|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUXÍLIO- SAÚDE**  **ATUALIZAÇÃO DO VALOR DA MENSALIDADE DO PLANO DE SAÚDE**  **1.Identificação**   |  | | --- | | **NOME:** | | **NOME SOCIAL:** | | **CARGO/FUNÇÃO:** | | **MATRÍCULA:** | | **LOTAÇÃO:** | | **TELEFONE/RAMAL:** | | **TELEFONE PESSOAL** | | **E-MAIL PESSOAL:** |   [ ]MAGISTRADO  [ ] DO QUADRO EFETIVO  [ ] SEM VÍNCULO  [ ] CEDIDO  [ ] REQUISITADO  [ ] EXERCÍCIO PROVISÓRIO    **2. Solicitação**   |  | | --- | | Solicito a atualização do valor da mensalidade do pagamento do Plano de Saúde para fins de percepção do auxílio-saúde, conforme dados abaixo relacionados: |   **3.Relação de Dependentes**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nome dos Dependentes** | **Parentesco** | **Valor da Mensalidade** | **MESES A RESTITUIR**(dois últimos meses no atual exercício financeiro) | | **1.** |  |  |  | | **2.** |  |  |  | | **3.** |  |  |  | | **4.** |  |  |  |   **4.Declaração**   |  | | --- | | **DECLARO**, que estou ciente de que é necessário anexar os comprovantes de pagamento dos dois últimos meses do atual exercício financeiro, conforme previsão do art. 20, §1º, da Resolução 18/2009 do TRF 5ª Região.  **DECLARO,** ainda, 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. | |

**ENCAMINHAR O PROCESSO PARA: AL-NGP-SQV- Seção de Qualidade de Vida**