

Manual para Requerimento do Auxílio à Assistência à Saúde para Servidores Aposentados do Tribunal de Contas do Estado de Goiás

Este manual tem como objetivo orientar os servidores aposentados do Tribunal de Contas do Estado de Goiás (TCE-GO) sobre como solicitar o **Auxílio à Assistência à Saúde**, conforme previsto na **Lei nº 15.122/2005** e regulamentado pelas **Resoluções Administrativas nº 014/2022, nº 016/2022 e nº 05/2025**.

1. O que é o Auxílio à Assistência à Saúde?

O Auxílio à Assistência à Saúde é um benefício de caráter **indenizatório**, destinado a auxiliar no custeio de planos de saúde e odontológicos privados, de livre escolha do servidor. **O valor do auxílio não pode exceder 10% do vencimento inicial do cargo de Analista de Controle Externo, cujo o percentual será regulamentado por meio de Portaria da Presidência.**

2. Quem pode solicitar o auxílio?

Servidores aposentados do TCE-GO que possuam vínculo com planos privados de assistência médica e odontológica.

3. Requisitos para solicitar o auxílio:

- 1. Possuir um plano de saúde e/ou odontológico privado:**
 - O plano deve ser de livre escolha e responsabilidade do servidor.
 - O servidor deve comprovar o vínculo com o plano por meio de documentos como nota fiscal, recibo, boleto quitado ou declaração da operadora.
 - 2. Não receber outro auxílio de mesma natureza:**
 - O servidor não pode receber outro benefício financeiro de mesma finalidade custeado pelos cofres públicos. Ex.: **Ser dependente de cônjuge em outro órgão público, e seu cônjuge receber benefício (ressarcimento) desse órgão pelo fato de ser dependente.**
-

4. Como solicitar o auxílio?

1. **Comparecimento à Gestão de Pessoas do TCE-GO, ou através do email ggp@tce.go.gov.br:**
 - Preencher o formulário de requerimento do auxílio.
2. **Documentos necessários:**
 - **Comprovante de vínculo com o plano de saúde:** nota fiscal, recibo, cartão, boleto quitado ou declaração da operadora.
 - **Declaração de que não recebe outro auxílio de mesma natureza:** declaração do servidor de que não recebe benefício similar em outro órgão público.
3. **Envio do requerimento:**
 - Após preencher o formulário e anexar os documentos, compareça na Gestão de Pessoas ou envie o requerimento por email.

5. Quando o auxílio começa a valer?

- O auxílio terá efeitos a partir do mês em que o requerimento for feito, desde que todos os documentos estejam corretos e aprovados. **Os efeitos financeiros para servidores aposentados podem retroagir à data da publicação da Lei Estadual nº 23.237/2025 (20/01/2025), desde que o requerimento seja feito em até 60 dias após a publicação da Resolução Administrativa nº 05/2025 (21/02/2025).**

6. Manutenção do auxílio:

- **Anualmente, entre 1º de março e 30 de abril**, o servidor deve comprovar o vínculo com o plano de saúde, enviando os documentos atualizados.
 - Caso o servidor mude de plano de saúde, deve informar imediatamente a **Gerência de Gestão de Pessoas** do TCE-GO.
 - Os Servidores ativos que se aposentarem e já percebam o auxílio saúde, passarão automaticamente a receber os valores devidos aos aposentados.
-

7. Restrições ao Benefício:

- O auxílio não será concedido a servidores que já recebem benefício financeiro da mesma natureza custeado pelos cofres públicos, nem a aposentados que já recebam a vantagem como ativos em outro vínculo.

8. Cancelamento do auxílio:

O auxílio será cancelado automaticamente nas seguintes situações:

- **Falecimento** do servidor.
- **Cancelamento** do plano de saúde.
- **Descumprimento** das obrigações de comprovação anual.
- **Recebimento de outro auxílio** de mesma natureza custeado por órgãos públicos.

