

AUXÍLIO- SAÚDE – COMPROVAÇÃO DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE

1. Identificação

NOME:

CARGO/FUNÇÃO:

MATRÍCULA:

LOTAÇÃO:

TELEFONE/RAMAL:

-] MAGISTRADO
] DO QUADRO EFETIVO
] SEM VÍNCULO
] CEDIDO
] REQUISITADO(ATRAVÉS DE DECISÃO JUDICIAL)
] EXERCÍCIO PROVISÓRIO

2. Solicitação

Venho apresentar a comprovação de permanência no plano de saúde, juntamente com os respectivos dependentes, se houver, mediante cópia dos recibos de pagamento com Plano de Saúde (comprovantes anexos), para fins de manutenção do benefício de auxílio saúde, de acordo com as informações a seguir:

IDENTIFICAÇÃO DO MEIO DE PAGAMENTO DO PLANO DE SAÚDE

Boleto Desconto em folha Outros

3. Relação de Dependentes

Nome dos Dependentes	Data Nascimento	Grau Parentesco
1.	/ /	
2.	/ /	
3.	/ /	
4.	/ /	

4. DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE:

[] estou ciente de que é necessário anexar os comprovantes de pagamento de todo o ano e uma declaração de permanência do plano de saúde, conforme previsão do art. 47, §1º, da Resolução 02/2008 do CJF.

[] não percebo auxílio similar ou participo de outro plano de saúde custeado com recursos públicos, ainda que parcialmente;

[] arco com as minhas despesas de plano de saúde bem como com as de meus dependentes acima citados

[] que estou CIENTE que devo comunicar, de imediato, qualquer mudança no plano de saúde que implique alteração de valor ou cancelamento do benefício e a inexatidão das informações prestadas, acarretará a exclusão automática e a devolução dos valores recebidos, podendo ser aplicadas penalidades determinadas pela legislação em vigor.

Declaro, sob as penas da lei, que:

- as informações aqui prestadas são verdadeiras, comprometendo-me a informar à Seção de Cadastro de Pessoal/NUCRE quaisquer alterações dos dados;
- não percebo auxílio similar ou participo de outro plano de saúde custeado com recursos públicos, ainda que parcialmente;
- arco com as minhas despesas de plano de saúde bem como com as de meus dependentes acima citados