

RECADASTRAMENTO - AUXÍLIO SAÚDE
MODALIDADE PLANO DE SAÚDE EXTERNO

Atualização do cadastro dos dependentes do plano de saúde e comprovação das despesas com plano de assistência à saúde na forma da Resolução n. 02/2008 – CJF, alterada, art. 47, juntando os comprovantes de pagamento no período de 1/8/2016 a 30/07/2017.

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (TITULAR)

Nome	
Matrícula	
Cargo:	
Função:	
Lotação Atual:	
Data de Exercício na SJAL:	
E-mail:	
Telefone para contato:	
Condição	<input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor do quadro lotado na SJAL <input type="checkbox"/> Servidor inativo. <input type="checkbox"/> Servidor ativo <input type="checkbox"/> Servidor do quadro cedido <input type="checkbox"/> Servidor de outros órgãos cedidos à Seção Judiciária de Alagoas- <u>apresentar declaração do órgão de origem ou de exercício informando que não estão cadastrados em plano de assistência à saúde ou benefício semelhante ou de idêntica finalidade.</u>

--	--	--

(1) Preencha com os seguintes códigos de parentesco:

1- O próprio; 2 - Cônjuge; 3-Companheiro(a); 4- filho até 21 anos; 5 - Filho até 24 anos se estudante graduação universitária; 6 - Filho inválido independente de idade; 7 - Enteado ou menor sob tutela.

Todos os beneficiários-titulares no ato do requerimento deverão anexar:

1 - Formulário de Comprovação de Despesas para fins de Auxílio-Saúde devidamente preenchido com os comprovantes anexos.

2 - Comprovação do grau de parentesco através dos seguintes documentos:

Certidão de casamento(cônjuge), Certidão de nascimento e/ou Carteira de identidade (filhos e genitores), Termo de Guarda do menor.

3 - Declaração de Dependência Econômica para Fins de Auxílio-Saúde.

4 - Declaração de Imposto de Renda onde conste o dependente.

5 - Reconhecimento da união estável ou homoafetiva .

6 - Declaração de escolaridade para os filhos e enteados maiores de 21 anos e menores de 24 anos, discriminando o curso e período letivo.

7 - Reconhecimento da invalidez por Junta Médica da Seção Judiciária de Alagoas.

DECLARAÇÃO:

Declaro que as pessoas relacionadas no anverso/acima não estão incluídas em programas de benefícios com pagamento de auxílio semelhante por outros órgãos da Administração Pública ou por empresas privadas. Estou ciente de que:

a) Segundo as regras do Auxílio Saúde da Seção Judiciária de Alagoas- Tribunal Regional Federal da 5ª Região, o pagamento do referido auxílio é baseado no valor efetivamente pago por beneficiário, conforme informado no anverso/acima, limitado aos tetos estabelecidos no programa. Portanto, caso ocorram alterações nos valores apresentados neste cadastro e exclusões ou inclusões de beneficiários, é minha responsabilidade atualizar as informações junto à Seção Judiciária de Alagoas.

b) Deverei apresentar, anualmente, no mês de AGOSTO os comprovantes de pagamento e outros documentos que individualizem os valores pagos por beneficiário, à Seção de Qualidade de Vida.

e) O não cumprimento do estabelecido nas alíneas anteriores, ensejará a suspensão do pagamento do auxílio e a aplicação de sanções previstas no regulamento do programa.