



SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO HUMANO

FOMULÁRIO PARA AUXÍLIO-SAÚDE (BENEFICIÁRIO-TITULAR)

Documentos necessários:

- Original e cópia do RG e CPF do (a) Interessado (a);
- Original e cópia do comprovante de endereço atualizado (até 90 dias);
- Procuração ou ato equivalente (curatela) do representante legal.

DADOS DO (A) INTERESSADO (A)	
Nome:	
CPF:	Data de nascimento:
Matrícula:	Telefone:
Cargo:	Email:
Órgão de lotação:	Endereço completo:

Ao Departamento de Recursos Humanos

Venho, por meio deste, requerer a concessão do auxílio-saúde previsto na Lei Municipal 2.979/2023.

- | | |
|---|---|
| () Concessão do auxílio-saúde; | () Inclusão de dependentes (complementar com os dados do (s) dependente (s) a ser (em) incluído (s); |
| () Manutenção do auxílio-saúde; | () Exclusão de dependentes (complementar com os dados do (s) dependente (s) a ser (em) incluído (s). |
| () Alteração de valores do plano de saúde; | |
| () Mudança de plano de saúde; | |
| () Cancelamento do benefício; | |
| () Reativação do benefício; | |

Palmas, _____ de _____ de _____.

INTERESSADO (A)