

## ANEXO I

### FORMULÁRIO PARA AUXÍLIO-SAÚDE

\_\_\_\_\_ Matrícula nº: \_\_\_\_\_  
(cargo) \_\_\_\_\_, lotado(a) \_\_\_\_\_ (lotação), \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ (endereço completo), \_\_\_\_\_  
bairro: \_\_\_\_\_, cidade: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_, celular:  
\_\_\_\_\_, vem respeitosamente requerer a Vossa Excelência o que segue:

Concessão do auxílio-saúde (anexar boleto ou declaração do plano de saúde, se for o caso);

Obs. [ ] O valor do meu plano de saúde é descontado na folha de pagamento.

Alteração de valores do plano ou seguro de saúde ou odontológico de saúde ou odontológico);

Mudança de plano ou seguro de saúde ou odontológico (anexar boleto ou declaração do plano ou seguro (anexar boleto ou declaração do plano ou seguro de saúde ou odontológico);

Cancelamento do benefício;

Reativação do benefício (anexar boleto ou declaração do plano ou seguro de saúde ou odontológico);

Inclusão ou exclusão dos dependentes: (anexar documentos de acordo com o art. 7º da Resolução nº 03/2026);

Comprovação anual de despesas (de acordo com o art. 10 da Resolução nº 03/2026);

Identificar dependentes (Nome e CPF):

Obs. Os valores devem ser informados individualmente por beneficiário (titular e dependentes), sob pena de indeferimento do pedido.

1.Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

2.Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

3.Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

4.Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

5.Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONCESSÃO DO AUXÍLIO SAÚDE

I - Declaro que li a Resolução nº 03/2026, que regulamenta a concessão e manutenção do benefício do auxílio saúde, aceitando seus termos 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.

IV - Declaro estar ciente que a não apresentação do formulário e da documentação comprobatória exigida, no prazo definido no artigo 12 da Resolução nº \_\_/2026, implicará no cancelamento automático do benefício e na devolução dos valores recebidos no período, mediante desconto em folha de pagamento.

V - 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 do protocolamento do respectivo requerimento.

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

---

Assinatura

## ANEXO II

### FORMULÁRIO PARA REEMBOLSO DE DESPESA COM PARCELA DE COPARTICIPAÇÃO OU ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR, ODONTOLÓGICA, PSICOLÓGICA OU FISIOTERÁPICA (ex. Consultas, exames, procedimentos etc).

\_\_\_\_\_ Matrícula nº: \_\_\_\_\_  
(cargo), \_\_\_\_\_, lotado(a) \_\_\_\_\_ (lotação), \_\_\_\_\_  
(endereço completo), \_\_\_\_\_ bairro: \_\_\_\_\_,  
residente \_\_\_\_\_ cidade: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_, celular:  
\_\_\_\_\_, vem respeitosamente requerer a Vossa Excelência reembolso com despesa:

( ) Parcela de coparticipação do auxílio-saúde (anexar boleto ou documento respectivo timbrado do plano ou seguro de saúde ou odontológico, contendo número de inscrição no CNPJ, além do devido comprovante de pagamento, discriminando-se, em sendo o caso, os nomes dos dependentes e os valores pagos para cada um destes).

( ) Médica (anexar recibo ou nota fiscal, ambos em conformidade com as normas da Receita Federal e do Estado ou Município respectivo e com a identificação do beneficiário);

( ) Hospitalar (anexar recibo ou nota fiscal, ambos em conformidade com as normas da Receita Federal e do Estado ou Município respectivo e com a identificação do beneficiário);

( ) Odontológica (anexar recibo ou nota fiscal, ambos em conformidade com as normas da Receita Federal e do Estado ou Município respectivo e com a identificação do beneficiário);

( ) Psicológica (anexar recibo ou nota fiscal, ambos em conformidade com as normas da Receita Federal e do Estado ou Município respectivo e com a identificação do beneficiário).

( ) Fisioterápica (anexar recibo ou nota fiscal, ambos em conformidade com as normas da Receita Federal e do Estado ou Município respectivo e com a identificação do beneficiário);

A referida despesa foi efetuada com :

( ) Titular

( ) Dependente no auxílio-saúde Identificar o dependente (Nome e CPF):

1.Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2.Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

3.Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

4.Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

5.Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO:** As despesas podem ser informadas para mais de um beneficiário (titular ou dependente) com o mesmo formulário, desde que devidamente identificado, sob pena de indeferimento do pedido.