



AUXÍLIO-SAÚDE - PRESTAÇÃO DE CONTAS BENEFICIÁRIO(A) DEPENDENTE

Declaro, sob as penas da lei, para fins de prestação de contas junto ao Serviço de Assistência à Saúde Suplementar do Poder Judiciário do Rio Grande do Sul, em cumprimento ao § 4º do art. 14 e ao parágrafo único do art. 15 do Ato nº 046/2021-P alterado pelo Ato nº 060/2021-P, que paguei as despesas correspondentes as minhas mensalidade do plano de assistência à saúde do qual sou beneficiário(a) dependente, conforme especificado abaixo:

Dados do(a) beneficiário(a) titular do plano de assistência à saúde:

Nome:
CPF:
Plano de assistência à saúde:
Operadora/Administradora/Entidade:
CNPJ:

Mensalidades do(a) beneficiário(a) do auxílio-saúde que é dependente no plano de assistência à saúde acima identificado (magistrado, servidor, pensionista):

ANO:			
Mês (competência)	Valor da mensalidade	Mês (competência)	Valor da mensalidade
Janeiro	R\$	Julho	R\$
Fevereiro	R\$	Agosto	R\$
Março	R\$	Setembro	R\$
Abril	R\$	Outubro	R\$
Maio	R\$	Novembro	R\$
Junho	R\$	Dezembro	R\$

.....
(Assinatura do(a) beneficiário(a) do auxílio-saúde)

Nome completo (legível):

CPF:

Auxílio-Saúde – Beneficiário(a)	Auxílio-Saúde – beneficiário(a) titular do plano
Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, devendo apresentar a documentação comprobatória emitida pela empresa/entidade responsável pelo plano de assistência à saúde em que conste minha mensalidade individualizada, nos termos dos artigos 14 e 15 do Ato nº 046/2021-P, bem como prestar quaisquer esclarecimentos necessários à manutenção do benefício. Local e data Assinatura do(a) beneficiário(a) do auxílio-saúde	Declaro, sob as penas da lei, que o(a) beneficiário(a) dependente pagou as despesas correspondentes as suas mensalidades no plano de assistência à saúde do qual sou beneficiário titular, conforme declarado acima. Local e data Assinatura do(a) beneficiário(a) titular do plano