



**PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DA 2ª REGIÃO**

PORTARIA GP Nº 5, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2026

Regulamenta a assistência à saúde, na modalidade auxílio-saúde, pago em pecúnia, no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região, e dá outras providências.

O DESEMBARGADOR PRESIDENTE DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 2ª REGIÃO, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO o art. 230 da [Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#), que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais;

CONSIDERANDO o [Ato GP nº 13, de 5 de maio de 2017](#), que regulamenta o processo administrativo virtual - PROAD, no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região, TRT-2, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a [Resolução nº 294, de 18 de dezembro de 2019, do Conselho Nacional de Justiça - CNJ](#), que regulamenta o programa de assistência à saúde suplementar para magistrados(as) e servidores(as) do Poder Judiciário;

CONSIDERANDO a necessidade de manter os normativos atualizados e compatíveis com as necessidades institucionais,

RESOLVE:

CAPÍTULO I

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 1º A assistência à saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região TRT-2 será oferecida em duas modalidades:

I - auxílio-saúde, pago em pecúnia;

II - plano de saúde contratado pelo TRT-2, regulamentado em portaria própria.

§ 1º As duas modalidades de benefícios não são cumulativas para o(a) mesmo(a) beneficiário(a) titular.



§ 2º A opção do(a) titular vinculará seus(suas) dependentes à mesma modalidade.

§ 3º O ingresso de dependentes está vinculado à inscrição do(a) titular.

CAPÍTULO II

DO BENEFÍCIO

Art. 2º A assistência à saúde do TRT-2, na modalidade de auxílio-saúde, pago em pecúnia, observará o disposto nesta Portaria e demais normativos legais pertinentes à matéria.

Art. 3º O auxílio-saúde destina-se, exclusivamente, a cobrir despesas mensais fixas, do(a) beneficiário(a) titular e de seus(suas) dependentes, com a contratação de plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular.

§ 1º O ressarcimento em pecúnia será concedido de forma escalonada, de acordo com a faixa etária do(a) beneficiário(a), com efeitos financeiros a partir do respectivo mês de aniversário, e corresponderá às despesas com a mensalidade de plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, limitado ao valor da contribuição oferecida pelo TRT-2 aos que aderirem ao plano de saúde por esse contratado, nos limites da disponibilidade orçamentária.

§ 2º Não serão incluídos no cálculo da mensalidade do plano ou seguro privado de assistência à saúde do(a) beneficiário(a), contratado de modo particular, eventuais valores a título de coparticipação, serviços extraordinários, taxa de implantação, taxa de angariação e demais custos de outra natureza.

§ 3º O benefício auxílio-saúde não será incorporado ao vencimento ou considerado como vantagem para qualquer efeito.

§ 4º Competirá ao(à) titular do auxílio-saúde resolver eventuais demandas com seu plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, sem qualquer intervenção do TRT-2.

Art. 4º O auxílio-saúde será creditado mensalmente em folha de pagamento, não havendo pagamento *pro rata die*.

Art. 5º Todas as solicitações referentes ao benefício auxílio-saúde, tais como inclusões, alterações, comprovações e exclusões deverão ser feitas, exclusivamente, por meio do Processo Administrativo Virtual - PROAD, no assunto: "Auxílio-saúde (pago em pecúnia)".

§ 1º Em observância ao disposto no art. 192 do [Código de Processo Civil - CPC](#), o documento redigido em língua estrangeira somente poderá ser juntado aos autos quando acompanhado de versão para a língua portuguesa tramitada por via diplomática ou pela autoridade central, ou firmada por tradutor(a) juramentado(a).

§ 2º Após o deferimento das solicitações previstas no *caput* deste artigo ou o arquivamento do processo, novas solicitações de inclusões, alterações, comprovações e exclusões devem ser realizadas mediante protocolo de novo PROAD.

