

Departamento de Gestão de Pessoas do MP-PR

FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DO AUXÍLIO-SAÚDE

Após o preenchimento, encaminhar este formulário assinado para auxiliosaude@mppr.mp.br juntamente com a documentação necessária prevista na [Resolução 6475/2019](#).

Eu, _____, venho respeitosamente requerer a Vossa Senhoria, nos termos do §2º do Art. 9º da Resolução nº 6475/2019-PGJ:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reajuste nos valores/mudança de faixa etária | <input type="checkbox"/> Inclusão de dependente(s) |
| <input type="checkbox"/> Troca de plano de saúde | <input type="checkbox"/> Exclusão de dependente(s) |
| <input type="checkbox"/> Reativação do auxílio-saúde | <input type="checkbox"/> Cancelamento do auxílio-saúde |

Titular do benefício (próprio membro/servidor do Ministério Público)	Valor: _____	<input type="checkbox"/> Alteração
Dependente: _____	Valor: _____	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão
Dependente: _____	Valor: _____	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão
Dependente: _____	Valor: _____	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão
Dependente: _____	Valor: _____	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão
Dependente: _____	Valor: _____	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Exclusão

TERMO DE ALTERAÇÃO NO VALOR DA CONCESSÃO DO AUXÍLIO-SAÚDE

I – Declaro que li a Resolução nº 6475/2019-PGJ, regulamentação do benefício do auxílio saúde, a qual aceito sem qualquer ressalva ou restrição às condições nela estabelecidas.

II – Declaro que não estou em fruição de licença ou afastamento sem remuneração, tampouco que eu ou meus dependentes percebemos outras verbas de espécie semelhante.

III – Comprometo-me a manter as informações atualizadas sobre o grupo familiar cadastrado no benefício e me responsabilizo pela veracidade das informações prestadas neste termo.

_____, _____ de _____ de _____.

(assinatura)