



SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS - NP 02

FORMULÁRIO XXXVII - REQUERIMENTO DE AUXÍLIO SAÚDE PARA DEPENDENTE - SERVIDORES

À COORDENADORIA DE PAGAMENTO DE PESSOAL – CPP / 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 (PJS): _____ Nº Funcional / Vínculo (SIARHES): _____ / _____	
Nome: _____	
Cargo (conforme especificado em lei): _____	
Localização/Lotação: _____	
Telefone : (____) _____ E-mail : _____	

DADOS PESSOAIS DO(A) DEPENDENTE BENEFICIÁRIO(A)
Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/____

REQUER:

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

O presente requerimento refere-se ao(à) dependente beneficiário(a) abaixo selecionado:

<input type="checkbox"/> cônjuge, atestado pela certidão de casamento;
<input type="checkbox"/> o companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de cinco anos, ou por período menor se da união resultou filho, atestado por Certidões de Nascimento (se solteiros) ou Certidões de Casamento com averbação de separação ou divórcio + Declaração de União Estável (com firma reconhecida) [http://www.tjes.jus.br/PDF/manuais_normas/nomeacao/COMPROVANTE_DEPENDENCIA_IMPOSTO_RENDA.pdf].
<input type="checkbox"/> a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 21 anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, atestado pela certidão de nascimento e/ou laudo de incapacidade física ou mental;
<input type="checkbox"/> a filha, o filho, a enteada ou o enteado, maior de 21 anos até 24 anos de idade, atestado pela certidão de nascimento, se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de ensino médio, atestado por declaração de matrícula regular da instituição de ensino;



[] menor pobre, até 21 anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial, atestado por decisão judicial;

[] irmão, o neto ou o bisneto, sem arrimo dos pais, até 21 anos, desde que o beneficiário detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, atestado por decisão judicial;

[] irmão, o neto ou o bisneto, sem arrimo dos pais, maior de 21 anos até 24 anos de idade, desde que o beneficiário detenha a guarda judicial, atestado por decisão judicial, se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de ensino médio, atestado por declaração de matrícula regular da instituição de ensino.

[] os pais, os avós ou os bisavós, desde que não auferam rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal de imposto de renda, atestado pela declaração de imposto de renda pessoa física do titular constando este como dependente, ou, da declaração de imposto de renda pessoa física do(a) dependente beneficiário(a), ou inexistindo declaração, formulário atestando a não obrigatoriedade de realizar declaração de imposto de renda pessoa física, pelo dependente beneficiário;

[] incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador, atestado por decisão judicial.

Documentação anexada para o requerimento do Auxílio Saúde (art. 5º da Resolução nº 036/2011) [<http://diario.tjes.jus.br/201120110718.pdf>] e Resolução nº 013/2023 [<https://sistemas.tjes.jus.br/ediario/index.php/component/ediario/?view=content&id=1490474>]:

- Cópia do Contrato de Adesão ao Plano de Saúde ou Seguro Saúde do(a) dependente beneficiário(a) (em caso de novo Plano ou de novo Seguro);
- 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;
- 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;
- Documento comprobatório referente ao(à) situação do dependente beneficiário(a), conforme seleção realizada.
- DECLARO**, de acordo com o inciso I do art. 4º da Resolução nº 036/2011, que não recebo auxílio saúde ou semelhante, nem possuo outro 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 para dependentes 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;
- DECLARO** a não incidência nas vedações contidas na Resolução nº 036/2011;
- 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: _____/_____/20____

Assinatura do(a) Servidor(a):

Responsável pelo preenchimento: SERVIDOR(A) CONSIGNATÁRIA: