



Poder Judiciário do Estado de Rondônia
Gabinete da Presidência

INSTRUÇÃO N. 079/2021-TJRO

ANEXO III

(Acrescentado pela Instrução n. 151/2024)

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DESEMBARGADOR PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE
JUSTIÇA DO ESTADO DE RONDÔNIA

Eu, _____ cadastro n. _____, venho, perante Vossa Excelência, requerer a concessão do acréscimo de 50% do valor apurado de reembolso do Auxílio Saúde, para magistrado(a) ou servidor(a) ativo e inativo, ou seu dependente, ou pensionista, que tenha doença grave relacionada no artigo 6º, inciso XIV, da Lei n.º 7.713/88, conforme a Instrução n. 079/2021-TJRO.

Informo que este requerimento é feito:

Em meu nome.

Em nome de meu dependente _____
(nome do dependente), que possui doença grave, conforme documentação anexa.

Categoria do requerente:

Magistrado(a) ativo(a)

Magistrado(a) inativo(a)

Dependente de Magistrado(a) ativo(a) ou inativo(a)

Servidor(a) ativo(a)

Servidor(a) inativo(a)

Dependente de servidor(a) ativo(a) ou inativo(a)

Pensionista

Nestes Termos,

Pede Deferimento.



Poder Judiciário do Estado de Rondônia
Gabinete da Presidência

**AVALIAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE DOENÇA GRAVE PARA FINS DE
REEMBOLSO DO AUXÍLIO SAÚDE**

Prezado(a) Magistrado(a) / Servidor(a), Pensionista,

Informamos que, para a apreciação de sua solicitação por esta Junta Médica, é necessário o preenchimento completo do requerimento de reconhecimento de doença grave (em anexo). O requerimento deve conter todas as informações pertinentes à sua patologia, incluindo as limitações, o CID, entre outras informações necessárias para subsidiar a análise.

Requerimento de Concessão de Auxílio Saúde

Venho por meio deste, requerer a concessão do auxílio saúde para incrementar em 50% o valor de reembolso.

Nome do Magistrado(a)/Servidor(a): Matrícula:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Descrição da Condição de Saúde:

Diagnóstico: [Descreva a doença ou condição de saúde em detalhe]

| |
|--|
| |
|--|



**Poder Judiciário do Estado de Rondônia
Gabinete da Presidência**

| |
|--|
| |
|--|

Documentos Anexos:

Documento: Link:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Laudo médico detalhado | |
| <input type="checkbox"/> Exames complementares (se aplicável) | |
| <input type="checkbox"/> Prescrições médicas (se aplicável) | |
| <input type="checkbox"/> Outros documentos relevantes (se aplicável) | |