|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| E:\Projeto Esbanjar para Economizar\LOGO - TJTO.png  Diretoria de Gestão de Pessoas | | | | | | TERMO DE OPÇÃO  PARA CONCESSÃO DO **AUXÍLIO SAÚDE** | | |
| 1) Matrícula: | | | 2) Nome do (a) Interessado (a): | | | | | |
| 3) E-mail: | | | | 4) CPF: | | | | 5) Cidade/UF: |
| 6) Endereço Residencial: | | | | | | | | 7) CEP: |
| 8) Ramal: | | | 9) Fone/Contato: | | | | | 10) Celular: |
| 11) Cargo: | | | | | 12) Lotação (Comarca): | | | |
| 13) Setor (Vara/Diretoria): | | | | | | | 14) Data: | |
| 15) Fundamentação Legal: | | | | | | | | |
| De acordo com a Resolução nº 102/2019 de 12.12.2019, a obrigatoriedade da apresentação de declaração emitida pelo órgão de origem, atestando o não recebimento do referido benefício (art 2º, §2º). | | | | | | | | |
| Marque com um X a opção pretendida: | | | |  |  |  |  |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | a) |  | Opto em receber o Auxílio Saúde pelo TJ/TO, por não perceber idêntico benefício em outro órgão público, nem mesmo outro benefício de espécie semelhante, de mesmo título, natureza ou por idêntico fundamento, custeado pelos cofres públicos (anexar declaração de não recebimento de auxilio do órgão de origem). | | b) |  | Opto em receber o Auxílio Saúde pelo TJ/TO, deixando, assim, de perceber esse benefício no outro órgão que atuo (anexar declaração de não recebimento de auxílio do órgão de origem, com data final do recebimento). | | c) |  | Opto em continuar recebendo o Auxílio Saúde em outro órgão, e não pelo TJ/TO. Nome do órgão: | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |
| DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA CONCESSÃO DO BENEFíCIO | | | | | | | | |
| 17) Encaminhar os seguintes documentos: (Instruir processo SEI, após encaminhar a SATES) | | | | | | | | |
| - Este formulário devidamente preenchido e assinado pelo servidor.  - Declaração de que não do recebe o referido benefício no órgão de origem. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Data: / / | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Assinatura do(a) Servidor(a) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |