

ANEXO I
FORMULÁRIO PARA AUXÍLIO-SAÚDE

_____ Matrícula

no: _____,
_____ (cargo),
lotado(a) _____ (lotação), residente
à _____ (endereço completo), bairro: _____,
cidade: _____,
telefone: _____, celular: _____, vem respeitosamente requerer a Vossa
Senhoria:

- () Concessão do auxílio-saúde (anexar boleto ou declaração do plano de saúde);
 - () Alteração de valores do plano ou seguro de saúde ou odontológico (anexar boleto ou declaração do plano ou seguro de saúde ou odontológico);
 - () Mudança de plano ou seguro de saúde ou odontológico (anexar boleto ou declaração do plano ou seguro de saúde ou odontológico);
 - () Cancelamento do benefício;
 - () Reativação do benefício (anexar boleto ou declaração do plano ou seguro de saúde ou odontológico);
 - () Inclusão ou exclusão dos dependentes: (anexar certidão de casamento ou declaração de união estável, RG/CNH e boleto ou declaração do plano ou seguro de saúde ou odontológico);
 - () Comprovação Anual de Exercício - Manutenção (anexar comprovação dos valores mensais relativos ao exercício anterior ou demonstrativo anual fornecido pela operadora de saúde para fins de Declaração de Imposto de Renda);
- Identificar o dependente (Nome e CPF):

1. Nome: _____	CPF: _____
2. Nome: _____	CPF: _____
3. Nome: _____	CPF: _____
4. Nome: _____	CPF: _____
5. Nome: _____	CPF: _____

ATENÇÃO: Os valores devem ser informados individualmente por beneficiário (titular e dependentes), sob pena de indeferimento do pedido.

TERMO DE CONCESSÃO DO AUXÍLIO SAÚDE

I - Declaro que li a Resolução no 05/2021, com suas alterações posteriores, que regulamenta a concessão e

manutenção do benefício do auxílio saúde, aceitando seus termos sem qualquer ressalva ou restrição às condições estabelecidas.

II - Declaro que não estou em fruição de licença ou afastamento sem remuneração, tampouco que percebo outras verbas de espécie semelhante.

III - Comprometo-me a manter as informações atualizadas sobre o grupo familiar elencado neste documento e que

me responsabilizo pela veracidade das informações prestadas neste termo de inserção.

IV Declaro estar ciente que a não apresentação do formulário e da documentação comprobatória exigida, no prazo definido no artigo 12 da Resolução no 05/2021, implicará no cancelamento automático do benefício e na devolução dos valores recebidos no período, mediante desconto em folha de pagamento.

V - De igual forma, estou ciente que, em caso de descumprimento dos prazos que acarrete o cancelamento do benefício, não haverá pagamento retroativo dos valores despendidos, bem como de que não será devido o benefício, relativamente aos pagamentos efetuados em períodos anteriores ao mês do protocolamento do respectivo requerimento.

Recife, ____ de _____ de ____.

Assinatura: _____