Exmo. Sr.
Presidente da Câmara Municipal de Cotia

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador (a) da cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sirvo-me do presente para solicitar à Vossa Excelência, se digne determinar que seja concedido o AUXÍLIO-SAÚDE, conforme estabelecido na Resolução nº 02/2022, conforme opção:

|  |
| --- |
| INCLUSÃO DE TITULAR ( )SIM ( )NÃO |
|  |
| INCLUSÃO DE DEPENDENTES ( )SIM ( )NÃO |
|  |
| - CONJUGE OU COMPANHEIRO QUE COMPROVE A UNIÃO ESTÁVEL, MEDIANTE DECLARAÇÃO FIRMADA EM CARTÓRIO.- FILHOS, MENORES TUTELADOS OU SOB GUARDA JUDICIAL, **SOLTEIROS, MENORES DE 21 ANOS.**- GENITORES (PAI OU MÃE) **DESDE QUE COMPROVADA A DEPENDENCIA EM DECLARAÇÃO DE IRPF DO TITULAR.** |
| NOME | CPF | DT NASC. | PARENTESCO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| OBS: Trazer cópia do contrato celebrado entre o beneficiário titular ou entre o beneficiário dependente e a operadora de plano privado de assistência à saúde médica e/ou odontológica, comprovando vínculo do beneficiário titular ou dependente com o plano. Trazer certidão de nascimento de filhos menores de 21 anos. |

Para tanto Declaro, sob as penas da Lei que:

Sou responsável pelo custeio do plano privado de assistência à saúde médica e/ou odontológica usufruída por mim e/ou pelos dependentes legais acima declarados;

Não há percepção, por mim ou por meus dependentes, de ressarcimento/recebimento de benefício semelhante ao do “Auxílio-Saúde”;

Declaro ainda que, sou único responsável pelos dados prestados, tendo ciência das eventuais sanções pela inexatidão ou omissão das informações, e ainda nos termos do inciso IV do artigo 10º da resolução 02/2022, devo informar imediatamente, em caso de dependentes, sobre a perda da condição de dependência econômica, bem como no caso de perda da condição de solteiro do dependente menor de 21 anos.

Cotia,\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura