



FORMULÁRIO DE INCLUSÃO TRT5-SAÚDE

Nome do(a) Titular	Matricula TRT5:
--------------------	-----------------

vem requerer a INCLUSÃO NO TRT5-SAÚDE conforme especificado abaixo:

___ **Beneficiário-titular;**

___ **Beneficiário-dependente;**

Dependentes abaixo discriminados: (previamente cadastrados na Coord. Adm. de Pessoas - CAP)

GRAU DE DEPENDÊNCIA	NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUADRO GRAU DE DEPENDÊNCIA:

CJ- CÔNJUGE; **CP-** COMPANHEIRO (A); **F-** FILHO(A); **MN-** MENOR SOB GUARDA OU TUTELA

com efeitos a contar de ____/____/____

Declaro estar ciente das condições estabelecidas pelo Regulamento do TRT5-Saúde, Ato nº 443/2014, e comprometo-me a observar as disposições nele contida quando da utilização dos serviços oferecidos.

Declaro, ainda, que a não solicitação de exclusão do TRT5-Saúde até o dia 30.04.2015 implicará a continuação no plano que possuirá novas regras a partir de 01.05.2015, estabelecidas no Regulamento específico antecipadamente Publicado, que, dentre outras coisas, definirá nova tabela de mensalidade e novos percentuais de coparticipações.

Declaro, também, que não recebo auxílio semelhante nem participo de outro programa de assistência a saúde de servidor custeado, ainda que em parte, pelos cofres públicos da União, tanto na condição de titular quanto na de meus dependentes. Decreto nº 4.978 de 03.02.2004 e Decreto nº 5.010 de 09.03.2004.

Autorizo que seja consignado, em Folha de Pagamento do TRT da 5ª Região, o desconto do valor relativo às contribuições mensais e às coparticipações em consultas médicas, tratamentos seriados realizados por mim e meus dependentes.

Salvador, ____ de ____ de 20__.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR