



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado da Casa Civil e Desenvolvimento Econômico  
Departamento de Trânsito do Estado do Rio de Janeiro

## ANEXO I

### SOLICITAÇÃO DE PERCEPÇÃO DE AUXÍLIO-SAÚDE

Servidor: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

ID Funcional: \_\_\_\_\_ Lotação: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

( ) Servidor do Quadro ( ) Servidor Extraquadro

( ) Servidor cedido, ocupante de cargo em comissão (ANEXAR DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PERCEPÇÃO DO BENEFÍCIO NO ÓRGÃO DE ORIGEM)

Valor das suas despesas e de seus dependentes com o Plano ou Seguro de Saúde: \_\_\_\_\_

RELAÇÃO DE DEPENDENTES		
NOME	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA (§1º, art. 3º da Portaria)	DATA DE NASCIMENTO

Declaro ser de minha inteira responsabilidade os dados acima e estar ciente de que:

- 1) Terei que comprovar, **até o dia 25 de cada mês** ou sempre que solicitado, o pagamento, entregando a CGP, cópias dos boletos e respectivos comprovantes de pagamento. Adicionalmente, a CGP poderá solicitar cópia do contrato do Plano ou Seguro de Saúde, declaração da entidade gestora ou outros documentos, para esclarecimentos.
- 2) O **limite máximo** de reembolso pago, à título de auxílio saúde, é de R\$400,00;
- 3) Qualquer alteração no contrato com o Plano ou Seguro de Saúde deverá ser comunicada à CGP, assim como, p. ex., a alteração de valor da mensalidade, especialmente na modalidade de plano em co-participação.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor