



ESTADO DO MARANHÃO
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS

REQUERIMENTO – AUXÍLIO-SAÚDE

AUTORIDADE COMPETENTE: DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS

NOME: _____ **MATRÍCULA:** _____

CARGO: _____ **LOTAÇÃO:** _____

FONE RES.: () _____ **FONE TRAB.:** () _____ **FONE CELULAR:** () _____

E-MAIL TJ: _____ **E-MAIL PESSOAL:** _____

DEPENDENTE(S): _____

MODALIDADE:

- () INSCRIÇÃO INICIAL
() READMISSÃO
() INCLUSÃO DE DEPENDENTES

CONDIÇÃO DO REQUERENTE:

- () TITULAR DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
() DEPENDENTE DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
() CONTRIBUINTE DO FUNBEN

O AUXÍLIO-SAÚDE CUSTEARÁ AS DESPESAS DOS:

- () MAGISTRADOS/SERVIDORES
() MAGISTRADOS/SERVIDORES E DEPENDENTES
() APENAS DEPENDENTES

DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA CONTRIBUINTE OU NÃO DO FUNBEN

Declaro, sob as penas da lei e de acordo com o art. 4º, inciso I, da Resolução n.º 064/2008-TJ, que não recebo auxílio-saúde semelhante e nem possuo programa de assistência à saúde custeado, integral ou parcialmente, pelos cofres públicos.

_____, ____ de _____ de _____

Magistrado/Servidor



**ESTADO DO MARANHÃO
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS**

DECLARAÇÃO – DEPENDENTE MENOR/INCAPAZ

Declaro, sob as penas da lei e de acordo com o art. 4º, inciso I, da Resolução n.º 064/2008-TJ, que meus dependentes menores/incapazes não recebem auxílio-saúde semelhante e nem possuem programa de assistência à saúde custeado, integral ou parcialmente, pelos cofres públicos.

_____, ____ de _____ de _____

Magistrado/Servidor

DECLARAÇÃO – DEPENDENTE MAIOR/CAPAZ

Declaro, sob as penas da lei e de acordo com o art. 4º, inciso I, da Resolução n.º 064/2008-TJ, que não recebo auxílio-saúde semelhante e nem possuo programa de assistência à saúde custeado, integral ou parcialmente, pelos cofres públicos.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Dependente

ANEXOS - DOCUMENTOS PARA O AUXÍLIO-SAÚDE

USUÁRIO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

() Declaração de vínculo com plano de assistência à saúde (original ou cópia autenticada ou conferida com a original pela Divisão de Cadastro do TJMA)

OU

() Contrato do plano de assistência à saúde (cópia autenticada ou conferida com a original pela Divisão de Cadastro do TJMA)

E

() Comprovação de pagamento do plano privado de assistência à saúde referente ao mês/ano: ____/_____
(original ou cópia autenticada ou conferida com o original pela Divisão de Cadastro do TJMA)

E

Em caso de readmissão do auxílio-saúde (existência de inscrição anterior cancelada) por falta de manutenção/renovação do benefício,

() Declaração do plano privado de assistente à saúde que comprove a situação de adimplência do servidor relativa aos 12 meses a partir do mês de referência do primeiro pagamento do auxílio-saúde; **ou**

() Boleto(s) quitado(s) ou recibo de pagamento do plano privado de assistência à saúde relativo aos 12 meses a partir do mês de referência do primeiro pagamento do auxílio-saúde.

CONTRIBUINTE DO FUNBEN

() Contracheque referente ao mês/ano: ____/_____, para fins de comprovação de contribuição ao FUNBEN (original ou cópia autenticada ou conferida com o original pela Divisão de Cadastro do TJMA)

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- O benefício auxílio-saúde é garantido aos magistrados e servidores ativos do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, bem como aos seus dependentes;
- Os pedidos que não estiverem devidamente documentados com relação a magistrados, servidores e seus



**ESTADO DO MARANHÃO
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS**

dependentes, estarão sujeitos a indeferimento;

- Em caso de plano privado de assistência à saúde na modalidade “família” ou semelhante (contrato alcança diversas pessoas da mesma família), o presente requerimento deverá ser acompanhado de declaração da operadora que demonstre o valor individualizado de cada beneficiário, especialmente aquele pago pelo servidor;
- “O auxílio-saúde somente subsidiará as despesas com plano privado de assistência à saúde daqueles dependentes que constem dos assentamentos funcionais dos magistrados e servidores, o que dependerá de prévio processo administrativo destinado à inclusão, considerando a legislação aplicável ao imposto de renda” (art. 1º, § 5º, Resolução nº 64/08).
- O auxílio-saúde custeará as despesas com plano privado de assistência à saúde de magistrados/servidores, magistrados/servidores e seus dependentes, ou apenas seus dependentes, limitando-se, em todos os casos, a R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) (art. 3º, Resolução nº 64/08); e
- O beneficiário deverá comunicar, no prazo de 30 (trinta) dias a partir do ocorrido, qualquer alteração de dado cadastral e ato ou fato que implique no seu desligamento.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura