|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 ( ) Inativo  II - 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: | | |