**DECLARAÇÃO**

[Nome], [Matrícula], **DECLARO**, sob as penas da lei, que **NÃO RECEBO** vantagens de qualquer natureza decorrentes de mais de um programa de assistência à saúde de servidor custeado pelos cofres públicos, ainda que em parte, assim como **NÃO RECEBO** valores referentes a dependente que seja considerado ou computado em outro programa de assistência à saúde de igual natureza.

**DECLARO**, ainda, ciência das penas previstas no art. 299 do Código Penal, caso seja comprovada falsidade nesta Declaração.

Teresina (PI), \_\_\_ de janeiro de 2024

[Nome]

**TERMO DE RENÚNCIA**

[Nome], [Matrícula], **RENUNCIO**, o recebimento da verba de Auxílio Saúde, que **RECEBO** neste órgão por optar por recebimento mais vantajoso em outro órgão público, recebido por mim ou por um de meu(s) dependente(s) atendendo o § 2º do Art. 6 (NR) da Resolução nº 9 de 2 de março de 2017.

.

Teresina (PI), \_\_\_ de janeiro de 2024

[Nome]