

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA AUXÍLIO-SAÚDE

Com base na Resolução Administrativa nº028/2017, “Art. 2º. O Programa Assistência à Saúde será operacionalizado pelo Tribunal, mediante ressarcimento, total ou parcial, de quantia despendida pelos titulares e seus respectivos dependentes com pagamento de planos ou seguros privados de assistência à saúde, a ser incluído em folha de pagamento, a título de Reembolso-Plano de Saúde, nos termos e limites fixados pela Presidência do Tribunal”, solicito o meu cadastramento para percepção do benefício correspondente.

Nome do magistrado / servidor

Ramal/telefone residencial

E-mail

DEPENDENTE(S)	PARENTESCO / VINCULAÇÃO	DATA DE NASC.	ESTADO CIVIL	VALOR DO PLANO

Declaro:

1. ter conhecimento das condições estabelecidas na RESOLUÇÃO ADMINISTRATIVA Nº, bem como assumo o compromisso de observar o regulamento do Programa de Auxílio-Saúde;
2. a não-percepção de auxílio semelhante ou participação em outro programa de assistência à saúde custeado integral ou parcialmente com recursos públicos;
3. estar ciente de que devo apresentar prova de que possuo plano ou seguro saúde contratado junto a operadora ou seguradora devidamente autorizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, indicando o valor mensal pago por usuário, ficando dispensado de apresentar tal documentação caso tenha autorizado o desconto em folha de pagamento da mensalidade correspondente a plano de saúde, conforme convênio celebrado entre o Tribunal Regional do Trabalho da 16ª Região e a ANAJUSTRA.

DOCUMENTOS ANEXADOS

* ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS, CONFORME A RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA, DISCRIMINADOS NO §3º, DO ART.3º DA RESOLUÇÃO ADMINISTRATIVA Nº 028/2017, BEM COMO A PROVA DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE, OBSERVADO O DISPOSTO NO ITEM 3 ACIMA.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MAGISTRADO / SERVIDOR