CAPÍTULO III

DOS(AS) BENEFICIÁRIOS(AS)

Art. 6º São considerados(as) beneficiários(as) do auxílio-saúde:

I - na qualidade de titulares, desde que não cadastrados(as) no plano de saúde contratado pelo TRT-2 e que comprovem a adesão a plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular:

a) magistrados(as) e servidores(as), ativos(as) e inativos(as), exceto aqueles(as) que estiverem em licença sem vencimentos;

b) servidores(as) de outros órgãos do Poder Judiciário da União à disposição do TRT-2, desde que não recebam o benefício pelo órgão de origem;

c) servidores(as) em gozo de licença-trânsito, removidos(as)/cedidos(as), desde que não percebam o benefício pelo órgão em que se encontravam cedidos(as);

d) servidores(as) removidos(as)/cedidos(as) para outros órgãos que optarem pela manutenção do auxílio-saúde do TRT-2.

II - na qualidade de dependentes dos(as) beneficiários(as) titulares:

a) cônjuge ou companheiro(a);

b) filhos(as) e enteados(as) solteiros(as) até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos, ou até a data de aniversário de 24 (vinte e quatro) anos, se universitários(as);

c) menor sob guarda do(a) titular, até completar 18 (dezoito) anos;

d) tutelados(as) do(a) titular, até completarem 18 (dezoito) anos;

e) filhos(as) inválidos(as), sem limite de idade, atestados por laudo médico atualizado, emitido pelo(a) médico(a) assistente e avaliados por junta médica oficial do TRT-2.

§ 1º Nos casos estabelecidos no artigo 6º, inciso II, alínea “b”, desta Portaria, a condição de universitário(a) deverá ser comprovada por meio de declaração de matrícula em curso de graduação, emitida pelo estabelecimento de ensino, a qual deverá ser renovada anualmente até 31 de março, sob pena de supressão do benefício no mês subsequente.

§ 2º A comprovação a que se refere o § 1º deste artigo deverá ser efetuada:

I – até 31 de março, pelos(as) beneficiários(as) que completarem 21 (vinte e um) anos entre os meses de janeiro e março; e

II – no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do aniversário, pelos(as) beneficiários(as) que completarem 21 (vinte e um) anos nos demais meses do ano.

§ 3º Competirá ao(à) titular do auxílio-saúde solicitar a exclusão do(a) dependente universitário(a) no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data do aniversário de 24 (vinte e quatro) anos,



mediante apresentação do último comprovante de pagamento do plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, sob pena de devolução retroativa dos valores indevidamente recebidos.

Seção I

Da Inclusão do Benefício

Art. 7º A inclusão de titulares e seus(suas) dependentes no auxílio-saúde poderá ser efetuada a qualquer tempo, por meio de requerimento protocolizado via PROAD, e o ressarcimento pecuniário ocorrerá a partir do mês subsequente ao do protocolo da completa documentação.

§ 1º Caso a solicitação do auxílio-saúde seja protocolizada e verificada a ausência de documentos ou dados, o(a) requerente será notificado(a) para a devida complementação, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data do protocolo do pedido, sob pena de indeferimento.

§ 2º Após a entrega da completa documentação, a concessão do benefício será deferida e paga, sem efeito retroativo, a partir do mês subsequente.

Art. 8º É vedada a inclusão ou a manutenção no auxílio-saúde, que se torna indevida, de qualquer titular ou dependente que já receba benefício semelhante de outro órgão da Administração Pública Direta ou Indireta, em todos os seus níveis.

§ 1º Visando ao cumprimento do disposto no *caput* deste artigo, o(a) requerente poderá ser notificado(a) para apresentar documentos complementares, emitidos pelo órgão da Administração Pública e/ou pelo plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º deste artigo, aplicam-se as disposições constantes nos §§ 1º e 2º do artigo 7º.

Seção II

Dos Documentos para Inclusão do Benefício

Art. 9º A inclusão de titulares e seus(suas) dependentes no auxílio-saúde será efetuada mediante protocolo de requerimento encaminhado à Coordenadoria de Serviços Integrados à Promoção da Qualidade de Vida, via PROAD, no assunto: “Auxílio-saúde (pago em pecúnia)”, devendo conter necessariamente:

I - o contrato ou a declaração da empresa de plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, com os seguintes requisitos:

- a) número do registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- b) razão social e Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) da empresa de plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular;
- c) valor mensal individualizado por beneficiário(a);
- d) data da vigência do contrato, por beneficiário(a).

II - nome e matrícula do(a) titular;

III - nome do(s)/da(s) dependente(s) e os respectivos documentos de identificação;

IV - o último comprovante de pagamento efetuado à empresa de plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, sendo que:

a) nos pagamentos realizados por meio de débito automático, deverá ser anexado o comprovante bancário do débito junto ao boleto;

b) nos pagamentos realizados por meio de consignação em folha de pagamento, deverá ser anexada cópia de parte do contracheque que identifique o débito.

§ 1º O comprovante bancário de pagamento agendado não se presta à comprovação exigida.

§ 2º A concessão do auxílio-saúde para os(as) beneficiários(as) especificados(as) no artigo 6º, inciso I, alíneas “b”, “c” e “d” condiciona-se à apresentação de declaração negativa de recebimento do mesmo benefício por outro órgão.

Art. 10. Para comprovação dos(as) beneficiários(as) do auxílio-saúde serão necessários os seguintes documentos:

I - cônjuge:

a) cópia simples da certidão de casamento;

b) cópia simples do CPF do(a) cônjuge.

II - companheiro(a):

a) comprovação do estado civil do(a) titular e do(a) companheiro(a), por meio de cópia simples de certidão de nascimento atualizada, com validade de 6 (seis) meses; certidão de casamento com averbação (divorciados(as)/separados(as) judicialmente) e certidão de óbito (viúvos(as));

b) cópia simples de escritura declaratória de união estável emitida por cartório;

c) cópia simples do CPF do(a) companheiro(a);

d) cópia simples do RG do(a) companheiro(a).

III - filho(a) solteiro(a) até 21 (vinte e um) anos:

a) cópia simples da certidão de nascimento;

b) cópia simples do CPF (obrigatório para beneficiários(as) a partir de 8 (oito) anos, sujeito a alterações normativas posteriores).

IV - filho(a) solteiro(a) universitário(a) de 21 (vinte e um) até 24 (vinte e quatro) anos:

a) cópia simples da certidão de nascimento atualizada com validade de 6 (seis) meses;

b) cópia simples do CPF;

c) declaração de matrícula (somente cursos de graduação) emitida pelo estabelecimento de ensino, nos termos do artigo 6º, inciso II, alínea “b”, desta Portaria.

V - filhos(as) inválidos(as), sem limite de idade:

a) cópia simples da certidão de nascimento;

b) laudo atualizado do(a) médico(a) assistente;

c) avaliação mediante perícia médica oficial do TRT-2;

d) cópia simples do CPF (obrigatório para beneficiários(as) a partir de 8 (oito) anos, sujeito a alterações normativas posteriores).

VI - menor sob a guarda do(a) titular, até completar dezoito anos:

a) cópia simples da certidão de nascimento do(a) menor;

b) cópia simples do termo de guarda. Se provisória, deverá ser comprovada a cada renovação, sob pena de supressão do benefício no mês subsequente à data de validade da guarda;

c) cópia simples do CPF (obrigatório para beneficiários(as) a partir de 8 (oito) anos, sujeito a alterações normativas posteriores).

VII – tutelados(as) do(a) titular, até completarem 18 (dezoito) anos:

a) cópia simples da certidão de nascimento do(a) tutelado(a);

b) cópia de documentação comprobatória da tutela;

c) cópia simples do CPF (obrigatório para beneficiários(as) a partir de 8 (oito) anos, sujeito a alterações normativas posteriores).

