

Texto compilado a partir da redação dada pela [IN DG n. 96/2023](#), pela [IN DG n. 99/2023](#), pela [IN DG n. 108/2024](#) e pela [IN DG n. 112/2025](#).

## **INSTRUÇÃO NORMATIVA DIRETORIA-GERAL Nº 78, DE 12 DE JULHO DE 2021**

Regulamenta a assistência à saúde no Conselho Nacional de Justiça.

**O DIRETOR-GERAL DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA**, com base no art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e no uso da atribuição que lhe confere a alínea “b” do inciso XI do art. 3º da Portaria-CNJ nº 112, de 4 de junho de 2010, e na Portaria-DG nº 361, de 15 de outubro de 2015 e considerando o disposto na Resolução CNJ 294, de 19 de dezembro de 2019,

### **RESOLVE:**

#### **CAPÍTULO I**

##### **DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º No âmbito do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, a assistência à saúde, doravante auxílio-saúde, será prestada na forma de auxílio, de caráter indenizatório, mediante ressarcimento parcial de despesas com planos privados de assistência à saúde médica e/ou odontológica, de livre escolha e responsabilidade do beneficiário, na forma estabelecida nesta Instrução Normativa.

Parágrafo único. O ressarcimento parcial de que trata esta Instrução Normativa fica condicionado à disponibilidade orçamentária do CNJ.

Art. 2º Para fins desta Instrução Normativa, considera-se:

I – beneficiário titular: conselheiro, juiz auxiliar, servidor efetivo ativo ou inativo, servidor ocupante exclusivamente de cargo em comissão, requisitado, cedido ou pensionista estatutário;

II – beneficiário dependente: os dependentes devidamente cadastrados nos assentos funcionais dos beneficiários titulares, na forma estabelecida no ato normativo específico.

III – membro de entidade familiar: cônjuge, companheiro(a), todos os ascendentes e descendentes do declarante, os dependentes devidamente cadastrados nos assentamentos funcionais, bem como as demais pessoas físicas consideradas seus dependentes perante a legislação tributária;

IV – plano privado de assistência à saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, que visa a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

V – operadora de plano de assistência à saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso IV deste artigo.

VI - Os planos privados de assistência à saúde classificam-se em: [\(incluído pela IN DG n. 96, de 17.5.2023\)](#)

a – individual ou familiar; [\(incluído pela IN DG n. 96, de 17.5.2023\)](#)

b – coletivo empresarial; ou [\(incluído pela IN DG n. 96, de 17.5.2023\)](#)

c – coletivo por adesão. [\(incluído pela IN DG n. 96, de 17.5.2023\)](#)

Art. 3º São considerados beneficiários do auxílio-saúde:

I – titulares:

a) os conselheiros;

b) os juízes auxiliares;

c) os servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes exclusivamente de cargo em comissão, os requisitados e os cedidos;

d) os pensionistas estatutários.

II – os dependentes devidamente cadastrados nos assentos funcionais dos beneficiários titulares, na forma estabelecida no ato normativo específico.

§ 1º Poderão ser cadastrados para percepção do auxílio-saúde os dependentes relacionados no inciso II deste artigo, ainda que os titulares não sejam beneficiários da assistência à saúde.

§ 2º O servidor que acumula cargos ou empregos públicos faz jus ao benefício somente em relação a um deles.

## **CAPÍTULO II**

### **DAS VEDAÇÕES**

Art. 4º Não faz jus ao ressarcimento do auxílio-saúde o beneficiário indicado no art. 3º que participe, na condição de titular ou dependente, de outro programa de assistência à saúde, cuja participação seja custeada diretamente ou por meio de ressarcimento semelhante ao previsto nesta norma, integral ou parcialmente, com recursos públicos.

§ 1º Poderão ser beneficiários do programa de assistência à saúde os titulares ou dependentes de programa de assistência à saúde cuja filiação e permanência no custeio seja compulsória, bem como os titulares ou dependentes que possuam serviço de atendimento médico e/ou odontológico ambulatorial prestado diretamente em rede interna de saúde.

§ 2º Poderão ser ressarcidas despesas com planos de assistência à saúde operados por entidade de autogestão, assim definida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, observado o disposto no caput deste artigo.

## **CAPÍTULO III**

### **DA SOLICITAÇÃO**

Art. 5º O auxílio-saúde será requerido à Seção de Benefícios mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I – formulário próprio;

II – contrato ou documento equivalente que comprove o vínculo do beneficiário com o plano de saúde e/ou odontológico, a data da adesão, bem como o valor atualizado da mensalidade;

III – declaração de que não participa, na condição de titular ou dependente, de outro programa de assistência à saúde cuja participação seja custeada diretamente ou por meio de ressarcimento semelhante ao previsto nesta norma, integral ou parcialmente, com recursos públicos.

§ 1º A Seção de Benefícios poderá requerer do solicitante a apresentação de documentos diversos dos citados neste artigo para atualização de informações cadastrais ou esclarecimento de dúvidas relativas à concessão e/ou manutenção do auxílio-saúde.

§ 2º A solicitação do auxílio-saúde será indeferida caso não seja cumprida alguma das condições previstas neste artigo.

## **CAPÍTULO IV**

### **DO RESSARCIMENTO MENSAL**

Art. 6º O ressarcimento mensal dar-se-á mediante comprovante de pagamento da mensalidade, custeada pelo beneficiário titular ou membro de sua entidade familiar, observado o disposto no art. 10.

§ 1º O documento citado no caput deste artigo deverá indicar:

I – o mês de competência;

II – a discriminação dos valores referentes aos dependentes e titular, inclusive aqueles referentes à coparticipação, caso seja esta a modalidade do plano de assistência à saúde e/ ou odontológico contratado;

III – taxas administrativas, se houver.

§ 2º Considerar-se-á o mês de vencimento do boleto do plano de saúde em caso de omissão do mês de competência no comprovante de pagamento da mensalidade.

§ 3º Na ausência da indicação de todos os itens descritos no § 1º deste artigo, a Seção de Benefícios poderá se basear nas informações dispostas no contrato e/ou em outros documentos já apresentados pelo beneficiário.

§ 4º Poderão ser ressarcidas as despesas de coparticipação, a partir de 1º de janeiro de 2022, salvo disposição legal em contrário.

§ 5º Na hipótese de o documento citado no caput estar em nome de pessoa jurídica, para a comprovação do pagamento da mensalidade, o beneficiário deverá apresentar, a cada nova solicitação de ressarcimento: [\(incluído pela IN DG n. 96, de 17.5.2023\)](#)

I - documento que comprove sua vinculação ao plano de saúde; [\(incluído pela IN DG n. 96, de 17.5.2023\)](#)

II – comprovante do pagamento do boleto gerado pela operadora do plano de saúde em favor da pessoa jurídica à qual o beneficiário está vinculado ou outro documento equivalente; [\(incluído pela IN DG n. 96, de 17.5.2023\)](#)

III – comprovante de pagamento do valor referente à parcela correspondente ao plano de saúde do beneficiário à pessoa jurídica à qual este está vinculado, identificada a finalidade da transferência, quando possível. [\(incluído pela IN DG n. 96, de 17.5.2023\)](#)

Art. 7º O ressarcimento dar-se-á após a apresentação do comprovante de pagamento da mensalidade e ficará condicionado à existência de disponibilidade orçamentária.

Parágrafo único. O ressarcimento será efetivado na folha de pagamento do mês subsequente ao da comprovação, salvo em situações excepcionais devidamente justificadas.

Art. 8º Não serão aceitos como documentos comprobatórios para fins de ressarcimento, agendamento de pagamento da mensalidade do plano de saúde e documentos ilegíveis.

Art. 9º Caberá ao beneficiário informar e comprovar qualquer modificação no contrato firmado com a operadora de plano privado de saúde e/ou odontológico que implique alteração na mensalidade do beneficiário, assim que cientificado formalmente pela operadora.

Parágrafo único. O ressarcimento da majoração da mensalidade do plano de saúde somente produzirá efeitos após a apresentação da documentação comprobatória pelo beneficiário, não havendo direito à percepção de valores retroativos.

Art. 10. Ficam excluídos do ressarcimento os valores decorrentes da mora no pagamento, assim como das taxas de adesão, entre outras cobranças administrativas.

Art. 11. A vigência do auxílio-saúde tem início a partir do primeiro dia do mês de entrega da documentação completa.

§ 1º Caso o servidor solicite a inclusão no mês de ingresso no CNJ, o deferimento ocorrerá a partir da data de início de exercício no cargo/função.

§ 2º O início da vigência previsto no caput condiciona-se, ainda, ao fato gerador da condição de beneficiário, tais como:

I - início da vigência do plano;

II - o reconhecimento da dependência, na forma estabelecida no ato normativo específico; e

III - outras situações relacionadas ao benefício, conforme manifestação da unidade técnica responsável.

Art. 12. A operadora de assistência à saúde e/ou odontológico contratada deverá estar com registro ativo e válido perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para fins de ressarcimento.

## **CAPÍTULO V**

### **DO VALOR A SER RESSARCIDO**

Art. 13 O ressarcimento do auxílio-saúde será calculado à base do valor efetivamente pago pelo conselheiro, magistrado e servidor, observado o limite familiar máximo previsto na [Resolução CNJ nº 294/2019](#), ou outra que vier a sucedê-la. ([redação dada pela IN DG n. 99, de 22.12.2023](#))

§ 1º Considera-se para os limites citados no caput deste artigo a soma das despesas efetuadas com planos de assistência à saúde médica e odontológica, caso sejam contratos distintos.

