>PÁGINA</b> |
|-------------------------------------------------|---------------|
| <b>1. OBJETIVO</b>                              | <b>02</b>     |
| <b>2. CAMPO DE APLICAÇÃO</b>                    | <b>02</b>     |
| <b>3. BENEFÍCIO / CONCEITO</b>                  | <b>02</b>     |
| <b>4. CUSTEIO</b>                               | <b>02</b>     |
| <b>5. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA</b>                 | <b>02</b>     |
| <b>6. INSCRIÇÃO NO PROGRAMA</b>                 | <b>03</b>     |
| <b>7. VIGÊNCIA</b>                              | <b>03</b>     |
| <b>8. CRITÉRIOS PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO</b> | <b>03</b>     |
| <b>9. RESPONSABILIDADES DOS PARTICIPANTES</b>   | <b>04</b>     |
| <b>10. COORDENAÇÃO</b>                          | <b>04</b>     |
| <b>11. DISPOSIÇÕES GERAIS</b>                   | <b>04</b>     |
| <b>CONTROLE DE REVISÕES</b>                     | <b>04</b>     |

## **1. OBJETIVO**

Reembolsar despesas dos associados com Meias Elásticas de Compressão para Varizes.

## **2. CAMPO DE APLICAÇÃO**

Aplica-se aos **associados titulares** da AESSP e **todos os seus dependentes**.

## **3. BENEFÍCIO / CONCEITO**

O Programa de Reembolso de Despesas com Meias Elásticas de Compressão para Varizes visa auxiliar o associado e/ou dependentes na manutenção de sua qualidade de vida.

## **4. CUSTEIO**

Os recursos financeiros para a manutenção do Programa provêm de dotação orçamentária definida pela Diretoria Executiva, em cada exercício fiscal, disponibilizando para este período o valor de R\$ 25.000,00.

## **5. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA**

O Programa é administrado pela Diretoria Executiva da AESSP e será avaliado periodicamente, de acordo com os dados do exercício anterior. As alterações necessárias deverão ser submetidas à aprovação da Diretoria Executiva/Conselho Deliberativo da AESSP.

## **6. INSCRIÇÃO NO PROGRAMA**

As inscrições, do associado, no Programa serão realizadas por ocasião da sua admissão no quadro de associados da AESSP.

## 7. VIGÊNCIA DO PROGRAMA

De 1º de março de 2026 a 28 de fevereiro de 2027, podendo ser prorrogado a critério do Conselho Deliberativo, respeitando o limite orçamentário.

## 8. CRITÉRIOS PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO

8.1. A solicitação de reembolso deve ser enviada por e-mail para [luizrimi@aessp.org.br](mailto:luizrimi@aessp.org.br), com toda a documentação digitalizada anexa (**receita médica com indicação das meias, juntamente com o comprovante fiscal**).

**Observação: receita médica deverá obrigatoriamente ter data de emissão de até 24 meses e o carimbo com a identificação do médico legível junto da assinatura (contendo o nome e CRM). Decorrido esse prazo o associado deverá apresentar nova receita.**

8.2. As solicitações devem ser apresentadas no prazo máximo de 60 dias, a partir da data de emissão do comprovante de despesa.

8.3. Pagamento do Benefício: As solicitações de reembolso serão pagas em até 60 dias após a apresentação de todos os comprovantes necessários para a análise do pedido.

8.4. Este auxílio poderá ser concedido ao associado (adimplente) e seus dependentes que façam parte do quadro associativo da AESSP há pelo menos 12 meses, ininterruptamente.

8.5. O valor do reembolso será de:

- O limite de reembolso será de até R\$ 400,00 do valor da despesa comprovada para aquisição de meias elásticas de compressão para varizes;

8.6. Carência: Concedido o reembolso limite a um associado, todos os demais beneficiários da família deverão aguardar 12 (doze) meses para readquirir o direito a novo reembolso.

8.7. Caso o associado não tenha atingido o limite de reembolso e não utilize o benefício por um período de 12 meses, terá seu saldo zerado no programa.

8.8. Todos os pedidos de reembolso serão analisados pela Diretoria de Executiva da AESSP.

## **9. RESPONSABILIDADES DOS PARTICIPANTES**

10.1. Atender às condições estabelecidas para adesão e observar o regulamento do programa.

## **10. COORDENAÇÃO**

10.1. Caberá à Diretoria de Benefício a coordenação do programa, que analisará os pedidos de reembolso e emitirá os respectivos pareceres.

10.2. Os casos omissos ou excepcionais, verificados na aplicação deste procedimento, serão analisados e submetidos ao Diretoria Executiva da AESSP.

## **11. DISPOSIÇÕES GERAIS**

A concessão do benefício será autorizada após análise e parecer favorável da Diretoria Executiva da AESSP e estará sujeita a disponibilidade de recursos financeiros para esse fim, podendo a AESSP, a seu critério, suspender a qualquer momento os reembolsos previstos neste Programa, por prazo indeterminado.

## **CONTROLE DE REVISÕES**

| <b>VERSÃO</b> | <b>DATA</b> | <b>NATUREZA DA ALTERAÇÃO</b> |
|---------------|-------------|------------------------------|
| 011           | 01/03/2026  | Décima primeira emissão      |