

## ANEXO II

<b>TJES -ES</b>	<b>REQUISIÇÃO DE AUXÍLIO SAÚDE</b>	
<b>SERVIDOR BENEFICIÁRIO</b>		
Nome Completo		Matrícula
Cargo Efetivo	Cargo em Comissão	
Localização		Telefone Contato
<b>Requer:</b> <input type="checkbox"/> Auxílio Saúde		
Plano de Saúde ou Seguro Saúde		Valor Mensal em R\$
<b>DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA</b>		
<p><b>DECLARO</b>, sob as penas da lei, de acordo com o inciso I do art. 4º da Resolução nº /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 requeiro, 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 /2011, que não me enquadro em nenhuma das situações de vedação previstas na citada Resolução.</p>		
Data	Assinatura do Servidor Beneficiário	
<b>SETOR RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO</b>		
<b>Concessão de Auxílio Saúde</b>		
<input type="checkbox"/> A documentação está completa e correta		
Data	Assinatura do Servidor Responsável pelo sistema, cargo e matrícula	Chefia Responsável