**ANEXO III**

REQUERIMENTO PARA AUXÍLIO-SAÚDE

À SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS

(NOME COMPLETO DO MEMBRO/SERVIDOR)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cargo, matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem requerer a concessão do auxílio-saúde, na forma disciplinada no Ato Normativo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme dados a seguir especificado:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do beneficiário titular | Cargo (membro ou servidor) | CPF | Data de Nascimento | Valor do plano ou seguro saúde |
|  |  |  |  |  |

\*Se houver dependente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome dos dependentes (se houver) | Indicar relação dependência com o beneficiário titular | CPF | Data de Nascimento | 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, e que não percebo auxílio da mesma natureza ou outra forma de benefício financeiro para saúde, custeado integralmente pelos cofres públicos, bem como não estou cadastrado em outros programas de ressarcimento de despesas com o referido plano ou seguro de saúde.

Comprometo-me a manter as informações atualizadas sobre o grupo familiar elencado neste documento e que me responsabilizo pela veracidade das informações prestadas neste termo de inserção.

Nestes termos,

Pede deferimento

(Cidade), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_