



Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem – Genebra

## DECISÃO COREN-ES nº 037/2019

**Dispõe sobre normas gerais para o pagamento do auxílio de representação e de jetons no âmbito do Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo, revoga a Decisão 007/2018 e dá outras providências.**

O Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo – Coren-ES, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conforme o que estabelece a Lei nº 5.905/73, artigo 15, inciso III e Regimento Interno da Autarquia, artigo 20, inciso I;

**CONSIDERANDO** que o mandato dos membros dos Conselhos Regionais de Enfermagem honorífico, de acordo com o art. 14 da Lei 5.905/1973.

**CONSIDERANDO** a autonomia administrativa e financeira dos Conselhos Regionais de Enfermagem, fixada no art. 20 da Lei 5.905/1973.

**CONSIDERANDO** o disposto no art. 2º, §3º da Lei nº 11.000/2004 de 15 de dezembro de 2004, que autoriza o conselho de fiscalização das profissões regulamentadas, a editar normas que disciplinem a concessão de diárias, jetons e auxílio representação;

**CONSIDERANDO** a necessidade de atualizar normas que disciplinem a concessão do auxílio representação e jetons;

**CONSIDERANDO** a orientação do TCU em vários Acórdãos no tocante a elaboração dos custeios das referidas despesas;

**CONSIDERANDO** a Resolução Cofen nº 470/2015 e 491/2015, que aprovam as novas normas sobre a concessão do auxílio de representação e de jetons;

**CONSIDERANDO** que o auxílio representação possui natureza jurídica indenizatória, consoante o disposto na Resolução Cofen nº 491/2015, objetivando indenizar os gastos suportados por Conselheiros, profissionais de enfermagem convocados, nomeados ou designados para o desempenho ou participação de um ato ou de uma atividade determinante dentro do sistema Cofen/Conselhos de Enfermagem;

**CONSIDERANDO** que os conselheiros e os profissionais de enfermagem convocados não exercem atividades meramente administrativas, mas sim funções públicas e políticas de representatividade, desempenham também funções de gerenciamento superiores;

**CONSIDERANDO** que é vedado o enriquecimento sem causa da administração pública, sendo devida a justa indenização das despesas havidas para execução de atividades, devidamente atualizada a qualquer título, que tenham gerado benefícios diretos ou indiretos ao Coren-ES;

Sede - Rua Alberto de Oliveira Santos, 42, Sala 1116 - Ed. AMES - Vitória-ES - 29010-901 - Tel.: (27) 3223-7768 / 3222-2930

Subseção São Mateus – Rua João Bento Silveiras, 214, loja 03, Centro – 29.930-020 - Tel.: (27) 3763-1447

Subseção Cachoeiro de Itapemirim – Pç Jerônimo Monteiro, 67, sl 403 – Ed Max – Centro – 29.300-170 - Tel.: (28) 3522-4823

Subseção Colatina – Av. Getúlio Vargas, 500, Ed. Colatina Shopping, sl 108 – Centro – 29.700-010 – Tel.: (27) 3721-5802

Subseção Linhares - Av. Presid. Getúlio Vargas, 1220, sl 406, T. A, Cond. Laguna Center, Centro, CEP: 29.901-212, Telefone: (27) 3371-7453

Site: [www.coren-es.org.br](http://www.coren-es.org.br) - E-mail: [coren-es@coren-es.org.br](mailto:coren-es@coren-es.org.br) - CNPJ 08.332.733/0001-35

**CONSIDERANDO** a deliberação do Plenário em sua 03ª Reunião Extraordinária de Plenário, realizada em 14/06/2019;

**CONSIDERANDO** o Parecer ASSLEGIS Cofen nº 076/2019 e Decisão Cofen nº 0124/2019;

**DECIDE:**

**Art. 1º** - A concessão do jeton e auxílio de representação no âmbito do Coren-ES é regulamentado por esta Decisão, nos termos das Resoluções Cofen nº 470/2015 e 491/2015.

