|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESTADO DE SANTA CATARINA****TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO** |

**ANEXO I**

**Excelentíssimo Senhor Conselheiro Presidente**

**do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina.**

|  |  |
| --- | --- |
| **TCE/SC** | **REQUERIMENTO RELATIVO AO AUXÍLIO-SAÚDE**(Art. 3º da LC n. 565, de 11/01/2012, promulgado em 04/01/2013, c/c Resolução n. TC- 076/2013) |
| **MEMBRO ou SERVIDOR BENEFICIÁRIO** |
| Nome do(a) Requerente: | Matrícula: |
| Cargo: I - Membros: ( ) Conselheiro ( ) Auditor Substituto de Conselheiro ( ) InativoII - Servidores: ( ) Cargo Efetivo ( ) Inativo ( ) Cargo Comissionado  |
| Endereço: | Telefone(s) para contato: |
| E.mail:  |
| **Solicito o deferimento do que segue indicado, com relação ao auxílio-saúde**: |
| ( ) Concessão | ( ) Restabelecimento | ( ) Alteração de Plano |
| ( ) Alteração de Operadora | ( ) Alteração do valor mensal pago | ( ) Cancelamento |
| ( ) Outros (Comunicação de afastamento sem remuneração, falecimento, exoneração, opção pelo recebimento em outro órgão público etc.). **Especificar:** |
| Identificação do Plano de Saúde: | Razão Social: | CNPJ: |
| Data do Contrato ou da Adesão: | Valor mensal pago ao Plano de Saúde. Condição de:( ) titular ( ) dependente R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( ) Anexação de declaração da Operadora do Plano de Saúde |
| ( ) Declaro que o pagamento do meu plano de saúde ocorre através de consignação em folha de pagamento do Tribunal de Contas (por exemplo: Plano contratado por meio da ASTC ou o Plano SC SAÚDE do Governo do Estado). **Informar:** |
| ( ) Declaro que o pagamento do plano de saúde não ocorre mediante consignação em folha de pagamento do TCSC. |
| Observações/esclarecimentos relativos à situação pessoal do(a) Requerente: |
| **Declaração Obrigatória do(a) Requerente do Auxílio-Saúde** |
| **DECLARO**, para todos os efeitos legais, que não percebo auxílio-saúde semelhante, nem possuo programa de assistência à saúde custeado integral ou parcialmente pelos cofres públicos. Declaro, ainda, que não incido nas vedações constantes dos dispositivos que regulam a concessão do benefício e que estou ciente das condições para concessão e alterações do auxílio-saúde pelo Tribunal de Contas nos termos do art. 3º da LC n. 565, de 2012, regulamentado pela Resolução n. TC-076/2013, e na Portaria n. TC/GAP-248/2013, assim como tenho conhecimento de que fico sujeito às sanções administrativas e penais aplicáveis em caso de falsidade ideológica. |
| **Outros** (por exemplo, **declarar** acúmulo de cargos públicos, opção pelo recebimento do auxílio-saúde concedido pelo TCSC). **Especificar:** |
| Data:  | Assinatura do(a) Requerente/Declarante: |
|  |
| **DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH)** |
| **Análise do pedido de concessão e alterações do Auxílio-Saúde** |
| ( ) O Plano de Saúde do(a) Requerente é vinculado à(ao) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.A mensalidade é paga através de consignação em folha do TCSC: ( ) sim ( ) não( ) A documentação examinada está completa e correta.( ) A documentação está incompleta e/ou incorreta, de acordo com a informação anexada. |
| OBS:  |
| Data: | Servidor(a) Responsável: | Chefe do DRH: |
|  |
| **DIRETOR-GERAL DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO (DGPA)** |
| ( ) **Defiro o pedido**, de acordo com a manifestação da DRH. |
| ( ) **Indefiro o pedido** pelos motivos expostos pela DRH. |
| **Observações:** |
| Data:  | Assinatura: |