



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
- ☐ Troca de plano de saúde
- ☐ Cancelamento do auxílio-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