



PODER JUDICIÁRIO  
Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

## REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO, AUXÍLIO-SAÚDE E ACRÉSCIMO AO AUXÍLIO-SAÚDE

**EXCLUSIVO PARA SERVIDORAS(ES) CEDIDAS(OS) AO PJGO**

criado em 21/5/2024 (MFM) – atualizado em 22/5/2024 (MFM)



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO  
ESTADO DE GOIÁS  
#EmConstanteEvolução

**Nome social** (caso se identifique como trans, travesti ou transexual, tendo em vista o disposto na Resolução CNJ n° 270/2018):

Registrada(o) civilmente como:

Matrícula n°:

E-mail:

Telefone(s) de contato com DDD:

### REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

[  ] Tendo em vista o disposto nos §§ 1° e 2°, do art. 1°, da Resolução TJGO n° 4/2013, incluídos pela Resolução TJGO n° 104/2019, **SOLICITO** o pagamento de auxílio-alimentação.

**Observação:** anexar **DECLARAÇÃO DO ÓRGÃO DE ORIGEM** informando que não percebe benefício idêntico ou similar.

### REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-SAÚDE

[  ] Tendo em vista o disposto nos arts. 2° e 3° da Resolução TJGO n° 125/2020, **SOLICITO** o pagamento de auxílio-saúde.

**Observação:** anexar **DECLARAÇÃO DO ÓRGÃO DE ORIGEM** informando que não percebe benefício idêntico ou similar.

### REQUERIMENTO DE ACRÉSCIMO AO AUXÍLIO-SAÚDE

[  ] Tendo em vista o disposto no art. 2°, § 1°, I, do DJ n° 2.596/2021 e suas alterações, **SOLICITO** o pagamento do acréscimo previsto no § 5°, do art. 5°, da Resolução CNJ n° 294/2019, considerando que:

[  ] sou pessoa com deficiência (PcD), na forma da lei.

[  ] sou pessoa com doença grave.

[  ] tenho dependente com deficiência (PcD), na forma da lei, ou doença

grave. Nome da(o) dependente:

Descreva, detalhadamente, a condição especial que justifica o requerimento de

acréscimo ao auxílio-saúde (deficiência ou doença grave) e apresente a documentação comprobatória:

,  de  de .

---

Assinatura da(o) requerente  
(pode ser feita eletronicamente no ambiente do PROAD, caso tenha acesso)