



Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal

2ª Edição

Presidente da República
Dilma Rousseff

Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão
Miriam Belchior

Secretária de Gestão Pública
Ana Lúcia Amorim de Brito

Diretora do Departamento de Políticas de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor
Cynthia Beltrão de Souza Guerra Curado

Edição e Publicação

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Secretaria de Gestão Pública
Departamento de Política de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor - DESAP
Esplanada dos Ministérios, Bloco C – Sala 793
CEP: 70.046-900 – Brasília / Distrito Federal
Telefone: (61) 2020-1043

O presente Manual foi instituído pela Portaria nº 797 de 22 de março de 2010, publicada no Diário Oficial da União em 23 de março de 2010.

Revisado pela Portaria nº 235, de 05 de dezembro de 2014, publicada no DOU de 08.12.2014.

Publicação: Portal SIASS - <https://www2.siapenet.gov.br/saude>
É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte

Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal – 2ª Edição

Comissão Técnica (Período 2010/2012)

Vera Regina Pasquali Peixoto – Coordenadora Técnica
Armando Augusto Peixoto
José Humberto Frazão de Menezes
Jussara Nogueira Terra Burnier
Marcelo Antonio Correia Peixoto
Márcia de Carvalho Cristóvão Silva
Samara Douets Vasconcelos Cunha Dias
Sérgio Antonio Martins Carneiro
Yandra Ribeiro Torres
Zouraide Guerra Antunes Costa

Comissão de Revisão Técnica (Período 2013/2014)

Carlos Cezar Soares Batista
Cláudia Maria Restum Correa de Sá
Cynthia Beltrão de Souza Guerra Curado
Fremy de Souza e Silva
Giane Rodrigues Costa Ribeiro
Lorena Gonçalves Chaves Medeiros
Luis Guilherme de Souza Peçanha
Márcia de Carvalho Cristóvão Silva
Renata Vila Nova de Moura Holanda
Sônia Maria Silva Borges

Colaboração

Cantídio Lima Vieira
Carla Sene de Freitas
Carlos Eduardo Dias Álvaro Alves
Doris Terezinha Löff Ferreira Leite
Elga Eunides Alves de Araújo
Eugênio César Fonteles Cabral
Gabriella Nunes Neves
Larissa Gomes Tavares
Luciana da Silva Souza Azevedo
Márcia de Olinda Masson dos Reis
Marco Antonio Gomes Pérez
Nathalia Ferreira Borba
Valeria Cristina da Silva Aguiar
José Emídio Albuquerque e Silva
Sálvio Romero Pereira Botelho

Para a elaboração desta 2ª edição foram avaliadas todas as contribuições enviadas para o Portal SIASS, bem como as sugestões recebidas por e-mail de todo o Brasil, reafirmando assim, o compromisso com a construção coletiva.

Diagramação

Bruno Silva Bastos – Coordenação de Comunicação Organizacional e Eventos - COOEV/SEGEP

I • Definições

5 • Capítulo I

Princípios e Diretrizes da Perícia Oficial em Saúde

Conhecimento Técnico-Científico

Ética Profissional

Integralidade

Integração

Sigilo Profissional e Documentos Oficiais

Relação do Perito Oficial em Saúde com a Instituição

Relação do Perito Oficial em Saúde com o Servidor ou seu Dependente Legal

Relação do Perito Oficial em Saúde com o Profissional de Saúde Assistente

Relação do Perito Oficial em Saúde com a Equipe Multiprofissional de Suporte à Perícia

9 • Capítulo II

Da Perícia Oficial em Saúde

Do Perito

Designação do Perito Oficial em Saúde

Exercício no Âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal –
SIASS

Perícia Oficial em Saúde

I. Junta Oficial em Saúde

2. Perícia Oficial Singular em Saúde

Fundamentos legais e Procedimentos a serem observados na atividade pericial

a) Licença para tratamento da própria saúde

b) Licença por motivo de doença em pessoa da família

- c) Licença à gestante
- d) Licença por motivo de acidente em serviço;
- e) Aposentadoria por invalidez;
- f) Constatação de deficiência de dependente e constatação de invalidez de filho, enteado, dependente ou pessoa designada;
- g) Remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família e Movimentação do Prontuário de Saúde de Servidor Removido;
- h) Horário especial para servidor com deficiência e para o servidor com familiar com deficiência;
- i) Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público em vaga pessoa com deficiência;
- j) Avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar;
- k) Recomendação para tratamento de acidentados em serviço em instituição privada à conta de recursos públicos;
 - l) Readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral;
 - m) Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão;
- n) Avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no § 1º do art. 186, para fins de integralização de proventos;
 - o) Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade;
 - p) Exame para investidura em cargo público;
 - q) Pedido de reconsideração e recurso;
 - r) Avaliação para isenção de imposto de renda;
- s) Avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar ;
- t) Avaliação de servidor portador de deficiência para comprovação da necessidade de acompanhamento de viagem a serviço;
 - u) Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior;
 - v) Comunicação de doença de notificação compulsória;

34 • Capítulo III

Procedimentos da Perícia Oficial em Saúde

Avaliação Pericial Oficial em Saúde

Atestados e Relatórios Médico e Odontológico

A Perícia Odontológica Oficial

Dados Periciais, Perfil Epidemiológico e Promoção da Saúde

39 • Capítulo IV

Equipe Multiprofissional de Suporte à Perícia Oficial em Saúde

Equipe Multiprofissional
Suporte à Perícia Oficial em Saúde
Atenção à Saúde do Servidor e Segurança no Trabalho
Avaliação dos Candidatos Portadores de Deficiência Aprovados em Concurso Público

41 • Capítulo V

Laudo Oficial Pericial

Laudo Oficial Pericial

Conclusão Pericial

Tipos de Laudos da Perícia Oficial em Saúde

47 • Capítulo VI

Doenças Especificadas em Lei

a) Doenças Especificadas no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112, de 1990:

a-1) Alienação Mental-a-2) Cardiopatia Grave

a-3) Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público

a-4) Doença de Parkinson

a-5) Esclerose Múltipla

a-6) Espondiloartrose Anquilosante

a-7) Estados Avançados do Mal de Paget

a-8) Hanseníase

a-9) Nefropatia Grave

a-10) Neoplasia Maligna

a-11) Paralisia Irreversível e Incapacitante

a-12) Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)

a-13) Tuberculose Ativa

b) Doenças Especificadas no art. 1º da Lei nº 11.052, de 2004 e no Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11, de 2006:

b-1) Hepatopatia Grave

b-2) Contaminação por Radiação

b-3) Fibrose cística

86 • Capítulo VII

Outras Disposições

Índice

Licenças por Motivo de Saúde - Situações Especiais

Possibilidade de recepção administrativa nos casos de impossibilidade de realização de perícia oficial

Perícia em Trânsito: Servidor, Familiar ou Dependente que Necessita de Avaliação Pericial Fora do Local de Lotação ou Exercício

Periciado Fora do País

Avaliação Pericial por Solicitação de Autoridade Superior

Interdição e Curatela

Referências Bibliográficas

Anexo I

Parâmetros de Afastamentos por Motivos de Doença

Parâmetros de Afastamento por Motivos Médicos

Parâmetros de Afastamento por Motivos Odontológicos

Anexo II

Modelos de Laudos, Registros de Licenças e Pedidos de Reconsideração e Recurso da Perícia Oficial em Saúde

Modelos de Laudos de Perícia Oficial em Saúde

Modelos de Registros de Licenças Inferiores a 15 Dias

Modelos de Pedidos de Reconsideração e Recurso

Anexo III

Modelos de Comunicação de Acidentes em Serviço

Comunicação de Acidente em Serviço – Serviço Público Federal - CAT/SP

Comunicação de Acidente no Trabalho – Regime Geral de Previdência Social - RGPS

Anexo IV

Orientações Legais e Outras Referências

Glossário

Acidente em Serviço/ Acidente de Trabalho

Acidente em serviço é aquele ocorrido com o servidor no exercício do cargo ou função, que se relacione direta ou indiretamente com as atribuições a ele inerentes, que possa causar a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

São considerados acidentes de trabalho os que ocorrem com os empregados públicos, os ocupantes de cargo comissionado sem vínculo efetivo e os contratados temporariamente, ou seja, os segurados do Regime Geral de Previdência Social - RGPS.

Atividades da Vida Diária

Atividades da Vida Diária - AVDs são as tarefas pessoais, concernentes aos autocuidados, e também às outras habilidades pertinentes ao cotidiano de qualquer pessoa. São consideradas AVDs:

1. Autocuidados: escovar os dentes, pentear os cabelos, vestir-se, tomar banho, calçar sapatos, alimentar-se, beber água, fazer uso do vaso sanitário, dentre outros;
2. Tarefas diárias: cozinhar, lavar louça, lavar roupa, arrumar a cama, deslocar-se de um lugar ao outro, varrer a casa, passar roupas, usar o telefone, escrever, manipular livros, sentar-se, dentre outras.

Capacidade Laborativa

É o estado físico e mental que define se o servidor está em condições para exercer as atividades inerentes ao cargo. Ter capacidade laborativa significa que o examinado reúne as condições morfofisiológicas compatíveis com o desempenho dessas atividades. Importante ressaltar que a capacidade laborativa não implica obrigatoriamente na ausência de doença ou lesão. Na avaliação da capacidade laborativa do examinado deve ser considerada a repercussão da sua doença ou lesão no desempenho das atividades laborais.

Incapacidade Laborativa

É a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para os cargos, funções ou empregos, provocada por alterações patológicas decorrentes de doenças ou acidentes. A avaliação da incapacidade deve considerar o agravamento da doença, bem como o risco à vida do servidor ou de terceiros, que a continuação do trabalho possa acarretar.

O conceito de incapacidade deve compreender em sua análise os seguintes parâmetros: o grau e a duração da incapacidade e a abrangência da tarefa desempenhada.

1. **Quanto ao grau**, a incapacidade laborativa pode ser parcial ou total:
 - a. Considera-se como parcial o grau de incapacidade que limita o desempenho das atribuições do cargo, sem risco de morte ou de agravamento, embora não permita atingir a média de rendimento alcançada em condições normais;
 - b. Considera-se como incapacidade total a que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo, função ou emprego.
2. **Quanto à duração**, a incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente:
 - a. Considera-se temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível;
 - b. Considera-se permanente a incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.
3. **Quanto ao comprometimento do desempenho das atividades do cargo**, a incapacidade laborativa pode ser classificada como:
 - a. Restrita - permite ao servidor desempenhar acima de 70% das suas atividades. Indicação: restrição de atividade. o impedimento alcança apenas uma atividade;
 - b. Moderada permite ao servidor o impedimento abrange diversas atividades profissionais;
 - c. Total: - implica na impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa.

Ressalta-se que a presença de uma doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que importa na análise do perito oficial em saúde é a repercussão dessa doença no desempenho das atribuições do cargo.

Comunicação de Acidente e Doença do Trabalho no Serviço Público - CAT/SP

Comunicação de Acidente de Trabalho do Servidor Público – CAT/SP é um documento padronizado utilizado pelos órgãos da APF, para informar o acidente em serviço ocorrido com o servidor regido pela Lei 8.112, de 1990. Trata-se de um importante instrumento notificador que associa informações estatísticas, epidemiológicas, trabalhistas e sociais.

Deficiência

É a perda parcial ou total, bem como ausência ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere limitação ou incapacidade parcial para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. A deficiência pode ser enquadrada nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental e múltipla.

Doença Incapacitante

É a enfermidade que produz incapacidade para desempenhar as tarefas da vida diária e as atividades laborais do ser humano.

A doença incapacitante pode ser passível de tratamento e controle com recuperação total ou parcial da capacidade laborativa, não resultando, obrigatoriamente, em invalidez.

Doença / Moléstia Profissional

São as doenças decorrentes, desencadeadas ou agravadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade profissional ou adquirida em função de condições ambientais específicas em que se realiza o trabalho. A causa da ocorrência é, necessariamente, a atividade laboral.

Doença Relacionada ao Trabalho

Consiste na doença em que a atividade laboral é fator de risco desencadeante, contributivo ou agravante de um distúrbio latente ou de uma doença preestabelecida. A doença relacionada ao trabalho estará caracterizada quando, diagnosticado o agravo, for possível estabelecer uma relação com a atividade laboral. As doenças endêmicas contraídas no exercício do trabalho também serão caracterizadas como doenças relacionadas ao trabalho.

Equipe Administrativa

É composta por servidores com competência para apoiar o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, segurança do trabalho e perícia oficial em saúde.

Invalidez

No âmbito da APF, entende-se por invalidez do servidor a **incapacidade permanente e total** para o desempenho das atribuições do cargo, função ou emprego.

Considera-se também invalidez quando o desempenho das atividades acarreta risco à vida do servidor ou de terceiros, o agravamento da sua doença, ou quando a produtividade do servidor não atender ao mínimo exigido para as atribuições do cargo, função ou emprego.

Para fins dos benefícios previstos na Lei nº 8112/90, considera-se inválido o familiar, o dependente ou a pessoa designada quando for constatada, por perícia oficial, a incapacidade destes em prover seu próprio sustento, em consequência de doença ou lesão.

Profissional de Saúde Assistente

Profissional de saúde que assiste o servidor e é capaz de estabelecer um diagnóstico clínico, propor tratamentos, prognósticos, necessidade de afastamento do trabalho para a sua recuperação, prestar as informações necessárias para subsidiar a avaliação pericial, bem como emitir declaração de comparecimento para servir como justificativa de ausência do servidor ao trabalho.

Prontuário Eletrônico de Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal

Documento constituído de informações referentes à saúde e segurança no trabalho dos servidores públicos federais de órgãos e entidades do SIPEC, registradas em meio eletrônico. Trata-se de um documento de caráter legal e sigiloso que permite, conforme níveis diferenciados de acesso, a comunicação entre membros da equipe multiprofissional de atenção à saúde do servidor e segurança no trabalho e a continuidade do monitoramento e da atenção prestados ao servidor público federal.

Prontuários em Suporte de Papel

Os prontuários de saúde dos servidores públicos federais de órgãos e entidades do SIPEC, existentes atualmente em formato de papel, serão preservados e mantidos em arquivos apropriados, sob os

cuidados e guarda das instituições nas quais os servidores estão lotados, de acordo com prazo legal estipulado pelo CFM/CFO.

