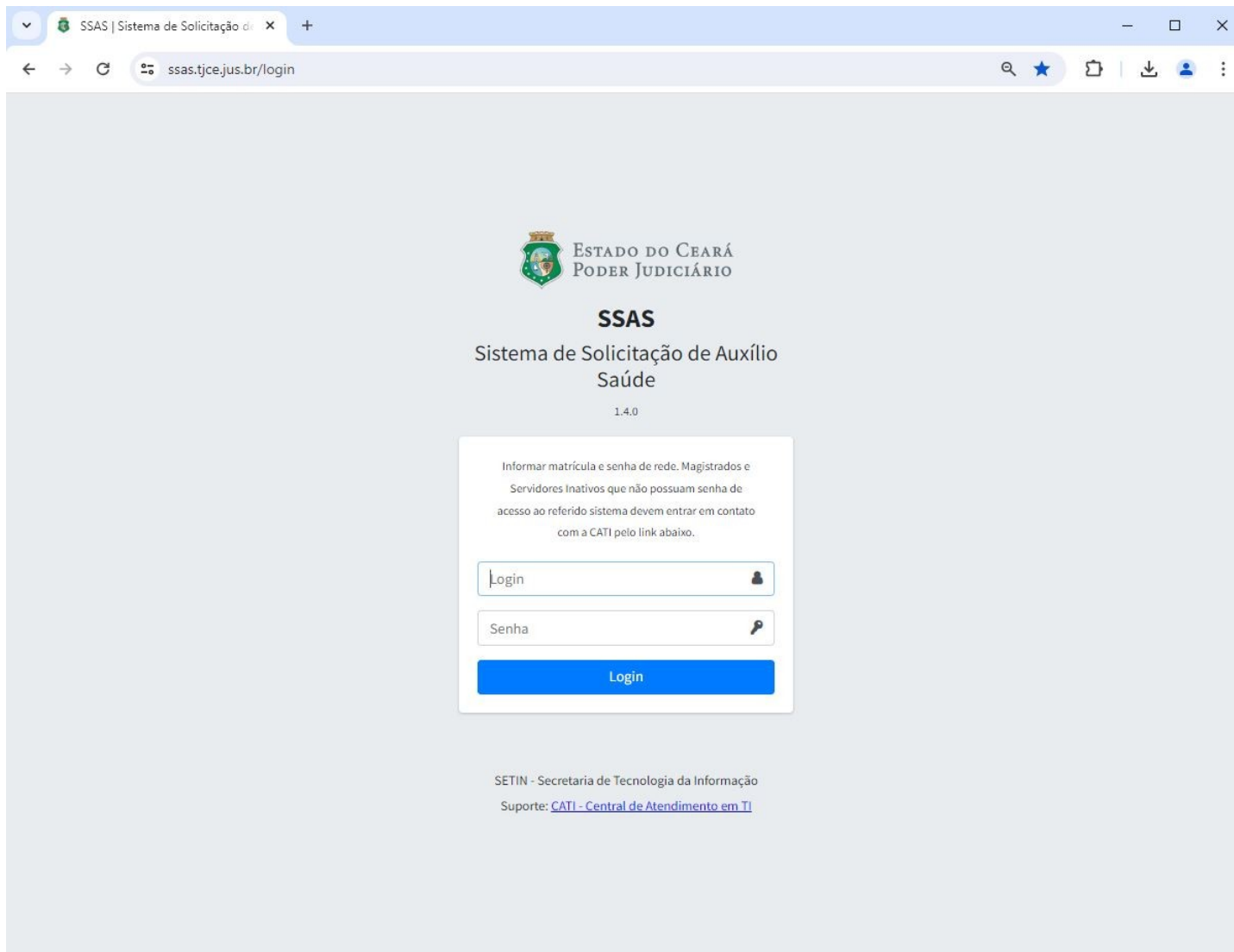


MANUAL CONTENDO ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO
SISTEMA DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO SAÚDE (SSAS), NO
TOCANTE À COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS EFETUADAS COM
SAÚDE NOS EXERCÍCIOS DE 2022 E 2023

Acesse o **SSAS**
utilizando matrícula e
senha de rede (ATIVOS).

Servidores e
Magistrados inativos,
caso não possuam
acesso, entrem em
contato com a CATI via
link da tela inicial do
sistema.



The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying "ssas.tje.jus.br/login". The page features the logo of the "ESTADO DO CEARÁ PODER JUDICIÁRIO" and the title "SSAS Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde" with version "1.4.0". A central white box contains a login form with fields for "Login" and "Senha", and a blue "Login" button. Below the form, there is a note: "Informar matrícula e senha de rede. Magistrados e Servidores Inativos que não possuam senha de acesso ao referido sistema devem entrar em contato com a CATI pelo link abaixo." At the bottom, it lists "SETIN - Secretaria de Tecnologia da Informação" and "Suporte: [CATI - Central de Atendimento em TI](#)".

