



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

FORMULÁRIO PARA **ALTERAÇÃO DE VALOR** NA CONCESSÃO DO AUXÍLIO-SAÚDE

(nome completo)

Matrícula nº _____, _____, ora lotado (a)
(cargo)

(lotação)

na Comarca _____

Telefone: _____, E-mail / Mensageiro: _____,

vem respeitosamente, requerer a Vossa Senhoria alteração no valor da concessão do auxílio-saúde devido à:

- ☐ Alteração de faixa etária
☐ Inclusão de dependente
☐ Exclusão de dependente
☐ Reajuste nos valores do plano
☐ Alteração de plano de saúde

Meu plano de saúde é:

☐ FUNSEP ☐ UNIMED ☐ AMIL ☐ OUTRO: _____

Declaro que apresento o requerimento atendendo os termos do §1º do Art. 3º do Decreto Judiciário nº 129/2012.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor