



# TRIBUNAL DE JUSTIÇA

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

## FORMULÁRIO PARA CONCESSÃO AO AUXILIO-SAÚDE

\_\_\_\_\_,  
(nome completo)  
Matrícula nº: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, ora lotado(a)  
(cargo)

\_\_\_\_\_,  
(lotação)

residente à \_\_\_\_\_,  
(endereço completo)

bairro: \_\_\_\_\_, cidade: \_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_,  
(residencial)

celular: \_\_\_\_\_, vem respeitosamente requerer a Vossa Senhoria:

- Concessão do auxílio-saúde.  
 Inclusão dos dependentes relacionados abaixo para concessão de auxílio-saúde.

DEPENDENTE(S)
1.
2.
3.
4.
5.

### TERMO DE CONCESSÃO DO AUXILIO-SAÚDE

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

II – Declaro que não estou em fruição de licença ou afastamento sem remuneração, tampouco que percebo outras verbas de espécie semelhante.

III – 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

## **Documentação para fins de obtenção do benefício do auxílio saúde:**

### **I – titular:**

- a) fotocópia autenticada da cédula de identidade do requerente;
- b) comprovação de vinculação, na condição de titular, a plano ou seguro de assistência à saúde;
- c) recibo, nota fiscal ou declaração emitidas por entidade gestora do plano ou seguro de assistência à saúde, em nome do beneficiário e referente à mensalidade do mês a partir do qual será solicitado o reembolso.

**- Serão aceitos somente documentos emitidos em papel timbrado, contendo número de inscrição no CNPJ, discriminados, quando for o caso, os nomes dos dependentes, em suas vias originais ou fotocópias autenticadas por notário.**

**- Não serão aceitos, em nenhuma hipótese, boletos originais ou em fotocópias autenticadas, para a comprovação de pagamentos realizados.**

### **II – cônjuge, companheiro ou companheira:**

- a) fotocópia autenticada da cédula de identidade;
- b) fotocópia autenticada do CPF, caso não conste na cédula de identidade;
- c) fotocópia autenticada da certidão de casamento civil ou comprovação de união estável como entidade familiar; nos termos do formulário do anexo II.

### **III - filhos, enteados ou menores tutelados ou sob guarda judicial:**

- a) fotocópia autenticada da certidão de nascimento ou cédula de identidade;
- b) comprovante de matrícula em curso de ensino médio, técnico ou superior, reconhecido pelo Ministério da Educação, se maior de 21 e menor de 24 anos;
- c) fotocópia autenticada da decisão judicial que concedeu a guarda ou tutela, quando for o caso;
- d) para os enteados, deverá ser apresentado, ainda, comprovante ou declaração de residência em comum e fotocópia autenticada da certidão de casamento ou comprovação da união estável entre o pai ou a mãe e o beneficiário titular.

### **IV – pai, mãe, padrasto e madrasta:**

- a) fotocópia autenticada da cédula de identidade;
- b) fotocópia autenticada do CPF;
- c) comprovante de rendimentos de ambos, caso vivam em conjunto, ou só de um, se for viúvo(a), separado(a) judicialmente ou divorciado(a);
- d) para o padrasto e a madrasta deverá, ainda, apresentar fotocópia autenticada da certidão de casamento ou comprovação da união estável do genitor.

### **V - portadores de necessidades especiais:**

- a) fotocópia da certidão de nascimento ou da cédula de identidade;
- b) laudo médico homologado pelo Centro de Assistência Médica e Social do Tribunal de Justiça;
- c) comprovação ou declaração de que reside com o beneficiário titular;
- d) comprovação ou declaração de não ser dependente de outra pessoa além do beneficiário titular.