SSAS | Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO

SSAS
Sistema de Solicitação de Auxílio
Saúde
1.4.0

Informar matrícula e senha de rede. Magistrados e
Servidores Inativos que não possuam senha de
acesso ao referido sistema devem entrar em contato
com a CATI pelo link abaixo.

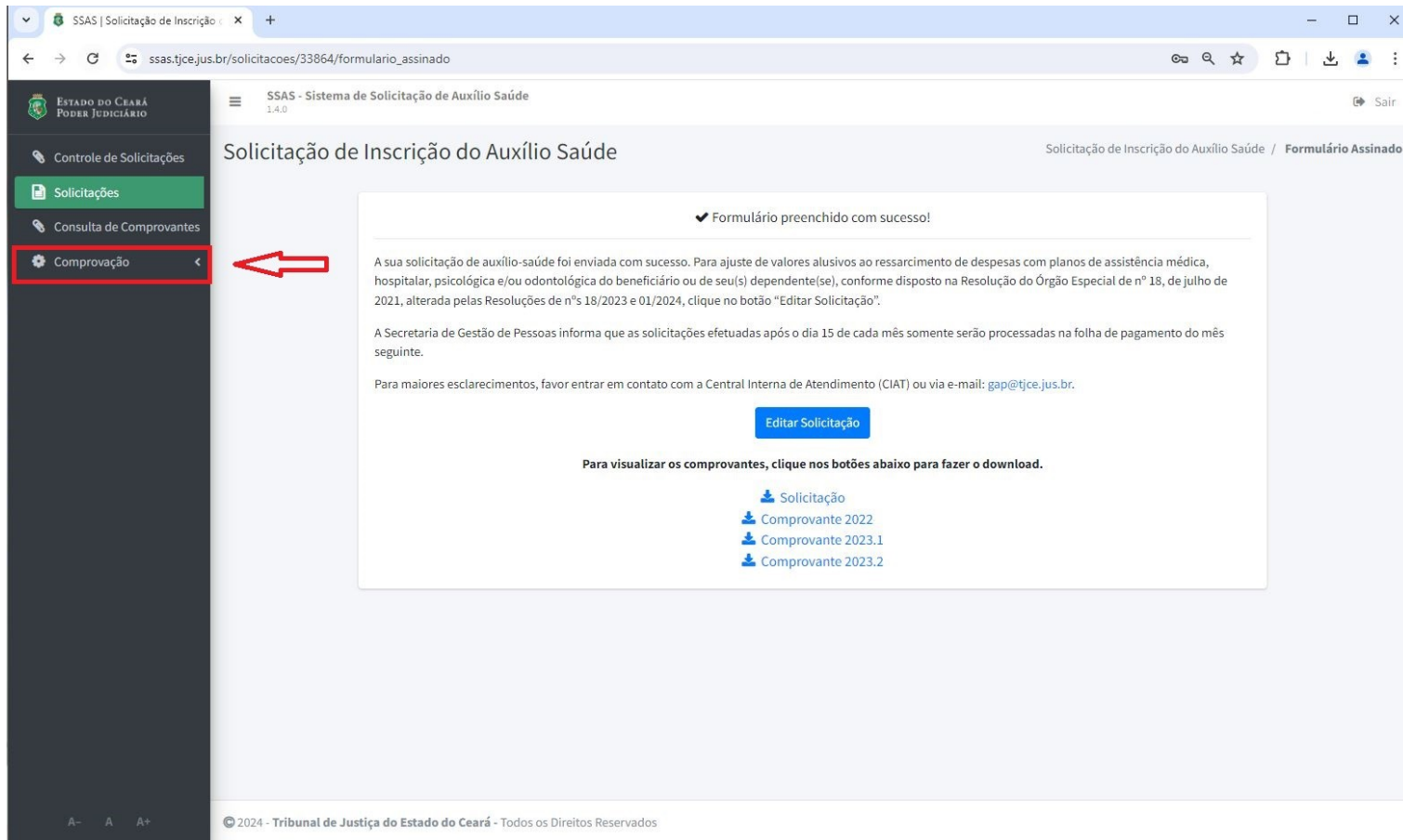
Login

Senha

Login

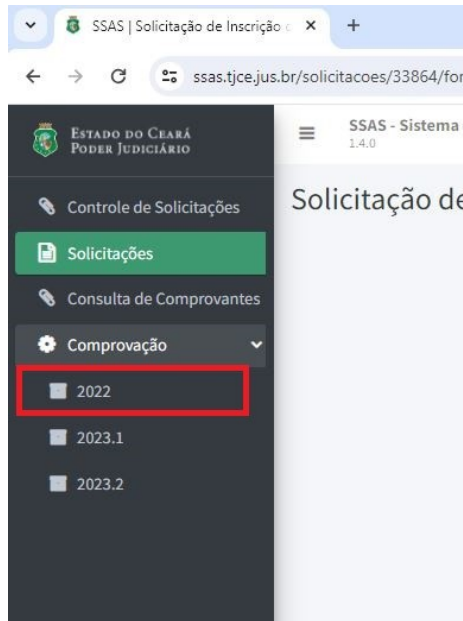
SETIN - Secretaria de Tecnologia da Informação
Suporte: [CATI - Central de Atendimento em TI](#)

Após acessar o
SSAS, clique na
opção Comprovação



The screenshot displays the SSAS (Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde) web application. The browser address bar shows the URL: ssas.tjce.jus.br/solicitacoes/33864/formulario_assinado. The page title is "SSAS - Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde 1.4.0". The main heading is "Solicitação de Inscrição do Auxílio Saúde". A success message states: "✔ Formulário preenchido com sucesso!". Below this, a paragraph explains that the application was sent successfully and provides instructions for adjusting values related to medical assistance plans. A button labeled "Editar Solicitação" is visible. At the bottom of the success message, it says: "Para visualizar os comprovantes, clique nos botões abaixo para fazer o download." followed by three download links: "Solicitação", "Comprovante 2022", "Comprovante 2023.1", and "Comprovante 2023.2". On the left, a dark sidebar menu contains the following items: "Controle de Solicitações", "Solicitações" (highlighted in green), "Consulta de Comprovantes", and "Comprovação" (highlighted with a red box and a red arrow pointing to it). The footer of the page reads: "© 2024 - Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - Todos os Direitos Reservados".

Selecione o período
que deseja
comprovar.



ATENÇÃO

Para exercício de **2022** e **1º semestre de 2023** (2023.1) a comprovação refere-se a despesas efetuadas com PLANO DE SAÚDE e/ou ODONTOLÓGICO, incluindo valores de co-participação, conforme previsto na Resolução nº 18/2021, DJe de 23/07/2021.

