

## **AUXÍLIO SAÚDE - ORIENTAÇÕES**

**Lei 9.725/2019 (Decretos 12.178/2020 e 13.546/2024)**

O servidor que possuir vínculo com **qualquer operadora de Plano de Saúde** e tiver interesse em obter o **Auxílio Saúde**, nos Termos da Lei Municipal nº. 9.725/2019, deverá:

- preencher o FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO AUXÍLIO SAÚDE disponível no Portal do Servidor;
- anexar cópia do contrato com o plano de saúde;
- protocolar na Gerência de Administração, endereçando o mesmo à Gerência de Recursos Humanos.

Sufrerá a imediata suspensão do Auxílio Saúde o empregado público que deixar de apresentar o comprovante mensal de vínculo com a operadora.



## MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

### ANEXO I

### FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO SAÚDE

<p>A(o) titular do órgão responsável pelos recursos humanos da(o)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefeitura do Município de Araraquara</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento Autônomo de Água e Esgotos de Araraquara (DAAE)</p>	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO</b></p>
<p><b><u>DADOS DO REQUERENTE:</u></b></p> <p>Nome: _____</p> <p>Matrícula: _____ CPF: _____</p> <p>Celular: _____ e-mail: _____</p> <p>Emprego Público: _____ Referência atual: _____</p>	
<p><b>REQUEIRO</b>, 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.</p> <p><b>OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>CNPJ:</b> _____</p> <p>Termos em que pede deferimento,</p> <p>Araraquara, ____ de _____ de _____.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>Assinatura do requerente</p>	