



TRIBUNAL DE JUSTIÇA

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

FORMULÁRIO DE MANUTENÇÃO DO AUXÍLIO-SAÚDE

(nome completo)

Matrícula nº: _____, cargo: _____, ora lotado (a)

Telefone comercial: (_____) _____, Celular: (_____) _____

LOGIN: _____, vem respeitosamente requerer a Vossa Senhoria;

☐ Manutenção do auxílio saúde

☐ FUNSEP ☐ UNIMED CTBA ☐ AMIL ☐ OUTRO: _____

☐ Manutenção de dependentes (caso planos diferentes)

☐ FUNSEP ☐ UNIMED CTBA ☐ AMIL ☐ OUTRO: _____

DEPENDENTES
1.
2.
3.
4.
5.

TERMO DE MANUTENÇÃO DO AUXÍLIO-SAÚDE

I - Declaro que li o Decreto Judiciário nº 129/2012, regulamentação da concessão e manutenção do Benefício do Auxílio Saúde, o qual aceito sem qualquer ressalva ou restrição às condições estabelecidas.

II – 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.

III – Estou ciente que a **não apresentação do formulário e da documentação comprobatória exigida**, nos prazos definidos no artigo 10 do Decreto Judiciário nº 129/2012, **implicará no cancelamento automático do benefício** e na devolução dos valores recebidos no período, mediante desconto em folha de pagamento, nos termos do art. 69, da Lei n.º 16.024/2008.

IV – De igual forma, estou ciente que em caso de **descumprimento dos prazos** que **acarrete o cancelamento do benefício**, **não haverá pagamento retroativo** dos valores despendidos, bem como de que não será devido o benefício, relativamente aos pagamentos efetuados em períodos anteriores ao mês da protocolização do respectivo requerimento.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor