

**ENCAMINHAR PARA PE-BENEFICIOS**

**EXMO.(A) SR.(A) JUIZ(A) FEDERAL DIRETOR(A) DO FORO DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DE PERNAMBUCO**

**REQUERIMENTO DE AUXILIO-SAUDE**

 **1. Identificação**

Nome Matrícula:

Cargo:

Lotação:                        Telefone                      Celular

E-mail:

Situação:

[ ] Servidor Aposentado    [  ] Servidor Ativo    [  ] Magistrado      [  ] Requisitado ou Cedido [  ] Cargo Comissionado

**O(A) REQUERENTE ACIMA IDENTIFICADO(A)** vem, respeitosamente, requerer a V. Exª a sua inscrição e a de seu(s) dependente(s), abaixo discriminado(s), para efeito de concessão do Auxílio- Saúde, nos termos das Resoluções nº 18/2009, do TRF 5ª Região e nº 02/2008, do CJF, solicitando o reembolso da despesa realizada com o seu contrato e de seus dependentes com plano de saúde, conforme documento(s) comprobatório(s) que seguem anexos:

**2. Relação de Dependentes**

**Nome dos dependentes         Data Nascimento    CPF   Grau Parentesco**

**3. Dos documentos necessários**

**Titular:**

I - Termo de Adesão e cópia autenticada do contrato entre o beneficiário e a operadora do plano de saúde;

II - Comprovante que a operadora de planos de saúde, está autorizada pela Agência Nacional de Saúde;

III – Comprovante do último pagamento com os valores discriminados;

IV - Declaração fornecida pelo outro órgão de que não usufrui benefício semelhante, no caso de servidores cedidos, requisitados ou que exerçam mais de um cargo;

**Dependente:**

I - Identidade do dependente ou Certidão de Nascimento;

II - Declaração de união estável ou Certidão Casamento;

III - Declaração de dependência econômica (maior de 21 anos);

IV - Declaração de matrícula da instituição de ensino (maior de 21 anos);

V - Outros documentos constantes na resolução nº18/2009 – TRF 5ª Região

**DECLARO,** sob as penas da lei e para fins de inscrição no Programa de Auxílio-Saúde que, **preencho os requisitos previstos nas Resoluções CJF nº 02/08 e TRF 5ª REGIÃO nº 18/09 e que não** recebo auxílio semelhante e nem participo de outro programa de assistência à saúde de servidor, custeado pelos cofres públicos, ainda que em parte.”

**INFORMO**, ainda, que estou ciente de que a inexatidão das informações prestadas, acarretará a exclusão automática e a devolução dos valores recebidos, podendo ser aplicadas penalidades determinadas pela legislação em vigor.

Nestes Termos,

Pede deferimento.