Para **2º semestre de 2023** (2023.2) o beneficiário deve comprovar as despesas efetuadas com PLANO DE SAÚDE e/ou ODONTOLÓGICO (incluindo valores de co-participação), podendo ainda requerer o reembolso de valores gastos com EXAMES LABORATORIAIS ou serviços HOSPITALARES não custeados pelo plano de saúde, bem como gastos com MEDICAMENTOS, conforme previsto na Resolução nº 18/2023, DJe de 27/07/2023.

Comprovação 2022 e 2023.1

O sistema apresentará na tela os dados alusivos a Identificação Pessoal; Valor do Teto do Benefício, conforme norma aplicável à época; Valor Total de Auxílio-saúde recebido durante o período respectivo; e Valores Descontados em folha de pagamento referentes às despesas com saúde.

Ressalte-se que os valores descontados em folha serão apresentados no SSAs apenas para fins **INFORMATIVOS**, não sendo considerados comprovados.

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO

SSAS - Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde
ssas_12_boloid_1

Solicitações

Comprovação

2022

2023.1

2023.2

Comprovação

Comprovação / Novo

Formulário de Comprovação 2022

Preencha os dados abaixo e clique no botão 'Assinar Formulário'. Os campos marcados com * são obrigatórios.

* Matrícula	* Nome	* CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Lotação	* Cargo	* Vínculo
SECRETARIA DE GESTAO DE PESSOAS	<input type="text"/>	Servidor Efetivo

Valores Acumulados do Período

Valor Total do Teto para o Auxílio-Saúde	Valor Total Recebido	Valor Total do Desconto em Folha	Valor Pendente de Comprovação
R\$ 6.397,00	R\$ 4.200,00	R\$ 0,00	R\$ 4.200,00

Valor comprovado inferior ao valor concedido de auxílio saúde.

Titular

Valor Total de Despesas do Titular (R\$)	Nome da empresa do plano de assistência médica ou odontológica	Valor total de Despesas Declaradas
<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="Plano de Saúde"/>	<input type="text" value="R\$ 0,00"/>

* Comprovantes do Titular

+

O campo Valor Pendente de Comprovação, ao lado direito da tela, bem como a mensagem de alerta demonstrada logo abaixo do referido campo, serão atualizados de forma automática a partir da inserção dos dados pelo beneficiário.

