**MODELO DE DECLARAÇÃO**

REQUERIMENTO PARA AUXÍLIO-SAÚDE

À SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

(NOME COMPLETO DO(A) SERVIDOR(A)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cargo, matrícula nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins de direito e prova que as pessoas a seguir especificadas constam como minhas dependentes nas declarações de ajuste anual do Imposto de Renda de Pessoas Físicas, nos termos da legislação vigente.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome dos dependentes (se houver) | Indicar rela- ção depen- dência com o beneficiá-  rio titular | CPF | Data de Nasci- mento | Valor do plano ou seguro saúde |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Declaro que estou ciente que a inveracidade da informação contida neste documento, por mim firmado, constitui prática de infração disciplinar, passível de punição na forma da lei.

Nestes termos,

Pede deferimento

(Cidade), de de

Assinatura