



MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

ANEXO I

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO SAÚDE

A(o) titular do órgão responsável pelos recursos humanos da(o) ☐ Prefeitura do Município de Araraquara ☐ Departamento Autônomo de Água e Esgotos de Araraquara (DAAE)	PROTOCOLO
<u>DADOS DO REQUERENTE:</u> Nome: _____ Matrícula: _____ CPF: _____ Celular: _____ e-mail: _____ Emprego Público: _____ Referência atual: _____	
<u>REQUEIRO</u>, com fundamento no art. 1º da Lei nº 9.725, de 19 de setembro de 2019, a concessão do benefício de auxílio saúde. Para tanto, nos termos do art. 2º da Lei nº 9.725, de 2019, encaminho em anexo documento comprobatório de meu vínculo contratual com a operadora de plano de saúde regularmente registrada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar. <u>OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE:</u> _____ _____ <u>CNPJ:</u> _____ Termos em que pede deferimento, Araraquara, ____ de _____ de _____. _____ Assinatura do requerente	