



DECLARAÇÃO – ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS

SITUAÇÃO FUNCIONAL

EFETIVO EXERCÍCIO PROVISÓRIO SEM VÍNCULO EFETIVO REMOVIDO REQUISITADO INATIVO PENSIONISTA

NOME

Declaro, considerando o disposto no art. 11 da Resolução TSE nº 23.361/2011 (instituto da dependência), na Resolução TSE nº 23.414/2014 (Programa de Assistência à Saúde), no art. 3º, I, da Resolução TSE nº 22.071/2005 (auxílio alimentação), no art. 3º, I e II da Resolução TSE nº 23.116/2009 (assistência pré-escolar), na Instrução Normativa TSE nº 8/2011, alterada pela Instrução Normativa TSE nº 11/2012 (reembolso de vacina), e no art.4º da Instrução Normativa TSE nº 12/2022 (assistência farmacêutica):

- a) Receber as seguintes assistências semelhantes ou equivalentes em outro órgão público da Administração Pública Direta, Indireta, Federal, Estadual, Distrital ou Municipal:
- Assistência odontológica/convênios.
 - Plano de saúde/auxílio-saúde/reembolso de despesas médicas.
 - Auxílio alimentação.
 - Assistência pré-escolar.
 - Reembolso de vacinas.
 - Reembolso farmacêutico.
- b) Não receber assistências semelhantes ou equivalentes em outro órgão público da Administração Pública Direta, Indireta, Federal, Estadual, Distrital ou Municipal.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsas, ficarei sujeito(a) às penas previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro, bem como a devolução de todos os valores recebidos indevidamente, nos termos do art. 47 da Lei nº 8.112/90.

Apresentar declaração do órgão acerca do recebimento ou não dos benefícios constantes no item a.

Brasília/DF, / /

Declarante