Siape Saúde

O Siape Saúde , módulo do SIAPE, de uso obrigatório, contempla informações sobre a saúde do servidor público do Poder Executivo Federal, incluindo os aspectos relativos às perícias em saúde, exames médicos periódicos, promoção à saúde, vigilância dos ambientes e processos de trabalho, concessões de adicionais ocupacionais, exames de saúde para investidura em cargo público, além de informações gerenciais. Foi concebido para a gestão e controle das ações da saúde e segurança no trabalho dos servidores, na forma de prontuário eletrônico de saúde, tendo como especificidade o acompanhamento da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor – PASS, abrangidos pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS.

Foi desenvolvido para acesso via internet, e permite diferentes níveis de acesso, definidos de acordo com os perfis envolvidos em cada submódulo.

A coleta, a sistematização e a análise de informações coletivas do sistema constituirão a base para a formação do perfil epidemiológico dos servidores, para a gestão qualificada das questões relativas à saúde do servidor.

Conhecimento Técnico-Científico

A análise da capacidade laborativa do servidor frente a uma doença ou agravo requer competência técnica, habilidade para avaliar o estado de saúde do servidor e conhecimentos da relação saúde e trabalho. Ao elaborar o laudo, o perito oficial em saúde deve se valer de conhecimento técnico de sua área de atuação e fundamentos legais para dirimir questões relacionadas ao direito.

O perito deve conhecer o tipo de trabalho do avaliado e, sobretudo, investigar em quais condições são desenvolvidas as atividades laborais, envolvendo o ambiente e a organização do trabalho, bem como suas relações sócio-familiares, podendo inclusive realizar visitas ou inspeções ao posto de trabalho.

Cabe ao perito, depois de confirmada a existência de enfermidade ou agravo, identificar a atividade exercida pelo servidor e emitir a conclusão sobre a limitação laborativa. O pleito poderá ser deferido ou negado, independentemente de apresentação de atestado do assistente.

Ética Profissional

Ética é um conjunto de valores e atitudes que orientam o comportamento dos indivíduos em relação aos seus pares na sociedade, garantindo o bem estar social. Não deve ser reduzida a um código único de preceitos e obrigações aplicados segundo procedimentos burocráticos e respaldados pela moral vigente.

A ética profissional tem a função de fortalecer o exercício da consciência, da liberdade e da responsabilidade do perito oficial e de todos que compõem a equipe de atenção à saúde do servidor e segurança do trabalho.

O processo de avaliação da capacidade laborativa, está pautado nas argumentações, no respeito às diferenças e no diálogo com o outro, evitando preconceitos e atos discriminatórios.

A perícia oficial em saúde está a serviço de interesses sociais, seja para assegurar o exercício dos direitos do servidor, seja para defender a APF, além de dar respaldo às decisões administrativas. O perito deve ter senso de justiça, realizando os procedimentos necessários para o exercício do direito, assim como fidelidade à coisa pública de forma a não permitir favorecimentos indevidos ou negação de direitos legítimos.

A isenção é uma obrigação ética do perito, também referendada nos Códigos de Ética em vigor. Não pode haver suspeição no ato pericial, por isso é vedado qualquer tipo de vínculo entre o perito oficial em saúde e o servidor ou seu dependente legal, pois se presume prejudicada a imparcialidade. Também é vedado qualquer tipo de ingerência administrativa no ato técnico pericial.

O perito oficial em saúde, atuando na perícia singular ou em junta, fica impedido de participar de ato pericial quando:

1. For parte interessada;

2. Tenha tido participação como mandatário da parte, ou sido designado como assistente técnico de órgão do Ministério Público, ou tenha prestado depoimento como testemunha;
3. For cônjuge ou parente da parte interessada (consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o segundo grau);
4. A parte for paciente, ex-paciente ou qualquer pessoa que tenha ou teve relações sociais, afetivas, comerciais ou administrativas, capazes de comprometer o caráter de imparcialidade do ato pericial.

Integralidade

Avaliação do indivíduo como um todo, considerando-o em seus aspectos biopsicossociais, não se restringindo à doença, agravo ou transtorno.

Integração

Articulação entre todos os setores envolvidos com a perícia, reunindo saberes e práticas, devendo respeitar as autonomias, experiências e culturas. Para que haja a integração na perícia oficial em saúde é necessário que se estimule co-responsabilidades, onde não só o servidor, mas sua família, sua instituição e a equipe multiprofissional de atenção à saúde do servidor e segurança do trabalho possam atuar no processo de afastamento e de recuperação da capacidade laborativa.

Sigilo Profissional e Documentos Oficiais

Todos os profissionais que trabalham nas unidades de atenção à saúde do servidor devem, quando do manuseio dos documentos oficiais, guardar sigilo sobre os assuntos de que têm ciência em razão do cargo, emprego ou função.

Sobre o sigilo, o Código Penal em seu art. 325, prevê punição para violação de sigilo funcional, quando “Revelar fato de que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a revelação”, *in verbis*.

É vedado ao perito assinar laudos periciais se não tiver realizado ou participado do exame.

Cabe ressaltar que assinar laudos falsos constitui crime previsto no Código Penal (arts. 299; 302), além de infração ética grave.

As informações produzidas pelo sistema informatizado Siape Saúde poderão ser objeto de estudo e divulgação pela APF, observadas as restrições referentes aos dados de caráter sigiloso e/ou pessoal.

Para realização de pesquisas e posterior publicação na forma de textos científicos, devem ser respeitadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Relação do Perito Oficial em Saúde com a Instituição

Os Peritos Oficiais em Saúde cumprem importante atribuição de defesa dos interesses do Estado e dos servidores no âmbito da APF. O perito, gozando de plena autonomia, tem o dever de informar aos setores próprios da APF sobre os resultados da perícia oficial em saúde e instruí-la no que for necessário. Sua atuação deve ser pautada pelo Código de Ética e pelas leis que regem a Administração Pública, sendo vedado sujeitar-se a demandas que possam influenciar o seu parecer.

O perito deve ainda satisfação ao preceito jurídico da autotutela, ou seja, é um servidor com autoridade constituída para chamar a si a responsabilidade de corrigir ato sob a sua alçada que gerou privação de direito ou lesão à coisa pública.

No caso de haver suspeita de privação de direito ou lesão à coisa pública praticado por outro perito,

o fato deverá ser comunicado à autoridade competente e ser objeto de apuração nos moldes previstos na Lei nº 8.112, de 1990.

Relação do Perito Oficial em Saúde com o Servidor ou seu Dependente Legal

É preciso distinguir a atuação do profissional que examina a pessoa com o objetivo de tratá-la, daquele que a examina na qualidade de perito.

Na assistência, o paciente escolhe o profissional livre e espontaneamente e confia-lhe o tratamento da sua enfermidade.

Na perícia, o servidor ou seu dependente legal é solicitado por uma autoridade a comparecer diante de um perito ou de uma junta, designados por essa autoridade, para verificar seu estado de saúde, com fins de decisão de direitos ou aplicação de leis.

Na relação assistencial, o paciente tem todo o interesse de informar ao profissional que o assiste seus sintomas e as condições de seu adoecimento, tendo a convicção de que somente assim o profissional poderá chegar a um diagnóstico correto e subsequente tratamento. Há um clima de mútua confiança e empatia. Na assistência, a confiança é uma necessidade imperiosa para a eficácia do tratamento. O sigilo é construído em uma relação particular de confiança, quase que compulsória. A violação desse sigilo é uma ofensa ao direito do paciente.

Na relação pericial, pode haver mútua desconfiança. O periciado tem o interesse de obter um benefício, o que pode levá-lo a prestar, distorcer ou omitir informações que levem ao resultado pretendido e o perito pode entender que existe simulação.

Na relação pericial não existe a figura de paciente, o periciado não está sob os cuidados do perito. O periciado não deve esperar do perito oficial em saúde um envolvimento de assistente, o que não significa ausência de cortesia, atenção e educação.

O perito não deve se referir ao periciado pelo termo “paciente”, mas sim como examinado, periciado ou servidor. O profissional deve estar preparado para exercer sua função pericial observando sempre o rigor técnico e ético para que não parem dúvidas em seus pareceres.

Ao perito caberá uma escuta que deve ir além do que verbaliza o periciado na tentativa de desvendar o que não foi revelado e avaliar as informações fornecidas. Deve ter em mente que a avançada tecnologia atual não pode se sobrepor à abordagem humanizada.

O perito deve realizar uma boa avaliação clínica e estar atento para identificar simulações. O senso crítico apurado deve ser fator determinante na atuação do perito para questionar sempre o que for necessário.

Fica a critério do perito a presença de acompanhante durante a perícia, desde que este não interfira nem seja motivo de constrangimento, pressão ou ameaça ao perito ou ao periciado.

Importante destacar que é vedada a filmagem ou a gravação da avaliação pericial (processo consulta CFM nº 1.829, de 2006, Parecer CFM Nº 9, de 2006, Capítulo IV do Código de Ética Odontológica e art. 6º da Resolução CFO nº 87, de 2009).

Relação do Perito Oficial em Saúde com o Profissional de Saúde Assistente

É tecnicamente recomendável que a avaliação pericial se inicie pela informação prestada pelo periciado, utilizando a observação do profissional de saúde assistente para subsidiar sua conclusão.

Cabe ao profissional assistente prestar as informações necessárias para subsidiar a avaliação pericial, devendo constar, obrigatoriamente, o diagnóstico da doença, sua evolução, a duração, as condutas e respostas terapêuticas, os exames comprobatórios e, se possível, o prognóstico.

