



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

[Publicado no DJE n. 211, de 12/11/2025, p. 6-8](#)

INSTRUÇÃO n. 173/2025-TJRO

[Altera a Instrução n. 172/2025-TJRO](#)

Altera a Instrução n. 172/2025-TJRO, que regulamenta o Programa de Assistência à Saúde Suplementar para magistrados(as) e servidores(as), ativos(as) e inativos(as), e pensionistas do Poder Judiciário do Estado de Rondônia.

O PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE RONDÔNIA, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO a Lei Federal n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista;

CONSIDERANDO a Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência;

CONSIDERANDO o Processo SEI n. 0003393-29.2025.8.22.8000,

RESOLVE:

Art. 1º Alterar a Instrução n. 172/2025-TJRO, de 02 de outubro de 2025, que regulamenta o Programa de Assistência à Saúde Suplementar para magistrados(as) e servidores(as), ativos(as) e inativos(as), e pensionistas do Poder Judiciário do Estado de Rondônia.

Art. 2º O Anexo I da Instrução n. 172/2025-TJRO, que apresenta o Requerimento Auxílio Saúde - Acréscimo de 50% - PcD, passa a vigorar conforme o Anexo Único desta Instrução.

Art. 3º Esta Instrução entra em vigor na data de publicação.

Desembargador Raduan Miguel Filho

Presidente do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia



Poder Judiciário do Estado de Rondônia
Gabinete da Presidência

ANEXO ÚNICO

REQUERIMENTO AUXÍLIO-SAÚDE - ACRÉSCIMO DE 50% - PcD

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DESEMBARGADOR(A) PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE
JUSTIÇA DO ESTADO DE RONDÔNIA

Eu, _____ cadastro n. _____,
solicito a Vossa Excelência a concessão do acréscimo de 50% do valor apurado de reembolso
do auxílio-saúde, para magistrado(a) ou servidor(a), ativo(a) e inativo(a), ou seu (sua)
dependente, ou pensionista, que tenha alguma deficiência, nos termos da Lei n. 13.146/15 -
Estatuto da Pessoa com Deficiência, conforme a Instrução n. 172/2025-TJRO.

Informo que este requerimento é feito:

☐ Em meu nome.

☐ Em nome de meu (minha) dependente _____ (nome
do(a) dependente), que possui deficiência, conforme documentação anexa.

Categoria do(a) requerente:

☐ Magistrado(a) ativo(a)

☐ Magistrado(a) inativo(a)

☐ Servidor(a) ativo(a)

☐ Servidor(a) inativo(a)

☐ Pensionista

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Data e Local

Assinatura



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

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(sua) médico(a) assistente, o Laudo Caracterizador de Deficiência (em anexo), no qual deverão constar todas as informações inerentes a sua patologia, incluindo as limitações, grau da deficiência, CID, dentre 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 n. 13.146/2015, Lei n. 12.764/12, Decreto n. 3.298/1999 e da Instrução Normativa SIT/MTE n. 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.



Poder Judiciário do Estado de Rondônia
Gabinete da Presidência

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.



Poder Judiciário do Estado de Rondônia
Gabinete da Presidência

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

☐ Triplesia ☐ Triparesia ☐ Paralisia cerebral

☐ Hemiplegia ☐ Hemiparesia ☐ Nanismo (altura: _____)

☐ Outras -
especificar _____

☐ **DEFICIÊNCIA AUDITIVA -**

- Perda auditiva unilateral total; OU
- Perda auditiva bilateral, parcial ou total, igual ou superior a 41 decibéis (dB), aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz, conforme estabelece a Lei n. 14.768/2023.

Observação: É obrigatório anexar:

- Audiograma;
- Laudo diagnóstico da patologia emitido pelo médico.
- Laudo caracterizador da deficiência, que poderá ser emitido por médico(a) ou fonoaudiólogo(a), dentro de sua área de competência.



Poder Judiciário do Estado de Rondônia
Gabinete da Presidência

☐ **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 60°.

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:

☐ Comunicação; ☐ Habilidades sociais; ☐ Saúde e segurança; ☐ Lazer;

☐ Cuidado pessoal; ☐ Utilização de recursos da comunidade; ☐ Habilidades acadêmicas;

☐ Trabalho.

Obs.: Anexar laudo do(a) médico(a) especialista.

☐ **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(a) médico(a) especialista.



Poder Judiciário do Estado de Rondônia
Gabinete da Presidência

☐ **TRANSTORNO COMPORTAMENTAL DO NEURODESENVOLVIMENTO -**

ESPECTRO AUTISTA – Lei Federal n. 12.764/2012 – Obs.: Anexar laudo do(a) médico(a) especialista.

☐ **FIBROMIALGIA** – Lei Estadual n. 5.541/2023 – Obs.: Anexar laudo do(a) médico(a) especialista.

☐ **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA** - Associação de duas ou mais deficiências (assinalar cada uma acima).

☐ **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID**
10/11: _____

Conclusão: A pessoa está enquadrada nas definições do artigo 2º, da Lei n. 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão - Estatuto da Pessoa com Deficiência; dos artigos 3º e 4º do Decreto n. 3.298/1999, com as alterações do Decreto n. 5.296/2004; do artigo 1º, § 2º, da Lei n. 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 n. 6.949/2009.

 <i>Assinatura e carimbo do(a) profissional de saúde</i>	Data	
--	-------------	--