§ 2º A mudança de faixa etária, de acordo com a tabela de ressarcimento constante da Portaria indicada no Caput, que implique alteração dos valores a serem ressarcidos mensalmente, terá efeito financeiro a partir do primeiro dia do mês de aniversário do beneficiário.

§ 3º No caso dos servidores, o limite máximo do ressarcimento mensal familiar será equivalente a 10% (dez por cento) do subsídio-base do juiz federal substituto. [\(incluído pela IN DG n. 99, de 22.12.2023\)](#)

§ 4º No caso dos servidores, o valor do ressarcimento também observará os limites individuais distribuídos por faixa etária, para cada membro do grupo familiar, conforme disposto em portaria expedida pelo titular da Diretoria-Geral. [\(incluído pela IN DG n. 99, de 22.12.2023\)](#)

§ 5º No caso dos magistrados e conselheiros, considera-se para o limite máximo do ressarcimento mensal familiar o valor de 9% (nove por cento) do subsídio devido aos Conselheiros do Conselho Nacional de Justiça, sem a incidência dos limites individuais. [\(incluído pela IN DG n. 99, de 22.12.2023\)](#)

§ 6º Haverá um acréscimo de 50% (cinquenta por cento) nos limites individuais, que não será contabilizado no cálculo do limite familiar, quando: [\(incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024\)](#)

I - o servidor(a) e/ou seu dependente forem pessoa com deficiência ou portador(a) de doença grave; [\(incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024\)](#)

II - o servidor(a) tiver idade superior a 50 anos, independentemente de requerimento. [\(incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024\)](#)

§ 7º É vedado o pagamento cumulativo ao mesmo beneficiário das hipóteses de acréscimo previstas do §6º. [\(incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024\)](#)

§8º Haverá um acréscimo, não cumulativo, de 50% (cinquenta por cento) ao limite familiar se: [\(incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024\)](#)

I - o conselheiro(a), o magistrado(a) ou o dependente for pessoa com deficiência ou portadora(a) de doença grave; ou [\(incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024\)](#)

II - o conselheiro(a) ou magistrado(a) tiver idade superior a 50 anos, independentemente de requerimento. [\(incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024\)](#)

§ 9º O acréscimo citado no § 8º não é cumulativo quando da ocorrência concomitante das duas hipóteses e não integra o cálculo do limite familiar máximo de reembolso. ([redação dada pela IN DG n. 112, de 24.6.2025](#))

§10º Para os efeitos desta Instrução Normativa, considera-se pessoa com deficiência aquela abrangida pelo [art. 2º da Lei nº 13.146/2015](#); assim como a pessoa abarcada no [art. 1º, § 2º, da Lei nº 12.764/2012](#); e, nos casos de doença grave, aquelas enquadradas no [inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/1988](#). ([incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024](#))

§ 11. Poderão ser concedidos acréscimos nos limites do reembolso nos casos não previstos no § 10º deste artigo mediante apresentação de laudo ou relatório médico homologado pela Secretaria de Serviços Integrados de Saúde do Supremo Tribunal Federal (SIS/STF). ([redação dada pela IN DG n. 112, de 24.6.2025](#))

§12 Em qualquer dos casos, o laudo ou relatório médico deverá ter sido emitido há no máximo 2 (dois) anos da data do requerimento. ([incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024](#))

§13 Para os servidores ingressantes no quadro de pessoal do CNJ por meio das vagas destinadas às pessoas com deficiência, o acréscimo no limite será concedido independentemente de requerimento. ([incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024](#))

§ 14. O acréscimo citado nos §§ 6º e 8º terá sua vigência iniciada, no que couber, conforme disposições estabelecidas no art. 11 desta Instrução Normativa. ([incluído pela IN DG n. 112, de 24.6.2025](#))

Art. 13-A. Poderão ser reembolsadas ainda despesas com medicamentos e serviços laboratoriais e hospitalares não custeados pelo respectivo plano de saúde, observado o Anexo I desta Instrução Normativa. ([redação dada pela IN DG n. 112, de 24.6.2025](#))

§1º O reembolso citado no *caput* acrescido do reembolso do plano de saúde não poderá exceder os limites do art. 13 e, se for o caso, os acréscimos previstos nos §§ 6º e 8º do mesmo artigo. ([incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024](#))



§ 2º Para reembolso de medicamentos será necessário apresentar documento emitido pela empresa de saúde que comprove a recusa/não custeio pelo plano contratado, receita médica contendo o CID, nota fiscal de compra em nome do titular ou de um de seus dependentes emitida a menos de 30 (trinta) dias da data do requerimento e declaração por escrito do servidor atestando que o medicamento objeto de reembolso será utilizado exclusivamente para tratamentos indicados na bula. ([redação dada pela IN DG n. 112, de 24.6.2025](#))