VIII - enteado(a):

a) cópia simples da certidão de nascimento do(a) enteado(a);

b) cópia simples do CPF (obrigatório para beneficiários(as) a partir de 8 (oito) anos, sujeito a alterações normativas posteriores);

c) cópia simples do documento de identidade do(a) cônjuge ou companheiro(a) genitor(a);

d) declaração do imposto de renda de pessoa física (IRPF) do(a) titular requerente, constando o(a) enteado(a) como dependente;

e) declaração do(a) titular de que o(a) enteado(a) reside no mesmo domicílio;

f) entre 21 (vinte e um e vinte) e 24 (quatro anos) e solteiros(as), declaração de matrícula em curso de graduação emitida pelo estabelecimento de ensino, renovada anualmente até 31 de março, sob

pena de supressão do benefício no mês subsequente.

CAPÍTULO IV

DA COMPROVAÇÃO ANUAL DO BENEFÍCIO

Art. 11. O(A) titular inscrito(a) no auxílio-saúde deverá apresentar uma vez ao ano, no mês de maio, comprovante de pagamento ou declaração de quitação do plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, referente ao mês de abril do mesmo ano, com os valores individualizados e a identificação da empresa de plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, por titular e dependentes, se houver.

§ 1º A falta de comprovação referida no *caput* deste artigo implicará, a partir do mês de agosto, a suspensão do benefício.

§ 2º O(A) titular que tiver o benefício suspenso em razão da não comprovação de despesa com plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, no prazo estabelecido no *caput* deste artigo, poderá requerer o restabelecimento do auxílio-saúde, mediante protocolo de formulário devidamente preenchido, via PROAD, com a comprovação do último pagamento. A reativação do benefício ocorrerá no mês subsequente ao do protocolo do pedido com a documentação completa.

§ 3º O(A) titular que requerer o restabelecimento do auxílio-saúde receberá os valores retroativos, referentes ao período em que houve a suspensão do benefício. Caso a solicitação seja feita no mês de dezembro do mesmo ano, até o dia 15 (quinze), o crédito será realizado por meio de folha suplementar no corrente exercício. Decorrido esse prazo, o montante poderá ser inscrito em Restos a Pagar, cujo pagamento dependerá de disponibilidade orçamentária no exercício seguinte.

§ 4º A Administração poderá solicitar documentação complementar de quitação de plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, caso não se comprove, devidamente, a despesa exigida no *caput* deste artigo.

§ 5º A manutenção do auxílio-saúde poderá ser indeferida quando a documentação comprobatória estiver incompleta ou ilegível. A critério da Administração, poderá ser solicitada a apresentação do documento original de pagamento do plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular.

§ 6º Será excluído(a) do auxílio-saúde o(a) titular que deixar de comprovar, até o dia 30 de abril do exercício seguinte, a exigência prevista no § 2º ou no § 4º deste artigo, devendo ainda devolver os valores recebidos desde a última comprovação de despesas.

Art. 12. Os requerimentos protocolizados dentro do prazo previsto no *caput* do art. 11 desta Portaria poderão ser analisados pelo setor responsável até 31 de julho do mesmo ano, sem prejuízo de eventual atualização de valores do benefício, a contar do mês do protocolo da documentação completa, sem efeito retroativo.

Art. 13. Fica dispensado(a) da comprovação prevista no *caput* do art. 11 desta Portaria o(a) titular que tenha autorizado, junto à administradora do respectivo plano de saúde, a consignação, em folha de pagamento do TRT-2, do débito referente à mensalidade do plano ou do seguro privado de assistência à saúde contratado de forma particular, desde que a empresa consignatária apresente a este Regional os valores individualizados dos(as) beneficiários(as) inscritos(as) no auxílio-saúde.

§ 1º O Anexo Único desta Portaria relaciona as(os) consignatárias(os) que atendem aos requisitos deste artigo.

§ 2º Mantém-se a necessidade de comprovação prevista no *caput* do art. 11 desta Portaria para o(a) titular que efetue o pagamento da mensalidade do plano ou do seguro privado de assistência à saúde por meio de consignação em folha de pagamento, quando a empresa consignatária não apresentar a este Regional os valores individualizados dos(as) beneficiários(as) inscritos(as) no auxílio-saúde.

CAPÍTULO V

DA ALTERAÇÃO E EXCLUSÃO NO BENEFÍCIO

Art. 14. Compete ao(à) titular do auxílio-saúde, na hipótese de alteração do plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, apresentar a documentação especificada no art. 9º desta Portaria juntamente com:

I - o último comprovante de pagamento efetuado à empresa de plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, anterior;

II - o primeiro comprovante de pagamento correspondente à mensalidade efetuada à nova empresa de plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular.

§ 1º Caso fique constatado período sem comprovação de despesa com plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, o valor indevidamente recebido, a título de auxílio-saúde, será ressarcido ao TRT-2, mediante desconto em folha de pagamento do(a) titular do benefício.

§ 2º É obrigatória a comunicação, via PROAD, de qualquer alteração de plano ou de seguro privado de assistência à saúde contratado de forma particular, inclusive quando a nova operadora for empresa consignatária, constar do Anexo Único desta Portaria e apresentar ao TRT-2 os valores individualizados dos(as) beneficiários(as) inscritos(as) no auxílio-saúde.

Art. 15. Cabe ao(à) titular do benefício, em caso de alteração dos valores das mensalidades, comunicar o reajuste ao TRT-2 mediante a apresentação de documento emitido pela empresa de plano de saúde com os valores individualizados e o respectivo comprovante de pagamento reajustado.

§ 1º Fica dispensada a comprovação de alteração de valores das mensalidades pelo(a) titular que autorizar, junto à administradora do respectivo plano de saúde, ou do seguro privado de assistência à saúde, a consignação em folha de pagamento, desde que a empresa consignatária apresente ao TRT-2 os valores individualizados e conste na listagem do Anexo Único desta Portaria.

§ 2º O efeito financeiro decorrente das alterações nos valores das mensalidades do plano ou seguro privado de assistência à saúde, de que trata o *caput* deste artigo, retroagirá:

I – ao mês do protocolo do requerimento, desde que a documentação apresentada esteja completa ou que a complementação solicitada no § 5º seja entregue dentro do prazo estabelecido;

II – ao mês do reajuste efetivamente aplicado pela operadora, na hipótese de consignação em folha prevista no § 1º.

§ 3º Caso o processamento da alteração não ocorra no mês da entrega da documentação completa ou do reajuste, hipóteses previstas no § 2º deste artigo, o pagamento das diferenças será realizado na folha de pagamento seguinte ou em meses posteriores, observada a disponibilidade orçamentária.

§ 4º Para comunicações realizadas no mês de dezembro, o(a) titular que apresentar a documentação completa até o dia 15 (quinze) receberá as eventuais diferenças por folha suplementar no mesmo exercício. Após esse prazo, o montante será inscrito em Restos a Pagar, condicionado à disponibilidade orçamentária do exercício seguinte.

§ 5º Verificada a ausência de documentos ou dados no requerimento, o(a) requerente será notificado(a) para complementação no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da ciência da notificação.

§ 6º O descumprimento do prazo previsto no § 5º implicará a perda do direito à retroatividade prevista no § 2º, inciso I, hipótese em que o efeito financeiro ocorrerá apenas a partir do mês da entrega da documentação completa, sem pagamento de diferenças relativas ao período anterior.

Art. 16. Alterações que impliquem em perda da condição de beneficiário(a) ou em redução no valor do auxílio-saúde são de responsabilidade do(a) titular, que responderá por eventual ressarcimento pecuniário a ser consignado em folha de pagamento, sem prejuízo de responsabilização administrativa e penal.

Art. 17. O(A) beneficiário(a) será excluído(a) do auxílio-saúde nas seguintes hipóteses:

I - licença para tratar de interesses particulares, nos termos do art. 91 da [Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#);

II - licença por motivo de afastamento do(a) cônjuge ou companheiro(a), sem remuneração, nos termos do art. 84, § 1º, da [Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#);

III - afastamento para estudo ou missão no exterior, sem remuneração;

IV - exoneração;

V - demissão;

VI - retorno ao órgão de origem do(a) servidor(a) requisitado(a), removido(a);

VII - aposentadoria de servidor(a) removido(a) de outro órgão;

VIII - solicitação do(a) titular;

IX - cessada a condição de dependente em relação ao(à) titular;

X - redistribuição;

XI - falecimento.

§ 1º A exclusão deverá ser solicitada mediante protocolo, via PROAD, no assunto “Auxílio-saúde (pago em pecúnia)”, anexando-se o último comprovante de pagamento do plano ou seguro privado

de assistência à saúde, contratado de modo particular. A não apresentação do comprovante de quitação implicará a devolução ao TRT-2 dos valores recebidos nos meses em que a despesa não estiver comprovada.

§ 2º No caso de falecimento do(a) titular inscrito(a) no auxílio-saúde, a exclusão será efetivada com a apresentação da certidão de falecimento por familiares ou responsáveis.

CAPÍTULO VI

DO FALECIMENTO DO(A) TITULAR DO BENEFÍCIO

Art. 18. Nos casos de falecimento de titular inscrito(a) no auxílio-saúde, o TRT-2 admitirá a permanência dos(as) dependentes, já cadastrados(as) no benefício na data do óbito, que se qualificarem como pensionistas, nas seguintes condições:

I - o direito ao benefício será limitado, exclusivamente, ao(à) dependente pensionista do(a) titular falecido(a);

II - a permanência no benefício será condicionada à manifestação por escrito do(a) interessado(a), mediante preenchimento de termo próprio;

III - o(a) beneficiário(a) receberá o auxílio-saúde até o último dia do sexto mês da data do óbito;

IV - durante o período disposto no inciso III deste artigo, deverá ser apresentada comprovação mensal de pagamento do plano ou seguro privado de assistência à saúde, contratado de modo particular, do(a) dependente, sob pena de:

a) exclusão do benefício, a partir do mês subsequente à não comprovação mensal;

b) devolução dos valores indevidamente recebidos.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. O recebimento indevido do auxílio-saúde por fraude, dolo ou má-fé implicará a devolução compulsória da importância correspondente ao desembolso efetuado pelo TRT-2, sem prejuízo de sua responsabilização penal e administrativa, e na forma prevista pelo art. 46 da [Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990](#).

Art. 20. Os casos omissos serão resolvidos pela Presidência do Tribunal.

Art. 21. Ficam revogadas as seguintes disposições normativas:

I - a [Portaria GP nº 39, de 28 de junho de 2018](#);

II - o art. 2º da [Portaria GP nº 23, de 14 de abril de 2021](#);

III - a [Portaria GP nº 44, de 27 de outubro de 2022](#);

IV - a [Portaria GP nº 17, de 30 de abril de 2024](#);



V - a [Portaria GP nº 33, de 5 de agosto de 2024](#);

VI - a [Portaria GP nº 48, de 16 de setembro de 2025](#).

Art. 22. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Publique-se e cumpra-se.

São Paulo, data da assinatura eletrônica.

VALDIR FLORINDO
Desembargador Presidente do Tribunal

Este texto não substitui o original publicado no Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho.

ANEXO ÚNICO

Consignatárias(os) que atendem aos requisitos do *caput* do art. 13 da Portaria GP nº 5, de 13 fevereiro de 2026

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS JUÍZES DO TRABALHO - ABAS 15
--