



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO DISTRITO FEDERAL
SEDAS/TRE-SAÚDE

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO FUNERAL

1. Dados Funcionais do Servidor	
Nome do Servidor	Matrícula
Cargo/Função	Telefone Residencial
Lotação	Ramal
Nome do Dependente	Situação de Dependência
Banco / Agência / Conta Corrente (funcional)	C.P.F.

2. Solicitação / Declaração

CONFORME ATO NORMATIVO Nº 6, ART 3º, QUE REGULAMENTA O ART. 2º DA RESOLUÇÃO Nº 7853 DE AGOSTO DE 2020 DO PROGRAMA TRE-SAÚDE, SOLICITO O REEMBOLSO, REFERENTE AO **AUXÍLIO FUNERAL**.

DECLARO ESTAR CIENTE DAS NORMAS VIGENTES NO REGULAMENTO GERAL DO TRE-SAÚDE.

3. Observação

- 1 – Para requerer tal benefício, o dependente em questão deverá estar devidamente cadastrado no TRE-SAÚDE, na data do óbito.
- 2 – Anexar cópia da Certidão de Óbito.
- 3 – Preenchimento do pedido de exclusão com devolução das carteiras do TRE-Saúde do dependente.