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO

Solicitações

Comprovação

2022

2023.1

2023.2

SSAS - Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde

3333_12_b0101_1

Sair

Comprovação

Comprovação / Novo

Formulário de Comprovação 2022

Preencha os dados abaixo e clique no botão 'Assinar Formulário'. Os campos marcados com * são obrigatórios.

* Matrícula	* Nome	* CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Lotação	* Cargo	* Vínculo
SECRETARIA DE GESTAO DE PESSOAS	<input type="text"/>	Servidor Efetivo

Valores Acumulados do Período

Valor Total do Teto para o Auxílio-Saúde	Valor Total Recebido	Valor Total do Desconto em Folha	Valor Pendente de Comprovação
R\$ 6.397,00	R\$ 4.200,00	R\$ 0,00	R\$ 4.200,00

Valor comprovado inferior ao valor concedido de auxílio saúde.

Titular

Valor Total de Despesas do Titular (R\$)	Nome da empresa do plano de assistência médica ou odontológica	Valor total de Despesas Declaradas
<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="Plano de Saúde"/>	<input type="text" value="R\$ 0,00"/>

* Comproventes do Titular

Beneficiário(a), informe o Valor Total das Despesas alusivas ao plano de saúde e/ou odontológico do Titular e o nome da empresa prestadora de serviço.

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO

Solicitações

Comprovação

2022

2023.1

2023.2

SSAS - Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde

SSAS 1.2 build 1

Sair

Comprovação

Comprovação / Novo

Formulário de Comprovação 2022

Preencha os dados abaixo e clique no botão 'Assinar Formulário'. Os campos marcados com * são obrigatórios.

* Matrícula	* Nome	* CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Lotação	* Cargo	* Vínculo
SECRETARIA DE GESTAO DE PESSOAS	<input type="text"/>	Servidor Efetivo

Valores Acumulados do Período

Valor Total do Teto para o Auxílio-Saúde	Valor Total Recebido	Valor Total do Desconto em Folha	Valor Pendente de Comprovação
R\$ 6.397,00	R\$ 4.200,00	R\$ 0,00	R\$ 4.200,00

Valor comprovado inferior ao valor concedido de auxílio saúde.

Titular

Valor Total de Despesas do Titular (R\$)	Nome da empresa do plano de assistência médica ou odontológica	Valor total de Despesas Declaradas
<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="Plano de Saúde"/>	<input type="text" value="R\$ 0,00"/>


* Comprovantes do Titular


+


Insira um comprovante para
cada despesa declarada.


Serão aceitos somente
arquivos em PDF ou JPEG,
com até 15mb.


U.U. Plano de Saúde


* Comprovantes do Titular 

Nenhum arquivo escolhido 

Dependentes 

* Nome do Dependente	* CPF do Dependente	* Valor Total no Período
<input type="text" value="Nome do Dependente"/>	<input type="text" value="CPF do Dependente"/>	<input type="text" value="0,0"/>
* Tipo de Dependente	* Plano de Saúde	
<input type="text" value="Selecionar Tipo de Dependente"/>	<input type="text" value="Plano de Saúde"/>	

Comprovantes do(s) Dependente(s) 

Nenhum arquivo escolhido 

* Declaro estar ciente que a inveracidade das informações prestadas constitui prática de infração disciplinar, passível de punição na forma da lei, e que caso os documentos apresentados não comprovem ser devido o pagamento inicial do benefício, poderá ocorrer o desconto em folha, após a devida notificação.

Os documentos comprobatórios anexados serão devidamente analisados, conforme dispõe o art. 5.º da Resolução n.º 18/2021 do Órgão Especial do TJCE.

Em caso de envio de documentação inválida ou comprovação em valor inferior ao total recebido de auxílio-saúde no período, a Secretaria de Gestão de Pessoas notificará o(a) beneficiário(a), via e-mail, concedendo prazo para manifestação.

Caso comprovadas despesas com plano de saúde e/ou odontológico em valor superior ao total do benefício concedido, após análise da documentação, será providenciado o lançamento em folha das diferenças devidas.

A- A A+

© 2024 - Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - Todos os Direitos Reservados

No caso de **Dependentes**, insira os dados alusivos às despesas efetuadas com dependentes, de forma individualizada.

Informe o nome, CPF e qual o tipo de dependente.

Consideram-se dependentes aqueles previstos na Resolução do Órgão Especial de nº 19/2023: *Cônjuge, companheiro(a), filho(a), enteado(a), pai, mãe, avô(ó), bisavô(ó), neto(a), bisneto(a), menor (guarda judicial), menor incapaz sob tutela.*

Existindo mais de um Dependente, clique no botão +

Deverão ser anexados comprovantes para cada despesa com dependente.

UJU Plano de Saúde

* Comprovantes do Titular

Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

Dependentes

* Nome do Dependente * CPF do Dependente * Valor Total no Período

Nome do Dependente CPF do Dependente 0,0

* Tipo de Dependente * Plano de Saúde

Selecionar Tipo de Dependente Plano de Saúde

Selecionar Tipo de Dependente

- Cônjuge
- Companheiro(a)
- Filho(a)
- Enteado(a)
- Pai
- Mãe
- Avô(ó)
- Bisavô(ó)
- Neto(a)
- Bisneto(a)
- Menor (Guarda Judicial)
- Menor Incapaz sob tutela

stitui prática de infração disciplinar, passível de punição na forma da lei, e que caso os documentos apresentados não comprovem ser devido o devida notificação.

Os documentos comprobatórios anexados serão devidamente analisados, conforme dispõe o art. 5º da Resolução n.º 18/2021 do Órgão Especial do TJCE.

Em caso de envio de documentação inválida ou comprovação em valor inferior ao total recebido de auxílio-saúde no período, a Secretaria de Gestão de Pessoas notificará o(a) beneficiário(a), via e-mail, concedendo prazo para manifestação.

Caso comprovadas despesas com plano de saúde e/ou odontológico em valor superior ao total do benefício concedido, após análise da documentação, será providenciado o lançamento em folha das diferenças devidas.

Assinar Formulário

© 2024 - Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - Todos os Direitos Reservados

O campo Valor Total de Despesas Declaradas será atualizado automaticamente a partir da inserção dos dados de despesas com o titular e seus dependentes.

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO

Solicitações

Comprovação

2022

2023.1

2023.2

SSAS - Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde

SSAS 1.2 build 1

Sair

Comprovação

Comprovação / Novo

Formulário de Comprovação 2022

Preencha os dados abaixo e clique no botão 'Assinar Formulário'. Os campos marcados com * são obrigatórios.

* Matrícula	* Nome	* CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Lotação	* Cargo	* Vínculo
SECRETARIA DE GESTAO DE PESSOAS	<input type="text"/>	Servidor Efetivo

Valores Acumulados do Período

Valor Total do Teto para o Auxílio-Saúde	Valor Total Recebido	Valor Total do Desconto em Folha	Valor Pendente de Comprovação
R\$ 6.397,00	R\$ 4.200,00	R\$ 0,00	R\$ 4.200,00

Valor comprovado inferior ao valor concedido de auxílio saúde.

Titular


Valor Total de Despesas do Titular (R\$)	Nome da empresa do plano de assistência médica ou odontológica	Valor total de Despesas Declaradas
<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="Plano de Saúde"/>	<input type="text" value="R\$ 0,00"/>


* Comprovantes do Titular


+


Após concluir o preenchimento das informações alusivas ao Titular e ao(s) Dependente(s), SELECIONE a Declaração de ciência disponível no sistema, OBSERVE as orientações destacadas e ASSINE o respectivo Formulário.


UJU Plano de Saúde


* Comprovantes do Titular 

Nenhum arquivo escolhido 

Dependentes 

* Nome do Dependente	* CPF do Dependente	* Valor Total no Período
<input type="text" value="Nome do Dependente"/>	<input type="text" value="CPF do Dependente"/>	<input type="text" value="0,0"/>
* Tipo de Dependente	* Plano de Saúde	
<input type="text" value="Selecionar Tipo de Dependente"/>	<input type="text" value="Plano de Saúde"/>	

Comprovantes do(s) Dependente(s) 


Nenhum arquivo escolhido 

* Declaro estar ciente que a inveracidade das informações prestadas constitui prática de infração disciplinar, passível de punição na forma da lei, e que caso os documentos apresentados não comprovem ser devido o pagamento inicial do benefício, poderá ocorrer o desconto em folha, após a devida notificação.

Os documentos comprobatórios anexados serão devidamente analisados, conforme dispõe o art. 5º da Resolução n.º 18/2021 do Órgão Especial do TJCE.

Em caso de envio de documentação inválida ou comprovação em valor inferior ao total recebido de auxílio-saúde no período, a Secretaria de Gestão de Pessoas notificará o(a) beneficiário(a), via e-mail, concedendo prazo para manifestação.

Caso comprovadas despesas com plano de saúde e/ou odontológico em valor superior ao total do benefício concedido, após análise da documentação, será providenciado o lançamento em folha das diferenças devidas.



A- A A+

© 2024 - Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - Todos os Direitos Reservados

Somente após a assinatura e o envio do formulário, os dados serão devidamente transmitidos à Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP) para análise e providências.
(figura 1)

A SGP sugere a(o) beneficiário(a) a emissão do **Comprovante** de preenchimento e envio das informações, disponível na tela inicial do SSAS.

Clique no comprovante do período desejado, conforme tela em anexo (figura 2) e salve ou imprima o documento.



Para assinar o formulário eletronicamente, digite sua senha de autenticação no sistema. Em seguida, selecione o botão 'Assinar Formulário e Enviar'.

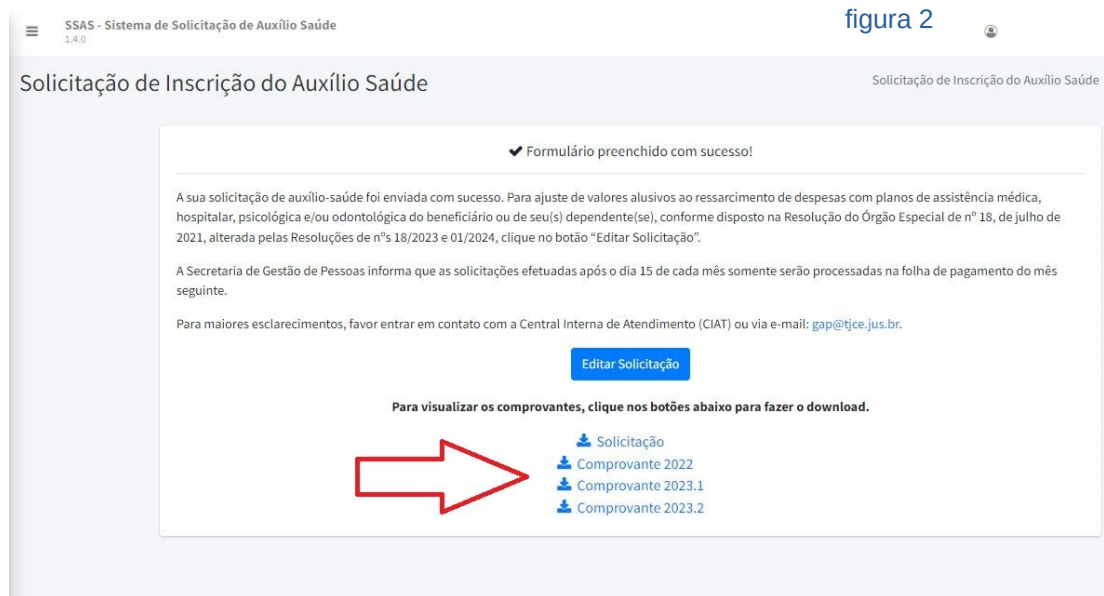
Antes de realizar a assinatura, favor revisar os dados informados no preenchimento do formulário. Caso a assinatura seja realizada, só será possível ajustar os dados junto à SGP.

Login

Senha

Cancelar Assinar Formulário e Enviar

figura 1



SSAS - Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde
1.4.0

Solicitação de Inscrição do Auxílio Saúde

Solicitação de Inscrição do Auxílio Saúde /

✔ Formulário preenchido com sucesso!

A sua solicitação de auxílio-saúde foi enviada com sucesso. Para ajuste de valores alusivos ao ressarcimento de despesas com planos de assistência médica, hospitalar, psicológica e/ou odontológica do beneficiário ou de seu(s) dependente(se), conforme disposto na Resolução do Órgão Especial de nº 18, de julho de 2021, alterada pelas Resoluções de nºs 18/2023 e 01/2024, clique no botão "Editar Solicitação".

A Secretaria de Gestão de Pessoas informa que as solicitações efetuadas após o dia 15 de cada mês somente serão processadas na folha de pagamento do mês seguinte.

Para maiores esclarecimentos, favor entrar em contato com a Central Interna de Atendimento (CIAT) ou via e-mail: gap@tjce.jus.br.

Editar Solicitação

Para visualizar os comprovantes, clique nos botões abaixo para fazer o download.

- Solicitação
- Comprovante 2022
- Comprovante 2023.1
- Comprovante 2023.2

figura 2

Comprovação 2023.2

O sistema apresentará na tela os dados alusivos a Identificação Pessoal; Valor do Teto do Benefício (valores constantes da Resolução nº 18/2023); Valor Total de Auxílio-saúde recebido durante o período respectivo; e os Valores Descontados em folha de pagamento referentes às despesas com saúde.

Ressalte-se que os valores descontados em folha serão apresentados no SSAS apenas para fins **INFORMATIVOS**, não sendo considerados comprovados.

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO

Solicitações

Comprovação

2022

2023.1

2023.2

SSAS - Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde
ssas_12_build_1

Sair

Comprovação

Comprovação / Novo

Formulário de Comprovação 2023.2

Preencha os dados abaixo e clique no botão 'Assinar Formulário'. Os campos marcados com * são obrigatórios.

* Matrícula

* Nome

* CPF

* Lotação

* Cargo

* Vínculo

Valores Acumulados do Período			
Valor Total do Teto para o Auxílio-Saúde	Valor Total Recebido	Valor Total do Desconto em Folha	Valor Pendente de Comprovação
R\$ 11.137,85	R\$ 10.740,00	R\$ 0,00	R\$ 10.740,00

Valor comprovado inferior ao valor concedido de auxílio saúde.

Titular

+ Valor total de Despesas Declaradas

Valor da Despesa do Titular (R\$)

Nome da empresa prestadora de serviço

Valor da Despesa do Titular (R\$)

Nome da empresa prestadora de serviço

Valor da Despesa do Titular (R\$)

Nome da empresa prestadora de serviço

Nesta 1ª FASE de comprovação de 2023.2, os(as) beneficiários(as) deverão inserir informações alusivas a despesas com PLANO DE SAÚDE/ODONTOLÓGICO, EXAMES LABORATORIAIS e SERVIÇOS HOSPITALARES não custeados pelo Plano de Saúde.

Para cada despesa, informe o valor e o nome da empresa prestadora do serviço.

A solicitação de reembolso com MEDICAMENTOS será realizada posteriormente (2ª FASE).

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO

Solicitações

Comprovação

2022

2023.1

2023.2

SSAS - Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde
3385.12 build: 1

Sair

Comprovação

Comprovação / Novo

Formulário de Comprovação 2023.2

Preencha os dados abaixo e clique no botão 'Assinar Formulário'. Os campos marcados com * são obrigatórios.

* Matrícula	* Nome	* CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Lotação	* Cargo	* Vínculo
SECRETARIA DE GESTAO DE PESSOAS	<input type="text"/>	Servidor Efetivo

Valores Acumulados do Período			
Valor Total do Teto para o Auxílio-Saúde	Valor Total Recebido	Valor Total do Desconto em Folha	Valor Pendente de Comprovação
R\$ 11.137,85	R\$ 10.740,00	R\$ 0,00	R\$ 10.740,00

Valor comprovado inferior ao valor concedido de auxílio saúde.

Titular

Valor da Despesa do Titular (R\$)	Nome da empresa prestadora de serviço	
<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="Plano de Saúde"/>	<input type="button" value="✖"/>
Valor da Despesa do Titular (R\$)	Nome da empresa prestadora de serviço	
<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="Plano de Saúde"/>	<input type="button" value="✖"/>
Valor da Despesa do Titular (R\$)	Nome da empresa prestadora de serviço	
<input type="text" value="0,0"/>	<input type="text" value="Plano de Saúde"/>	<input type="button" value="✖"/>

+ Valor total de Despesas Declaradas

INSIRA um comprovante para cada despesa declarada do Titular.

Serão aceitos somente arquivos em PDF ou JPEG, com até 15mb.

No caso de **DEPENDENTES**, insira os dados alusivos às despesas efetuadas com dependentes, de forma individualizada.

Informe o nome, CPF e qual o tipo de dependente, conforme dispõe a Resolução nº 19/2023.

Existindo mais de um Dependente, clique no botão +

Deverão ser anexados comprovantes para cada despesa com dependente em separado.

Valor da Despesa do Titular (R\$)

0,0

Nome da empresa prestadora de serviço

Plano de Saúde

* Comprovantes do Titular

Escolher arquivo

Nenhum arquivo escolhido

Escolher arquivo

Nenhum arquivo escolhido

Escolher arquivo

Nenhum arquivo escolhido

Dependentes

* Nome do Dependente

Nome do Dependente

* CPF do Dependente

CPF do Dependente

* Valor Total no Período

0,0

* Tipo de Dependente

Selecionar Tipo de Dependente

* Plano de Saúde

Plano de Saúde

Comprovantes do(s) Dependente(s)

Escolher arquivo

Nenhum arquivo escolhido

A SGP destaca que na **2ª FASE** de comprovação será disponibilizado para os(as) beneficiários(as) que receberam auxílio saúde em **VALOR INFERIOR AO TETO** do benefício, a lista de medicamentos adquiridos nas farmácias, drogarias e afins do estado do Ceará, em seu CPF, para fins de seleção dos itens a serem considerados para reembolso de despesas.

Dessa forma, o(a) beneficiário(a) deve solicitar, no SSAS, o **REEMBOLSO** de despesas com **MEDICAMENTOS** e **AUTORIZAR** o acesso aos dados disponíveis na base da SEFAZ/CE, ou, caso necessário, **INFORMAR** o interesse em apresentar Notas Fiscais emitidas fora do Estado do Ceará

Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

Dependentes +

* Nome do Dependente	* CPF do Dependente	* Valor Total no Período
<input type="text" value="Nome do Dependente"/>	<input type="text" value="CPF do Dependente"/>	<input type="text" value="0,0"/>
* Tipo de Dependente	* Plano de Saúde	
<input type="text" value="Selecionar Tipo de Dependente"/>	<input type="text" value="Plano de Saúde"/>	

Comprovantares do(s) Dependente(s) +

Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

* Declaro estar ciente que a inveracidade das informações prestadas constitui prática de infração disciplinar, passível de punição na forma da lei, e que caso os documentos apresentados não comprovem ser devido o pagamento inicial do benefício, poderá ocorrer o desconto em folha, após a devida notificação.

Os documentos comprobatórios anexados serão devidamente analisados, conforme dispõe o art. 5º da Resolução n.º 18/2021 do Órgão Especial do TJCE

Deseja solicitar reembolso de despesas efetuadas com **MEDICAMENTOS**.

Sim
 Não

Acesso a Dados

Autorizo o acesso aos dados disponíveis na base de dados da SEFAZ/CE, alusivos às despesas efetuadas em farmácias e drogarias em meu CPF.

Em momento oportuno, disponibilizarei notas fiscais emitidas em meu CPF, alusivas a medicamentos adquiridos FORA DO ESTADO DO CEARÁ.

[Assinar Formulário](#)

A- A A+

© 2024 - Tribunal de Justiça do Estado do Ceará - Todos os Direitos Reservados

Após envio dos dados, ASSINAR O FORMULÁRIO, utilizando matrícula e senha de rede.

Somente após a assinatura e o envio do formulário, os dados serão devidamente transmitidos à Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP) para análise e providências.
(figura 1)

A SGP sugere a(o) beneficiário(a) a emissão do **Comprovante** de preenchimento e envio das informações, disponível na tela inicial do SSAS.

Clique no comprovante do período desejado, conforme tela em anexo (figura 2), salve ou imprima o documento.

Para assinar o formulário eletronicamente, digite sua senha de autenticação no sistema. Em seguida, selecione o botão 'Assinar Formulário e Enviar'.

Antes de realizar a assinatura, favor revisar os dados informados no preenchimento do formulário. Caso a assinatura seja realizada, só será possível ajustar os dados junto à SGP.

Login

Senha

Cancelar Assinar Formulário e Enviar

figura 1

SSAS - Sistema de Solicitação de Auxílio Saúde
1.4.0

Solicitação de Inscrição do Auxílio Saúde

Solicitação de Inscrição do Auxílio Saúde /

✔ Formulário preenchido com sucesso!

A sua solicitação de auxílio-saúde foi enviada com sucesso. Para ajuste de valores alusivos ao ressarcimento de despesas com planos de assistência médica, hospitalar, psicológica e/ou odontológica do beneficiário ou de seu(s) dependente(se), conforme disposto na Resolução do Órgão Especial de nº 18, de julho de 2021, alterada pelas Resoluções de nºs 18/2023 e 01/2024, clique no botão "Editar Solicitação".

A Secretaria de Gestão de Pessoas informa que as solicitações efetuadas após o dia 15 de cada mês somente serão processadas na folha de pagamento do mês seguinte.

Para maiores esclarecimentos, favor entrar em contato com a Central Interna de Atendimento (CIAT) ou via e-mail: gap@tjce.jus.br.

Editar Solicitação

Para visualizar os comprovantes, clique nos botões abaixo para fazer o download.

- Solicitação
- Comprovante 2022
- Comprovante 2023.1
- Comprovante 2023.2

figura 2

A SGP informa que, após análise dos documentos comprobatórios apresentados:

1. Caso o valor comprovado seja inferior ao recebido pelo(a) beneficiário(a) a título de auxílio saúde, o(a) servidor(a) / magistrado(a) será notificado(a) para apresentar justificativas, no prazo de 05 dias, a fim de evitar o **DESCONTO** em folha do valor recebido indevidamente;

2. Caso o valor comprovado seja superior ao recebido de auxílio saúde e inferior ao teto estabelecido pela norma de regência, após a conclusão do procedimento de validação pela Secretaria de Gestão de Pessoas, implantará em folha de pagamento do(a) beneficiário(a) o **SALDO** devido, seguindo cronograma a ser divulgado em ato da Presidência.

Persistindo dúvidas no tocante ao preenchimento dos dados alusivos à comprovação de despesas com saúde, o(a) servidor(a) ou magistrado(a) deve entrar em contato com a **CENTRAL INTERNA DE ATENDIMENTO** deste Poder Judiciário.

Diretoria de Registros Funcionais e Pagamentos
Secretaria de Gestão de Pessoas
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará