



SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS - NP 02 FORMULÁRIO XXXIII - REQUERIMENTO DE AUXÍLIO SAÚDE

À Coordenadoria de Pagamento de Pessoal / SGP

DADOS FUNCIONAIS DO(A) REQUERENTE/SERVIDOR(A) BENEFICIÁRIO(A)	
Servidor(a) (Tipo de Vínculo):	<input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Comissionado <input type="checkbox"/> Inativo Matrícula: _____
Nome:	_____
Cargo (conforme especificado em lei):	_____
Localização/Lotação:	_____
Telefone funcional: (____) _____	E-mail funcional: _____

DADOS PESSOAIS DO(A) REQUERENTE/SERVIDOR(A) BENEFICIÁRIO(A)	
Telefone pessoal: (____) _____	Celular: (____) _____
E-mail pessoal: _____	

REQUER:

<input type="checkbox"/> Alteração no valor da mensalidade / Mudança de faixa etária, com comprovação dos créditos recebidos
<input type="checkbox"/> Registro da comprovação de pagamento das últimas 06 (seis) mensalidades, com apresentação dos correspondentes documentos comprobatórios
<input type="checkbox"/> Restabelecimento do Auxílio Saúde (art. 7º, §§ 6º e 7º da Resolução nº 036/2011)
<input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento das mensalidades não comprovadas
<input type="checkbox"/> Cancelamento do Plano de Saúde ou Seguro Saúde Inclusão de novo Plano de Saúde ou Seguro Saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

<input type="checkbox"/> Auxílio Saúde	
Plano de Saúde ou Seguro Saúde:	Valor da mensalidade (R\$)

Documentação anexada para o requerimento do Auxílio Saúde (art. 5º da Resolução nº 036/2011) [<http://diario.tjes.jus.br/2011/20110718.pdf>]:

<input type="checkbox"/> Cópia do Contrato de Adesão ao Plano de Saúde ou Seguro Saúde (em caso de novo Plano ou de novo Seguro);
<input type="checkbox"/> Comprovante de que a operadora do plano de saúde está regular e autorizada pela Agência Nacional de Saúde - ANS, caso a mesma ainda não tenha código de consignação regularmente aprovado no Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo;
<input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento da última mensalidade à operadora do plano de assistência médica ou seguro saúde, exceto para os servidores com consignação automática em folha de pagamento;
<input type="checkbox"/> Declaração de não incidir nas vedações contidas na Resolução nº 036/2011: DECLARO , sob as penas da lei, de acordo com o inciso 1 do art. 4º da Resolução nº 036/2011, que não recebo auxílio saúde semelhante e nem possuo programa de assistência à saúde custeado, integral ou parcialmente, pelos cofres públicos. DECLARO , ainda, que estou ciente dos termos e das condições do auxílio saúde que requero, assim como tenho conhecimento do teor do art. 299 do Código Penal Brasileiro que trata das penalidades previstas para os casos de falsidade ideológica. Por fim, DECLARO também, em conformidade com o art. 5º, I, d, da Resolução nº 036/2011, que não me enquadro em nenhuma das situações de vedação previstas na citada Resolução.

Data: ____/____/____	Assinatura do(a) Servidor(a) Beneficiário(a): _____
----------------------	---

Responsável pelo preenchimento: SERVIDOR(A) CONSIGNATÁRIA: _____

Conferência documental ____/____/____	<input type="checkbox"/> A documentação está completa e correta.
--	--