§3º Para reembolso de serviços laboratoriais e hospitalares será necessário apresentar documento, emitido pela empresa de saúde, que comprove a recusa/não custeio pelo plano contratado e nota fiscal em nome do titular ou de um de seus dependentes, emitida a menos de 30 (trinta) dias da data do requerimento. ([incluído pela IN DG n. 108, de 9.12.2024](#))

§ 4º Somente serão reembolsados os medicamentos ou serviços quando o valor total dos itens passíveis de reembolso constantes do pedido for de no mínimo R\$ 50,00 (cinquenta reais). ([incluído pela IN DG n. 112, de 24.6.2025](#))

Art. 14. A atualização dos limites do auxílio-saúde será estabelecida por Portaria do titular da Diretoria-Geral, uma vez a cada exercício financeiro. ([redação dada pela IN DG n. 99, de 22.12.2023](#))

§ 1º A majoração dos limites dar-se-á quando constatada a defasagem de seus valores nominais, cujo parâmetro será a média aritmética dos valores praticados por pelo menos 3 (três) das operadoras de planos de saúde e/ou odontológico privados e de livre contratação, devidamente registradas na ANS. ([redação dada pela IN DG n. 99, de 22.12.2023](#))

§ 2º Os valores adotados para fins de majoração deverão respeitar os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, bem como deverão corresponder a planos privados coletivos de assistência à saúde e/ou odontológico, sem coparticipação e para a modalidade de internação em quartos individuais.

Art. 15. Excepcionalmente, poderão ser estabelecidos limites inferiores aos valores vigentes, desde que devidamente justificados pela Administração do CNJ.

## CAPÍTULO VI

## **DA PERDA E DO CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO**

Art. 16. O titular e/ou seus dependentes perderão o direito ao auxílio-saúde nas seguintes situações:

I – exoneração;

II – posse em outro cargo público inacumulável;

III – demissão;

IV – redistribuição;

V – fraude, sujeitando o infrator às responsabilidades administrativas, civis e penais, conforme o caso;

VI – término de mandato, de requisição ou de cessão para este Conselho;

VII – falecimento;

VIII – perda da condição de dependente econômico;

IX – a pedido;

X – outras situações previstas em lei.

Art. 17. O cancelamento do auxílio-saúde ocorrerá nos casos de afastamentos e licenças não remuneradas.

§ 1º Na situação prevista no caput, o servidor poderá solicitar, por escrito, a continuidade da condição de beneficiário e a manutenção dos respectivos dependentes para fins de percepção do auxílio-saúde, desde que comprove a manutenção do vínculo no regime do plano de seguridade social do servidor público, conforme previsto no § 3º do art. 183 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, o que não o isentará de apresentar, mensalmente, documento comprobatório do pagamento da mensalidade do plano de saúde e/ou odontológico, nos termos do art. 6º.

§ 2º Os licenciados para desempenho de mandato classista e os afastados para exercício de mandato eletivo, não optantes pela remuneração do cargo efetivo quando permitido por lei, terão o benefício cancelado, mesmo que comprovem a manutenção do vínculo no regime próprio de previdência.

§ 3º Nas hipóteses de cancelamento de auxílio-saúde, para que o beneficiário volte a ter os valores de auxílio-saúde ressarcidos é necessário que ele formalize novo pedido perante o titular da Secretaria de Gestão de Pessoas.

## **CAPÍTULO VII**

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 18. O auxílio-saúde será deferido pelo titular Secretaria de Gestão de Pessoas.

Art. 19. Os casos omissos serão resolvidos pelo titular da Diretoria-Geral.

Art. 20. Esta Instrução Normativa entra em vigor no primeiro dia do mês subsequente ao da data de sua publicação, momento em que se revogará a Instrução Normativa nº 39, de 4 de março de 2016.

**JOHANESS ECK**

## **ANEXO I**

### **Relação dos itens não passíveis de ressarcimento**

[\(incluído pela IN DG n. 112, de 24.6.2025\)](#)

I - produtos para higiene, cosméticos, objetos de uso pessoal, assepsia, material descartável e curativos; [\(incluído pela IN DG n. 112, de 24.6.2025\)](#)

II - suplementos alimentares; [\(incluído pela IN DG n. 112, de 24.6.2025\)](#)

III - sais minerais ou vitaminas; [\(incluído pela IN DG n. 112, de 24.6.2025\)](#)

IV - medicamentos nacionais ou importados sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); [\(incluído pela IN DG n. 112, de 24.6.2025\)](#)

V - medicamentos manipulados; [\(incluído pela IN DG n. 112, de 24.6.2025\)](#)

VI - medicamentos fitoterápicos e homeopáticos. [\(incluído pela IN DG n. 112, de 24.6.2025\)](#)