



FORMULÁRIO DE INCLUSÃO – TST-SAÚDE

Sr. Coordenador de Saúde Complementar,

Nome _____ - Código _____

CPF _____ - Lotação _____ Mat / Vesp - Ramal _____

E-mail _____ - Telefone _____

Ministro

Servidor do Quadro de Pessoal do Tribunal;

Requisitado/Removido do (Órgão/Instituição) _____; condicionada à existência de margem consignável para o desconto da contribuição mensal e custeio das despesas.

Comissionado;

Em exercício provisório _____, ocupante da Função Comissionada _____;
(Nome do Órgão/Instituição)

Servidor Inativo;

Pensionista estatutário.

vem requerer a V.S.^a autorizar a **INCLUSÃO NO TST-SAÚDE** conforme especificado abaixo:

Beneficiário titular;

Portador de necessidade especial

Beneficiário dependente.

Portador de necessidade especial (dependente) nº _____

	NOME COMPLETO DO DEPENDENTE E NOME COMPLETO DA MÃE DO DEPENDENTE	ESTADO CIVIL	SEXO	CPF - obrigatório para maiores de 18 anos	PARENTESCO	IDADE	DATA NASCIMENTO
01	Mãe: _____						
02	Mãe: _____						
03	Mãe: _____						
04	Mãe: _____						

Estado Civil: (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Viúvo(a) (4) outros

Sexo: (M) Masculino (F) Feminino

Parentesco: (1) Cônjuge (2) Filho(a) (3) Irmão(a) (4) Pai/mãe (6) Companheiro(a) (10) Enteadado(a)
(12) Menor sob guarda (21) Pessoa inválida

Com efeitos a contar de ____ / ____ / ____

Inclusão sem carência (Art.47)

Inclusão com carência (Art.48)

1ª Readmissão (Art. 49, I)

2ª Readmissão (Art. 49, II)

3ª Readmissão (Art. 49, Parágrafo único)

Reservado para CSAC (cadastro e recebimento de carteira)

TST-SAÚDE

TST-SAÚDE

AMIL

AMIL

UNIMED

UNIMED

Declaro estar ciente das condições estabelecidas no Regulamento TST-Saúde, aprovado em 30 de abril de 2009, e comprometo-me a observar as disposições nele contidas quando da utilização dos serviços oferecidos.

Declaro, ainda, que não recebo auxílio semelhante e nem participo de outro programa de assistência à saúde de servidor, custeado, ainda que em parte, pelos cofres públicos da União, tanto na condição de titular quanto na de dependente, bem assim o(s) beneficiário(s)-dependente(s) supracitado(s) - 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 Tribunal Superior do Trabalho, o desconto do valor relativo às contribuições mensais e às coparticipações em consultas médicas, exames e demais procedimentos médicos e odontológicos realizados por mim e meus dependentes, bem assim das despesas administrativas e das decorrentes da inscrição e permanência destes no Programa.

Brasília, ____ de ____ de 20 ____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO (Ato Deliberativo nº 66/2016)

Através do presente documento, autorizo a consignação de eventual dívida na folha de pagamento do órgão de origem, quando do meu retorno. **Estou ciente que quando a cobrança dos valores devidos não for possível mediante desconto em folha de pagamento ou pagamento voluntário ao TST-SAÚDE, ocorrerá a inscrição em Dívida Ativa da União.** Estou ciente que nos casos de retorno ao órgão de origem de servidores originários de Tribunais Regionais do Trabalho, a cobrança da dívida em aberto será realizada nas mesmas condições fixadas pelo Conselho Deliberativo do TST-SAÚDE aos servidores do Quadro de Pessoal do TST e, nos demais casos, a cobrança será realizada no percentual fixado pela legislação em vigor. Estou ciente sobre a responsabilidade do pagamento de eventual dívida remanescente quando do desligamento de servidor comissionado sem vínculo com a Administração Pública e que, em caso de não pagamento, **ocorrerá a inscrição em Dívida Ativa da União.**

Brasília, _____ de _____ de 20 _____.

Nome do(a) Servidor(a) _____ - Código _____

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Código do servidor que prestou atendimento _____