**Art. 2º** - Aos Conselheiros do Coren-ES, efetivos e suplentes convocados, é devida a concessão do jeton, pela efetiva participação nas reuniões de plenária ordinárias ou extraordinárias, ou ainda nas reuniões de diretoria;

Parágrafo Único – Consiste o jeton em verba de natureza indenizatória, transitória, circunstancial, não possuindo caráter remuneratório e que tem como objetivo exclusivo retribuir pecuniariamente os conselheiros pelo comparecimento as sessões de plenária e reuniões de diretoria do Coren-ES.

**Art. 3º** - O valor máximo a ser pago a título de jeton, pelo comparecimento nas reuniões de plenárias ou de diretoria do Coren-ES, será de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) cada, ficando o Coren-ES, limitado ao pagamento de 06 (seis) jetons.

§ 1º - O jeton a ser pago para o Conselheiro presidente será acrescido do percentual de 30% (trinta por cento).

§ 2º - O jeton devido aos demais conselheiros diretores será acrescido de 20% (vinte por cento).

**Art. 4º** - Será devido o auxílio representação aos Conselheiros pela prática de atividades político-representativas, de gerenciamento superior e correlatas destinado à indenização dos meios materiais utilizados para o desenvolvimento de suas funções junto ao Coren-ES.

Parágrafo único – O auxílio representação poder ser pago ainda ao profissional de enfermagem, legalmente habilitado e em pleno gozo de seus direitos inerentes ao exercício profissional e também ao dos direitos civis, nos termos da legislação em vigente, pelo desempenho de atividades político representativa do Coren-ES, desde que expressamente convocado, nomeado ou designado para tal fim.

**Art. 5º** - O valor unitário de referência do auxílio representação no âmbito do Coren-ES é de R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia de atividade político representativa ou de gerenciamento superior, ficando o seu pagamento limitado ao valor correspondente a até 15 (quinze) auxílios representação por mês.

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem – Genebra

**Art. 6º Os Auxílios de representação serão concedidos, observando-se os seguintes critérios:**

- I. Formulário de requisição, devidamente preenchido (anexo I);
- II. Portaria de designação, convocatória (Anexo III) ou convite oficial, quando cabíveis;
- III. Relatório circunstancial que correlacione especificamente os dias despendidos com as atividades desenvolvidas (Anexo II);
- IV. Documentos comprobatórios da realização das atividades realizadas como, por exemplo, declaração de participação em eventos ou atividades, cópia de diplomas ou certificados de participação, cópia de ata de reunião, cópia de lista de presença.

Parágrafo único – O relatório circunstancial de atividades devidamente preenchido, dada à especialidade e circunstância da atividade, poderá substituir os documentos elencados no inciso IV, mediante autorização da presidência ou membro da diretoria.

**Art. 7º - O auxílio representação deverá ser solicitados por meio do preenchimento da requisição junto ao ato de designação ou nomeação da autoridade competente, tais como: portaria, convite oficial e convocatória nos casos de comissões e câmaras e grupos de trabalho:**

§ 1º - As atividades de que trata o artigo 4º desta Decisão poderão ser excepcionalmente desenvolvidas em sábado, domingo e feriado, desde que comprovadamente e justificada a sua necessidade e autorizada pela diretoria.

§ 2º - O auxílio representação a ser pago ao conselheiro presidente será acrescido do percentual de 30% (trinta por cento).

§ 3º - O auxílio representação a ser pago aos conselheiros diretores será acrescido do percentual de 20% (vinte por cento), e aos demais conselheiros não integrantes da diretoria o valor unitário previsto no art. 5º desta decisão.

§ 4º - Os profissionais de enfermagem convocados, nomeados ou designados receberão 80% (oitenta por cento) do equivalente ao auxílio representação.

§ 5º - O auxílio representação será devido mediante a designação através de Portaria, excetuando os conselheiros que ocupam cargo na diretoria.

§ 6º - Em situações de excepcionalidade, quando não puderem ser observados os instrumentos de designação (Portaria, convocatória ou Convite Oficial), deverá ser adotado o ato autorizativo (Anexo IV).

§ 7º - O requisitante do auxílio de representação deverá apresentar o requerimento no prazo preclusivo de até 30 (trinta) dias contados da data da realização da atividade, acompanhada do relatório das ações e atividades empreendidas junto aos documentos comprobatórios da atividade.

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem – Genebra

§ 8º - É vedado o pagamento do auxílio representação na pendência de apresentação do relatório ou documentos comprobatórios.

**Art.8º** - É vedado o pagamento do auxílio de representação cumulativamente com a diária.

**Art. 9º** - Ocorrendo inconformidades no pedido de auxílio representação, o servidor competente do respectivo Conselho comunicará imediatamente ao interessado, mantendo a solicitação sobrestada até que o beneficiário cumpra o lhe é por dever, dentro do prazo precluso estabelecido no § 7º do art. 7º desta Decisão.

**Art. 10º** - No caso em que o Presidente for o beneficiário, a concessão dos valores será autorizada por dirigente ou pelo Tesoureiro ou, na falta, por outro membro da Diretoria, para evitar auto concessão (Decisão TCU 123-ATA 19/19 – 2ª Câmara), sem prejuízo das prerrogativas do Presidente deliberar sobre os demais aspectos.

**Art. 11º** - Os casos omissos deverão ser resolvidos pela Presidência e em sua ausência pelo Secretário e/ou Tesoureiro.

**Art. 12º** - A efetivação do disposto nesta decisão fica condicionada a previsão orçamentária e existência de disponibilidade financeira do Coren-ES.

**Art. 13º** - Os valores fixados nesta Decisão poderão ser atualizados anualmente, no mês de fevereiro de cada exercício, por meio de decisão motivada, mediante utilização do INPC acumulado no período dos últimos 12 meses e homologação do Cofen.

**Art. 14º** - Esta Decisão entra em vigor na data de sua publicação, devidamente homologada pelo Cofen, revogando-se as disposições em contrário e, em especial, a Decisão Coren-ES nº 007/2018.

Vitória-ES, 19 de junho de 2019

Dra. Andressa Barcellos de Oliveira  
Coren-ES nº 105712  
Conselheira Presidente

Sr. Jaciglei Santos Costa  
Coren-ES nº 321960  
Conselheiro Tesoureiro



# Coren<sup>ES</sup>

Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem – Genebra

## ANEXO I - REQUISIÇÃO DE AUXÍLIO REPRESENTAÇÃO/DIÁRIA

1 - Data:

2- De

3- Para

FAVORECIDO

4 - NOME

5 - CPF

7 - DADOS BANCÁRIOS

|                 |                      |         |                      |           |                      |
|-----------------|----------------------|---------|----------------------|-----------|----------------------|
| BANCO           | <input type="text"/> | AGÊNCIA | <input type="text"/> | 6 - CARGO | <input type="text"/> |
| NÚMERO DA CONTA | <input type="text"/> |         |                      |           |                      |

8 - CONTATOS

|          |                      |        |                      |
|----------|----------------------|--------|----------------------|
| TELEFONE | <input type="text"/> | E-MAIL | <input type="text"/> |
|----------|----------------------|--------|----------------------|

9 - OBJETIVO

|                       |                      |               |                      |
|-----------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| AUXÍLIO REPRESENTAÇÃO | <input type="text"/> | DIÁRIA        | <input type="text"/> |
| SINDICÂNCIA           | <input type="text"/> | REPRESENTAÇÃO | <input type="text"/> |
| SIMPÓSIO/CONGRESSO    | <input type="text"/> | OUTROS        | <input type="text"/> |

### 10- PORTARIAS/CONVOCATÓRIA/CONVITES OFICIAIS

### 11 - ESPECIFICAR

| 12-ORIGEM            | 13 - DESTINO         | 14 -PERÍODO                                 | 15 - QUANTIDADE      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> à <input type="text"/> | <input type="text"/> |

16 - DESLOCAMENT O

|       |                      |            |                      |         |                      |
|-------|----------------------|------------|----------------------|---------|----------------------|
| AÉREO | <input type="text"/> | RODOVIÁRIO | <input type="text"/> | PRÓPRIO | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|------------|----------------------|---------|----------------------|

Em caso de deslocamento aéreo, juntar comprovante da emissão do bilhete aéreo.

