|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**