O profissional assistente pode sugerir, inclusive, o tempo estimado de afastamento do trabalho para a recuperação de seu paciente. Não cabe ao assistente emitir parecer sobre os possíveis benefícios ou direitos ou tecer considerações legais ou administrativas, que estão fora do seu campo de atuação, conforme previsto nas Resoluções do CFM nº 1.851, de 2008 e CFO nº 87, de 2009.

Relação do Perito Oficial em Saúde com a Equipe Multiprofissional de Suporte à Perícia

8

O processo de atenção à saúde deve estar fundamentado na participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, formação e experiência profissional, a fim de qualificar a intervenção, uma vez que saúde não se restringe apenas à ausência de doença.

A necessidade do olhar de especialistas de diversas categorias profissionais justifica-se em função da complexidade da relação saúde-trabalho. O trabalho em equipe é fundamental para melhor compreender o estado de saúde do servidor e as decorrentes implicações nos diversos contextos em que o servidor está inserido.

Os profissionais que compõem a equipe de perícia oficial em saúde devem considerar em seu trabalho todas as dimensões implicadas no processo de avaliação. Para tanto, a avaliação da capacidade laborativa deve buscar compreender o indivíduo em sua totalidade, relacionando as informações sobre as condições laborais do periciado ao seu histórico clínico, familiar, social e afetivo.

Na medida em que a avaliação da capacidade laboral requer atenção e observância a complexa dinâmica do adoecimento e as incapacidades decorrentes, aos múltiplos fatores determinantes e condicionantes da saúde, pressupõe a adoção do enfoque biopsicossocial.

É com base nesse entendimento que se destaca a atuação da equipe de suporte à perícia em saúde. Para tanto, é imperativo preservar as competências e as atribuições privativas das categorias profissionais envolvidas, bem como seus limites legais, técnicos e normativos, assegurando, contudo, a abordagem interdisciplinar.

Os peritos oficiais em saúde podem solicitar aos profissionais que compõem a equipe de suporte à perícia oficial em saúde avaliações complementares com a finalidade de melhor compreender o processo de adoecimento ou agravo que acometa o periciado. Para fins desse Manual, denominaremos tais avaliações complementares de pareceres técnicos especializados.

Do Perito

Designação do Perito Oficial em Saúde

Exercício no Âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS

Perícia Oficial Em Saúde

1. Junta Oficial em Saúde

2. Perícia Oficial Singular em Saúde

Fundamentos Legais e Procedimentos a serem observados na atividade pericial

Perito Oficial em Saúde

É o médico ou o cirurgião-dentista que realiza ato pericial com o objetivo de subsidiar a APF na fundamentação de decisão a que está obrigada. É responsável pelo estabelecimento da correlação entre o estado mórbido e a capacidade laborativa do servidor, assim como do nexos entre o estado mórbido e o trabalho, bem como pela avaliação de pensionistas e dependentes nos dispositivos previstos na legislação

Designação do Perito Oficial em Saúde

Os peritos oficiais em saúde devem ser obrigatoriamente designados em documento legal (Portaria), ficando assim habilitados a realizar perícia singular e junta oficial em saúde, nas áreas periciais médica ou odontológica. As publicações devem acontecer em boletim de pessoal, providenciado pelo órgão de origem do servidor designado Perito Oficial em Saúde. A designação deverá ser feita pelo órgão sede da Unidade SIASS nos casos do art. 93 da Lei 8112/90, e outras formas de exercícios previstos em Lei.

Exercício no Âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS

Os peritos oficiais em saúde, os demais membros que igualmente compõem a equipe multiprofissional de atenção à saúde e segurança do trabalho e os servidores da área administrativa terão seus exercícios no âmbito do SIASS, mediante publicação de Portaria em Boletim de Pessoal. As publicações devem ser providenciadas pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal - APF nos quais estão lotados os respectivos profissionais titulares de cargos de provimento efetivo que comporão as equipes do SIASS, conforme dispõe a Lei nº 12.269, de 21 de junho de 2010

Perícia Oficial em Saúde

É o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do periciado por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado.

A perícia oficial em saúde produz informações para fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e suas alterações posteriores. De acordo com o Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, a perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

1. **Junta Oficial em Saúde:** perícia oficial em saúde realizada por grupo de três médicos ou de três cirurgiões-dentistas; e
2. **Perícia Oficial Singular em Saúde:** perícia oficial em saúde realizada por apenas um médico ou um cirurgião-dentista.

Fundamentos Legais e Procedimentos a serem observados na atividade pericial

A perícia oficial em saúde, após a realização dos exames periciais necessários, emitirá laudos ou pareceres que servirão de fundamentação nas decisões da APF, nos casos indicados a seguir, respeitadas as áreas de atuação médica ou odontológica, conforme a Lei nº 8.112, de 1990:

- a. Licença para tratamento da própria saúde
 - a1. Do servidor (arts. 202, 203 e 204, da Lei nº 8.112, de 1990);
 - a2. Do trabalhador (arts. 59 e 60 § 4º da Lei nº 8.213, de 1991).
- b. Licença por motivo de doença em pessoa da família (art. 81, inciso I, §1º, arts. 82 e 83 da Lei nº 8.112, de 1990, alterados pela Lei nº 11.269, de 2010);
- c. Licença à gestante
 - c1. Da servidora (art. 207 da Lei nº 8.112, de 1990):
 - c2. Da trabalhadora (art. 71 da Lei nº 8.213, de 1991).
- d. Licença por motivo de acidente
 - d1. Em serviço ou doença profissional (arts. 211 e 212 da Lei nº 8.112, de 1990);
 - d2. De trabalho (arts.19, 20 e 21 da Lei nº 8.213, de 1991).
- e. Aposentadoria por invalidez (art. 186, inciso I, da Lei nº 8.112, de 1990);
- f. Constatação de deficiência de dependente (art. 217, inciso I, alínea “e”, da Lei nº 8.112, de 1990) e constatação de invalidez de filho, enteado, dependente ou pessoa designada (art. 217, inciso II, alíneas “a” e “d”, da Lei nº 8.112, de 1990);
- g. Remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família (art. 36, inciso III, alínea “b”, da Lei nº 8.112, de 1990);
- h. Horário especial para servidor portador de deficiência e para o servidor com familiar portador de deficiência (art. 98, §2º e 3º, da Lei nº 8.112, de 1990);
- i. Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas de portador de deficiência (arts. 3º e 4º, do Decreto nº 3.298, de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296, de 2004);

- j. Avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar (art. 160 da Lei nº 8.112, de 1990);
- k. Recomendação para tratamento de acidentados em serviço em instituição privada à conta de recursos públicos (art. 213 da Lei nº 8.112, de 1990);
- l. Readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral (art. 24 da Lei nº 8.112, de 1990);
- m. Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão (art.25, inciso I, e art. 188, §5º, da Lei nº 8.112, de 1990);
- n. Avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no §1º do art. 186, para fins de integralização de proventos (art.190 da Lei nº 8.112, de 1990);
- o. Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade (art.32 da Lei nº 8.112, de 1990);
- p. Inspeção para investidura em cargo público (art. 14 da Lei nº 8.112, de 1990);
- q. Pedido de reconsideração e recurso acerca de avaliações periciais (arts. 106, 107 e 108 da Lei nº 8.112, de 1990);
- r. Avaliação para isenção de imposto de renda (art. 6º, inciso XIV e XXI da Lei nº 7.713, de 1988, alterada pela Lei nº 11.052, de 2004);
- s. Avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar (Decreto nº 977, de 1993);
- t. Avaliação de servidor portador de deficiência para comprovação da necessidade de acompanhamento de viagem a serviço (Decreto nº 7.613, de 2011);
- u. Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior (art. 206 da Lei nº 8.112, de 1990);
- v. Comunicação de doença de notificação compulsória ao órgão de saúde pública. (Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975, Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, e Portaria do Ministério da Saúde nº 104, de 25 de janeiro de 2011)

Define-se como licença por motivo de saúde o direito de o servidor ausentar-se, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus, dentro dos prazos previstos, conforme a legislação vigente.

Espécies de licença por motivo de saúde (Lei nº 8.112, de 1990):

Licença para tratamento da própria saúde (arts. 202, 203, 204 da Lei nº 8.112, de 1990);

Licença por motivo de doença em pessoa da família (arts. 83, 204 da Lei nº 8.112, de 1990);

Licença à gestante (art. 207 da Lei nº 8.112, de 1990);

Licença por acidente em serviço (arts. 211 e 212 da Lei nº 8.112, de 1990).

Para efeito de contagem de total de dias de afastamento, de modo a verificar a possibilidade de dispensa de perícia, ou se é caso de perícia singular ou avaliação por junta oficial, o cômputo dos 12 meses a que se refere o art. 3º do Decreto nº 7.003, de 2009, terá início no primeiro dia da primeira licença

concedida ao servidor, a partir da data de início fixada pelo citado Decreto, qual seja, 10 de novembro de 2009, quando se tratar da licença para tratamento de saúde do servidor. Já no caso de licença por motivo de doença em pessoa da família, a data de início foi 29 de dezembro de 2009, data fixada pela Medida Provisória nº 479, de 2009.

Essa será a sua data marco e se encerrará após 12 meses. Após esse prazo, um novo ciclo de 12 meses começará a partir do primeiro dia da próxima licença concedida, sendo tal dia sua nova data marco.

Caso o servidor encerre o ciclo de 12 meses e esteja afastado, o número de dias que ultrapassar o término do ciclo anterior será computado para novo período de 12 meses.

