

RESOLUÇÃO PGJ Nº 05/2021

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
- () Alteração de valores do plano de saúde
- () Mudança de plano de saúde;
- () Cancelamento do benefício;
- () Reativação do benefício.

() Inclusão ou exclusão dos dependentes:
DEPENDENTE(S)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

TERMO DE CONCESSÃO DO AUXÍLIO SAÚDE

I - Declaro que li a Resolução nº ____/2021, que regulamenta a concessão e manutenção do benefício do auxílio saúde, o qual aceito 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.

Recife, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

RESOLUÇÃO PGJ Nº 05/2021

Documentação para fins de obtenção do benefício do auxílio saúde:

I - titular:

a) boleto quitado, recibo, nota fiscal ou declaração emitidas por entidade gestora do plano ou seguro de assistência à saúde, em nome do beneficiário, atestando sua vinculação, na condição de titular ou dependente, e referente à mensalidade do mês a partir do qual será solicitado o reembolso.

Serão aceitos somente documentos emitidos em papel timbrado, contendo número de inscrição no CNPJ, discriminados, quando for o caso, os nomes dos dependentes e os valores pagos com cada um destes.

II - cônjuge, companheiro ou companheira:

a) cópia da cédula de identidade;

b) cópia do CPF, caso não conste na cédula de identidade;

c) cópia da certidão de casamento civil ou comprovação de união estável como entidade familiar.

III - filhos, enteados ou menores tutelados ou sob guarda judicial:

a) cópia da certidão de nascimento ou cédula de identidade;

b) comprovante de matrícula em curso de ensino médio, técnico, superior ou de especialização, reconhecido pelo Ministério da Educação, se maior de 21 e menor de 24 anos;

c) declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular do auxílio onde conste como dependente, se maior de 21 e menor de 24 anos;

d) cópia da decisão judicial que concedeu a guarda ou tutela, quando for o caso;

e) para os enteados, deverá ser apresentado, ainda, comprovante ou declaração de residência em comum e cópia da certidão de casamento ou comprovação da união estável entre o pai ou a mãe e o beneficiário titular.

IV - pai, mãe, padrasto e madrasta:

a) cópia da cédula de identidade;

b) cópia do CPF;

c) declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular do auxílio onde conste(m) como dependente(s);

d) para o padrasto e a madrasta deverá, ainda, apresentar cópia da certidão de casamento ou comprovação da união estável do genitor.

V - portadores de necessidades especiais:

a) cópia da certidão de nascimento ou da cédula de identidade;

b) laudo médico homologado pela perícia médica oficial do Estado de Pernambuco;

c) comprovação ou declaração de que reside com o beneficiário titular;

d) comprovação ou declaração de não ser dependente de outra pessoa além do beneficiário titular;

e) declaração de tutela ou curatela, ou que constem como dependentes na declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular do auxílio, ou ainda declaração do plano de saúde indicando a responsabilidade financeira do titular do benefício.

RESOLUÇÃO PGJ Nº 05/2021

ANEXO II FORMULÁRIO DE MANUTENÇÃO DO AUXÍLIO SAÚDE

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

() Manutenção do auxílio saúde.

() Manutenção de dependentes para o auxílio saúde.

DEPENDENTE(S)

- 1.
- 2.
- 3.

TERMO DE MANUTENÇÃO DO AUXÍLIO SAÚDE

I -Declaro que li a Resolução nº ____/2021, que regulamenta da concessão e manutenção do benefício do auxílio saúde, o qual aceito 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 -Estou ciente que a não apresentação do formulário e da documentação comprobatória exigida, no prazo definido no artigo 12 da Resolução nº ____/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 da protocolização do respectivo requerimento.

Recife, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

RESOLUÇÃO PGJ Nº 05/2021

ANEXO III TABELA POR FAIXA ETÁRIA (exclusiva para servidores)

FAIXA ETÁRIA	MENSALIDADE
00 A 18 anos	R\$ 279,58
19 a 23 anos	R\$ 349,47
24 a 28 anos	R\$ 436,82
29 a 33 anos	R\$ 480,51
34 a 38 anos	R\$ 504,53
39 a 43 anos	R\$ 554,99
44 a 48 anos	R\$ 693,72
49 a 53 anos	R\$ 763,10
54 a 58 anos	R\$ 953,89
59 anos	R\$ 1.669,31

ANEXO IV FAIXA DE REEMBOLSO POR REMUNERAÇÃO OU SUBSÍDIO (excluídas as verbas indenizatórias)

REMUNERAÇÃO/SUBSÍDIO	REEMBOLSO MÁXIMO
ATÉ 8.687,84	500,00
DE 8.687,85 A 9.556,61	521,28
DE 9.556,62 A 10.512,28	573,40
DE 10.512,29 A 11.563,51	630,74
DE 11.563,52 A 12.719,87	693,82
DE 12.719,88 A 13.991,86	763,20
DE 13.991,87 A 15.391,04	839,52
DE 15.391,05 A 16.930,15	923,47
DE 16.930,16 A 18.623,18	1.015,81
DE 18.623,19 A 20.485,49	1.117,40
DE 20.485,50 A 22.534,04	1.229,14
DE 22.534,05 A 24.787,45	1.352,05
DE 24.787,46 A 27.266,19	1.487,25
DE 27.266,20 A 30.404,41	1.635,98
DE 30.404,42 A 32.004,64	1.824,27
DE 32.004,65 A 33.689,10	1.920,10
DE 33.689,11 A 35.462,21	2.021,35
A PARTIR DE 35.462,22	2.127,74