9. O que acontece se o auxílio for cancelado?

- Caso o auxílio seja cancelado, o servidor deverá devolver os **valores recebidos indevidamente**, que serão descontados diretamente da folha de pagamento.

10. Dúvidas e mais informações:

- Em caso de dúvidas, entre em contato com a **Gerência de Gestão de Pessoas** do TCE-GO:
 - **Telefone:** (62) 3228-2781
 - **E-mail:** ggp@tce.go.gov.br
 - **Endereço:** Av. Ubirajara Berocan Leite, nº 640, Setor Jaó, Goiânia - GO, CEP: 74.674-015.
-

Resumo dos prazos e obrigações:

Ação	Prazo
Solicitação do auxílio	A qualquer momento, após ingresso (vínculo) em cargo do TCE-GO ou aposentadoria. Os efeitos financeiros para servidores aposentados podem retroagir à data da publicação da Lei Estadual nº 23.237/2025 (20/01/2025), desde que o requerimento seja feito em até 60 dias após a publicação da Resolução Administrativa nº 05/2025 (21/02/2025).
Comprovação anual do vínculo com o plano de saúde	Anual – convocação do TCE-GO (entre 1º de março e 30 de abril)
Comunicação de mudança de plano de saúde	Imediatamente após a mudança

Este manual foi elaborado com base na **Lei nº 15.122/2005** e nas **Resoluções Administrativas nº 014/2022, nº 016/2022 e nº 05/2025** do Tribunal de Contas do Estado de Goiás. Para mais detalhes, consulte os documentos oficiais ou entre em contato com a Gerência de Gestão de Pessoas.

Esse benefício visa ampliar o acesso ao programa de saúde para servidores aposentados, reconhecendo a importância de valorizar a história institucional.

Gerência de Gestão de Pessoas TCE-GO

Tribunal de Contas do Estado de Goiás

GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO–PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE– SERVIDOR APOSENTADO

DADOS PESSOAIS

Nome completo:

Matrícula:

Requeiro o recebimento do auxílio do Programa de Assistência à Saúde, instituído por meio da Resolução Administrativa nº 05/2025, **encaminhando em anexo a documentação comprobatória do meu vínculo com o plano ou seguro de assistência médica, hospitalar e odontológica**, conforme abaixo:

DADOS DO PLANO DE SAÚDE / ODONTOLÓGICO

Nome da operadora do Plano / Assistência ou Seguro:

Data de Adesão:

Descrição da comprovação de vínculo:

Declaração da operadora, da administradora ou da Pessoa Jurídica contratante do plano de saúde para fins de declaração do imposto de renda perante a Receita Federal do Brasil.

Nota fiscal

Recibo

Boleto quitado

Outros

Em caso de **dependência em plano de saúde custeado** diretamente ou por meio de ressarcimento, integral ou parcial, **com recursos públicos**: **SOMENTE PARA QUEM É DEPENDENTE e O TITULAR RECEBE AUXÍLIO**

Declaro ser titular de outro plano de saúde com cobertura diversa do que sou dependente; ou

Declaro que a dependência não é requisito e não enseja majoração dos valores percebidos pelo titular do plano

Declaro que eu e meus dependentes não percebemos auxílio financeiro de mesma natureza e finalidade no âmbito do Poder Público.

Termo de Responsabilidade

Estou ciente do conteúdo da Resolução Administrativa nº 05/2025, e de que a inveracidade das informações prestadas para percepção do auxílio constitui falta grave, passível de punição na forma da lei, inclusive a suspensão do auxílio.

Declaro, por fim, que me responsabilizo por informar imediatamente à Gerência de Gestão de Pessoas, qualquer alteração nos termos preenchidos acima, **especialmente o cancelamento do Plano de Saúde Contratado**.

Data: ___/___/___.

Assinatura do Requerente: _____

Concedo o auxílio instituído pela Resolução Administrativa nº 05/2025.

Goiânia _____, de _____ de 20____

Secretário Administrativo