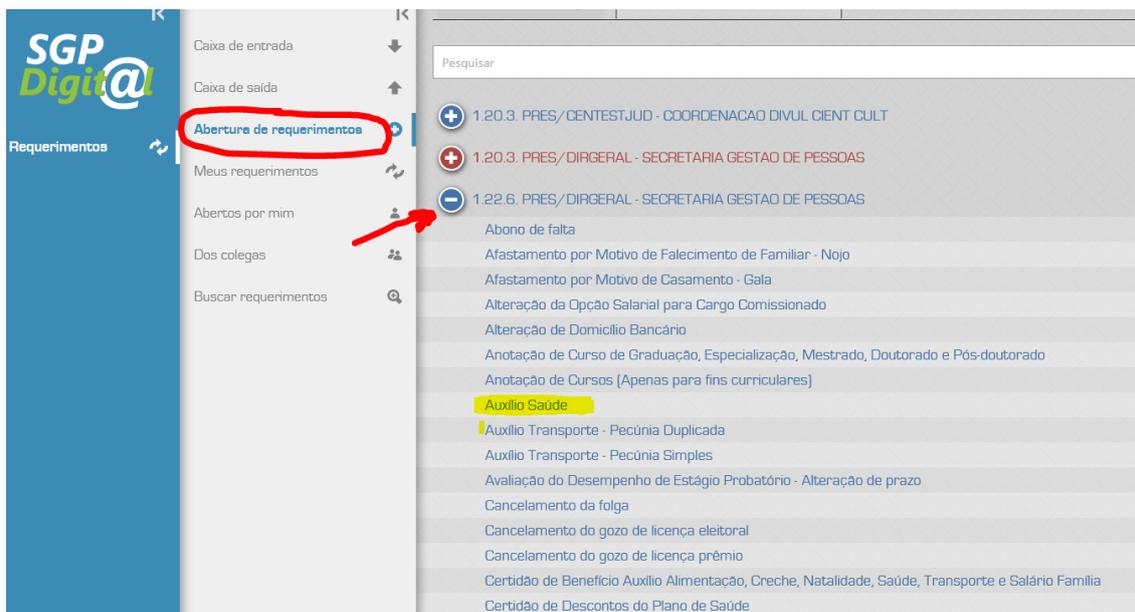


REQUERIMENTO AUXÍLIO SAÚDE

1. ACESSAR O SGP DIGITAL



2. ABRIR O REQUERIMENTO



OBSERVAÇÕES:

NO CAMPO VALOR DO PLANO, **COLOCAR APENAS O QUE É PAGO COMO VALOR DE MENSALIDADE**, OU SEJA, DESCONSIDERAR O QUE É PAGO POR PROCEDIMENTO (COPARTICIPAÇÃO), CASO O SEU PLANO PROCEDA DESTA FORMA.

PARA QUEM TEM O VALOR DESCONTADO DIRETAMENTE NO SALÁRIO, UTILIZAR O CONTRACHEQUE COMO COMPROVANTE DE PAGAMENTO.

3. PREENCHER O QUE ESTÁ EM VERMELHO OBSERVANDO QUE OS CAMPOS (TIPO DE SOLICITAÇÃO E NOME DA OPERADORA) DEVEM SER PREENCHIDOS COM AS OPÇÕES QUE JÁ ESTÃO CADASTRADAS NO REQUERIMENTO, **CLICANDO NAS SETAS DO LADO DIREITO.**

Assunto: Auxílio Saúde

Telefone de Contato

Tipo de Solicitação de Auxílio Saúde

Nome da Operadora do Plano de Saúde do(a) Servidor(a)

Carteira ou declaração do plano de saúde
Atenção: limite de 10 MB por arquivo.
Tipo suportados: PDF

+ Adicionar Crie Novo

Valor do Plano de Saúde do(a) Servidor(a) no momento do cadastro (DESCONSIDERAR QUALQUER VALOR DE COPARTICIPAÇÃO)

Comprovante de pagamento do plano de Saúde
Atenção: limite de 10 MB por arquivo.
Tipo suportados: PDF

+ Adicionar Crie Novo

Termo de Responsabilidade (Magistrado/Servidor) - Instrução normativa nº 14, de 21/12/2020, publicada no DJE nº 232 de 22/12/2020: Declaro, sob as penas de lei, que não percebo e nem meus dependentes percebem, ainda que indiretamente, qualquer outro tipo de benefício de espécie. Declaro, também, que me responsabilizo por comunicar ao Tribunal de Justiça de Pernambuco sobre quaisquer alterações relativas às condições de contratação do referido plano de saúde (alteração de valores e de modalidade, inclusão/exclusão de dependentes etc.) e a apresentar os comprovantes de pagamento das mensalidades, nas condições estabelecidas pela Resolução n. 436, de 20 de julho de 2020, e por esta Instrução Normativa. Declaro, ainda, que estou ciente de que o pagamento do benefício de Auxílio-Saúde possui caráter indenizatório e não se incorpora à remuneração, nos termos da Resolução TJPE n. 436, de 20 de julho de 2020, e nesta Instrução Normativa. Declaro, por fim, que estou ciente de que serão realizados na minha folha de pagamento os eventuais ajustes de contas, decorrentes de ajustes gerados pelas alterações comunicadas, ou não comunicadas ao Tribunal em tempo hábil.

Declaro estar de acordo com o Termo de Responsabilidade (Magistrado/Servidor) - Instrução normativa nº 14, de 21/12/2020, publicada no DJE nº 232 de 22/12/2020

Estou ciente de que é necessário acompanhar esse requerimento, até sua conclusão, para que possa tomar conhecimento das deliberações promovidas, e, havendo precisão, adotar pertinentes medidas.

Requerimento(s) vinculado(s)

Pesquisar requerimento Pesquisar evento(s)

Próximo passo

Encaminhar para SGP

1.22.6.2. DIRGERAL/SGP - NUCLEO DE RECEPCAO
Ação: Analisar informações preenchidas nas etapas anteriores

Fechar Confirmar Confirmar e agir

4. PLANOS DISPONÍVEIS (CASO NÃO TENHA O SEU PLANO NA LISTAGEM, A PARTIR DO DIA 04/01/2021 TEM QUE SABER DA SGP COMO PROCEDER)

AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.

BRADESCO SAÚDE

CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS MAGISTRADOS DE PERNAMBUCO - CAMPE

CASSI

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE

UNIMED RECIFE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

UNIODONTO DE RECIFE - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

5. DEPOIS É SÓ CONFIRMAR

Próximo passo

Encaminhar para SGP

1.22.6.2. DIRGERAL/SGP - NUCLEO DE RECEPCAO
Ação: Analisar informações preenchidas nas etapas anteriores

Cancelar

Fechar **Confirmar** Confirmar e agir