



**GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DO PLANSÁUDE
DIRETORIA DE CADASTRO E ASSISTÊNCIA AO SEGURADO**

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro, junto ao **PLANSÁUDE – PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DO TOCANTINS**, com base no que dispõe o § 1º, inciso I, do art. 6º, da Lei nº 2.296, de 11 de março de 2010, sob pena de responsabilidade, e da prática de falsidade ideológica, que o(s) dependente(s) abaixo citado(s), ora incluído(s) por mim, não percebem remuneração ou salário em valor superior ao meu.

Declaro também que tenho ciência de que caso houver alteração salarial do(s) dependente(s), deverei imediatamente procurar o PLANSÁUDE, para regularizar a situação cadastral, sob pena de suspensão dos benefícios e restituição por uso indevido.

| Dependente | Tipo de Dependência |
|------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Por ser verdade, dato e assino a presente Declaração.

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do(a) servidor(a) titular

CPF: _____