17 - VIAGEM EM FINAL DE SEMANA, FERIADO OU EM PERÍODO DIVERSO DETERMINADO PELA PORTARIA:

|                      |                      |     |                      |                |                      |
|----------------------|----------------------|-----|----------------------|----------------|----------------------|
| Não                  | <input type="text"/> | Sim | <input type="text"/> | Justificativa: | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |                      |     |                      |                |                      |

### 18 - OBSERVAÇÕES

Declaro e dou fê, para os fins de direito, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, sob as penas da Lei em vigor. E que é de minha inteira responsabilidade, no prazo de 05 dias do retorno, apresentar os devidos comprovantes.

|                    |                      |  |                      |
|--------------------|----------------------|--|----------------------|
| 19 - Requisitante: | <input type="text"/> | 20 - Autorizador:  | <input type="text"/> |
|                    |                      | Data do Recebimento: preenchido pela Assessoria da Presidência |                      |

Sede - Rua Alberto de Oliveira Santos, 42, Sala 1116 - Ed. AMES - Vitória-ES - 29010-901 - Tel.: (27) 3223-7768 / 3222-2930

Subseção São Mateus - Rua João Bento Silveiras, 214, loja 03, Centro - 29.930-020 - Tel.: (27) 3763-1447

Subseção Cachoeiro de Itapemirim - Pç Jerônimo Monteiro, 67, sl 403 - Ed Max - Centro - 29.300-170 - Tel.: (28) 3522-4823

Subseção Colatina - Av. Getúlio Vargas, 500, Ed. Colatina Shopping, sl 108 - Centro - 29.700-010 - Tel.: (27) 3721-5802

Subseção Linhares - Av. Presid. Getúlio Vargas, 1220, sl 406, T. A, Cond. Laguna Center, Centro, CEP: 29.901-212, Telefone: (27) 3371-7453

Site: [www.coren-es.org.br](http://www.coren-es.org.br) - E-mail: [coren-es@coren-es.org.br](mailto:coren-es@coren-es.org.br) - CNPJ 08.332.733/0001-35

**ANEXO II - RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>Nome:</b>                             | <b>Cargo/Função:</b> |
| <b>Local das Atividades (município):</b> | <b>Período:</b>      |
| <b>Instituição/ Evento:</b>              |                      |
| <b>Objetivo:</b>                         |                      |

| <b>DATA</b>                                       | <b>DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b> |
|---|---|
|   |   |
| Quantidade de Auxílios conforme ato de designação |   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Checklist de documentos necessários:</b>   |  |
| Portaria  |  |
| Convocatória/Convite Oficial - <b>Reuniões, Representação em eventos, outros.</b>                   |  |
| Lista de Presença/Ata de Reunião – <b>Reuniões, eventos, outros.</b>                                |  |
| Certificado, declaração de participação em evento, etc.   |  |
| Outros documentos:  |  |
| <b>Obs.: Em casos que não couber a apresentação de documentos listados acima assinalar com N.A.</b> |  |

Declaro e dou fé, para os fins de direito, que as informações prestadas neste relatório são verdadeiras, sob as penas da Lei em vigor.

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <b>Assinatura:</b>                         | <b>Data:</b>                 |
| <b>Visto da Assessoria da Presidência:</b> | <b>Visto da Presidência:</b> |



**Coren<sup>ES</sup>**  
Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo

Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem – Genebra

**ANEXO III - MODELO DE CONVOCATÓRIA**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Membro(s) Convocado(s):</b> |  |
|--------------------------------|--|

|  |  |
|--|--|
| <b>Cargo/Função/Qualificação Profissional:</b> |  |
|--|--|

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Portaria/Ato de Convocação:</b> |  |
|------------------------------------|--|

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Período:</b> | _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____ |
|-----------------|---|

|  |   |
|--|---|
| <b>Horário (24 h) de início:</b> _____ : _____ h | <b>Horário (24 h) de término:</b> _____ : _____ h |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| <b>Local de realização dos trabalhos:</b> |  |
|---|--|

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Finalidade da atividade:</b> |
|                                 |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Coordenador

Sede - Rua Alberto de Oliveira Santos, 42, Sala 1116 - Ed. AMES - Vitória-ES - 29010-901 - Tel.: (27) 3223-7768 / 3222-2930

Subseção São Mateus – Rua João Bento Silveiras, 214, loja 03, Centro – 29.930-020 - Tel.: (27) 3763-1447

Subseção Cachoeiro de Itapemirim – Pç Jerônimo Monteiro, 67, sl 403 – Ed Max – Centro – 29.300-170 - Tel.: (28) 3522-4823

Subseção Colatina – Av. Getúlio Vargas, 500, Ed. Colatina Shopping, sl 108 – Centro – 29.700-010 – Tel.: (27) 3721-5802

Subseção Linhares - Av. Presid. Getúlio Vargas, 1220, sl 406, T. A, Cond. Laguna Center, Centro, CEP: 29.901-212, Telefone: (27) 3371-7453

Site: [www.coren-es.org.br](http://www.coren-es.org.br) - E-mail: [coren-es@coren-es.org.br](mailto:coren-es@coren-es.org.br) - CNPJ 08.332.733/0001-35



Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem – Genebra

**ANEXO IV - MODELO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO  
DE ATIVIDADES COM FINS DE REQUERIMENTO DE AUXÍLIO DE  
REPRESENTAÇÃO**

|   |  |
|---|--|
| <b>Nome:</b>  |  |
| <b>Cargo:</b>   | <b>CPF:</b>                            |
| <b>Local de realização das atividades:</b>  |  |
| <b>Data de Início:</b> ____/____/____   | <b>Data de Término:</b> ____/____/____ |
| <b>Atividades a serem desenvolvidas:</b>  |  |
| <b>Instrumento de designação (número da Portaria, Número da Reunião Plenária e outros):</b> |  |
| <b>Finalidade das atividades a serem desenvolvidas:</b>                                     |  |
| <b>Assinatura</b><br><hr/> <b>Nome do Solicitante</b>                                       | <b>Data:</b> ____/____/____            |
| <b>Assinatura</b><br><hr/> <b>Presidente</b>  | <b>Data:</b> ____/____/____            |

**\* OBS: Este formulário deve ser utilizado somente na impossibilidade de comprovação de realização de atividades por meio de instrumentos convocatórios.**

Sede - Rua Alberto de Oliveira Santos, 42, Sala 1116 - Ed. AMES - Vitória-ES - 29010-901 - Tel.: (27) 3223-7768 / 3222-2930

Subseção São Mateus – Rua João Bento Silveiras, 214, loja 03, Centro – 29.930-020 - Tel.: (27) 3763-1447

Subseção Cachoeiro de Itapemirim – Pç Jerônimo Monteiro, 67, sl 403 – Ed Max – Centro – 29.300-170 - Tel.: (28) 3522-4823

Subseção Colatina – Av. Getúlio Vargas, 500, Ed. Colatina Shopping, sl 108 – Centro – 29.700-010 – Tel.: (27) 3721-5802

Subseção Linhares - Av. Presid. Getúlio Vargas, 1220, sl 406, T. A, Cond. Laguna Center, Centro, CEP: 29.901-212, Telefone: (27) 3371-7453

Site: [www.coren-es.org.br](http://www.coren-es.org.br) - E-mail: [coren-es@coren-es.org.br](mailto:coren-es@coren-es.org.br) - CNPJ 08.332.733/0001-35