



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

INSTRUÇÃO N. 151/2024

ANEXO I

(Acrescenta o Anexo II na Instrução n. 79/2021)

REQUERIMENTO AUXÍLIO SAÚDE - ACRÉSCIMO DE 50% - PcD

**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 alguma deficiência, nos termos da Lei n.º 13.146/15 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, 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 deficiência, conforme documentação anexa.

Categoria do requerente:

Magistrado(a) ativo(a)

Magistrado(a) inativo(a)

Servidor(a) ativo(a)

Servidor(a) inativo(a)

Pensionista

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

LAUDO PARA APRECIÇÃO DO NÚCLEO DE PERÍCIAS MÉDICAS (NUPEMED)

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

Informamos que, para apreciação por esta junta a respeito da solicitação ensejada, orientamos que seja devidamente preenchido, pelo seu médico assistente, o Laudo Caracterizador de Deficiência (em anexo), ao qual deverá constar todas as informações inerentes a sua patologia, constando as limitações, grau da deficiência, CID entre outras informações necessárias para subsidiar tal requerimento. Solicitamos ainda que sejam anexados exames complementares, pareceres, atestados bem como todos os documentos comprobatórios para fins de análise.

O laudo deverá ser preenchido de forma legível, com todas as informações necessárias, preferencialmente digitado.

LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

De acordo com os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei 13.146/2015, Lei 12764/12, Decreto 3.298/1999 e da Instrução Normativa SIT/MTE n.o 98 de 15/08/2012.

Nome		CPF	
-------------	--	------------	--

Faça uma descrição detalhada das alterações das funções e estruturas do corpo (física, auditiva, visual, intelectual e mental – psicossocial). Utilize folhas adicionais se necessário e adicione informações e exames complementares solicitados abaixo para cada tipo de deficiência.

Descreva as limitações no desempenho de atividades da vida diária e restrições de participação social, (informar se necessita de apoios – órteses, próteses, softwares, ajudas técnicas, cuidador etc.). Utilize folhas adicionais, se necessário.

Marque abaixo o tipo de deficiência:

DEFICIÊNCIA FÍSICA - Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de:

Paraplegia Paraparesia Amputação ou ausência de membro

Monoplegia Monoparesia Estomia

Tetraplegia Tetraparesia Membros com deformidade congênita ou adquirida

Triplegia Triparesia Paralisia cerebral

Hemiplegia Hemiparesia Nanismo (altura: _____)

Outras -
especificar _____

DEFICIÊNCIA AUDITIVA - Perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz
Obs: Anexar audiograma/Neste caso, o Laudo Caracterizador pode ser assinado pelo fonoaudiólogo.

DEFICIÊNCIA VISUAL
 Cegueira - acuidade visual $\leq 0,05$ (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 Baixa Visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60o.
Obs: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.
 Visão Monocular- conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira legal em um olho, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) (ou cegueira declarada por oftalmologista).
Obs: Anexar laudo oftalmológico

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL- Funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:

Obs: Anexar laudo do médico especialista.

Comunicação; Habilidades sociais; Saúde e segurança; Lazer;

Cuidado pessoal; Utilização de recursos da Habilidades Trabalho.

TRANSTORNO MENTAL – Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, Transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (Informar no campo descritivo se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas).
Obs: Anexar laudo do médico especialista

TRANSTORNO MENTAL - ESPECTRO AUTISTA – Lei Federal nº 12764/2012 –
Obs: Anexar laudo do médico especialista.

FIBROMIALGIA – Lei Estadual nº 5541/2023 – Obs: Anexar laudo do médico especialista

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA - Associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima).

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID
10: _____

Conclusão: A pessoa está enquadrada nas definições do artigo 2º, da Lei no 13.146/2015-Lei Brasileira de Inclusão-Estatuto da Pessoa com Deficiência; dos artigos 3º e 4º do Decreto no 3.298/1999, com as alterações do Dec. 5296/2004; do artigo 1º, §2º, da Lei no 12.764/2012, Parecer CONJUR 444/11, das recomendações da IN 98/SIT/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, promulgada pelo Decreto nº. 6.949/2009.

_____ <i>Assinatura e carimbo do profissional de saúde</i>	Data	
---	-------------	--

INSTRUÇÃO N. 151/2024

ANEXO II

(Acrescenta o Anexo III na Instrução n. 79/2021)

REQUERIMENTO AUXÍLIO SAÚDE – ACRÉSCIMO DE 50% - DOENÇA GRAVE

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.

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]

--

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)	