Ressalte-se que a dispensa de perícia oficial é uma faculdade, não havendo nenhum óbice à realização de perícia oficial singular mesmo quando satisfeitas as condições descritas no art. 4º do Decreto nº 7.003, de 2009.

Para efeito de contagem das licenças, serão sempre considerados os somatórios dos períodos concedidos dentro da mesma espécie de licença (licença para tratamento de saúde e licença por motivo de doença em pessoa da família)

Mesmo os servidores com licenças que atendam os critérios para serem dispensadas de perícia podem ser convocados para avaliação pericial a critério do perito, bem como por solicitação da chefia ou da unidade de recursos humanos/gestão de pessoas, conforme § 7º do art. 4º do Decreto nº 7.003, de 2009.

a) Licença para tratamento da própria saúde do servidor estatutário (arts. 202, 203, § 4º, 204 da Lei nº 8.112, de 1990, Decreto nº 7.003, de 09/11//2009 e ON SRH/MP nº 03, de 23/02/2010, republicada em 18/03/2010) ou segurado do RGPS (arts. 59 e 60 § 4º da Lei nº 8.213, de 1991)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular ou junta oficial em saúde, conforme o período de afastamento.

O prazo de licença para tratamento de saúde do servidor será considerado como de efetivo exercício até o limite de 24 meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo. Após esse prazo, poderá ser concedida licença para tratamento da própria saúde, ressaltando-se que o referido tempo contar-se-á apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade.

As licenças para tratamento de saúde podem ser tratadas de duas maneiras, conforme a legislação:

Licença Dispensada de Perícia

A licença de 1 a 14 dias para tratamento da própria saúde do servidor poderá ser dispensada de perícia, desde que sejam atendidos os seguintes pré-requisitos:

1. Os atestados médicos ou odontológicos concedam até cinco dias corridos, computados fins de semana e feriados;
2. O número total de dias de licença seja inferior a 15 dias no período de 12 meses, a contar da data de início do primeiro afastamento;
3. O atestado deve conter identificação do servidor e do profissional emitente e seu registro no conselho de classe, o nome da doença ou agravo, codificado ou não e o tempo provável de afastamento, todos os dados de forma legível;
4. O atestado deverá ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade no prazo má-

ximo de cinco dias corridos, contados da data do início do afastamento do servidor, salvo por motivo justificado aceito pela instituição.

O atestado deverá tramitar em envelope lacrado, identificado e marcado como confidencial, constando o último dia trabalhado e telefone para contato com o servidor e sua chefia imediata. Caso o prazo para entrega do atestado exceda os cinco dias corridos, deverá ser justificado e o servidor submetido a avaliação pericial presencial, cabendo ao perito a concessão da licença ou não.

A unidade competente do órgão ou entidade deverá encaminhar o atestado à unidade de atenção à saúde do servidor. O administrativo desta unidade registrará no Siape Saúde e comunicará à área competente o período de afastamento e a espécie de licença, para os procedimentos necessários, devendo entregar ao servidor uma cópia deste registro.

Os modelos de registros de licenças inferiores a quinze dias para licenças para tratamento de saúde do próprio servidor, constam no anexo II deste manual.

No caso de o atestado não atender às regras estabelecidas no Decreto nº 7.003, de 2009, ou no caso de o servidor optar por não especificar o diagnóstico de sua doença no atestado, ele deverá ser submetido a avaliação pericial, ainda que se trate de atestado que conceda licença por período inferior ou igual a cinco dias.

Licença concedida mediante Avaliação Pericial

a1. A licença de até 120 dias, ininterruptos ou não, no período de 12 meses, será avaliada por perícia singular e acima deste número de dias, obrigatoriamente, por junta oficial composta por três médicos ou três cirurgiões-dentistas, respeitando as áreas de atuação

O servidor deverá solicitar avaliação por perícia oficial à unidade competente do órgão/entidade ou diretamente à unidade de atenção à saúde em até cinco dias corridos do início do afastamento, munido de documento de identificação com foto e documentos comprobatórios de seu estado de saúde e do tratamento. A avaliação pericial deverá ser realizada o mais breve possível.

Nos casos em que houver suspeita de falsidade do atestado, será feito comunicado à área de gestão de pessoas do servidor para as providências. Em se tratando de atestado inverídico ou não fundamentado, o perito, após fundamentar a irregularidade, deverá notificar ao respectivo conselho de registro de classe para investigação. Cabe ao perito tentar esclarecer a situação, com cuidado para não fazer acusações infundadas, agindo sempre conforme os preceitos éticos.

Encontrando-se o servidor impossibilitado de se locomover ou estando hospitalizado, a avaliação pericial poderá ser realizada em residência ou em entidade nosocomial (perícia externa).

Caso não seja comprovada a incapacidade laborativa alegada, o servidor não terá sua licença concedida, no todo ou em parte.

O início da licença por motivo de saúde do servidor deverá corresponder à data do início do afastamento de suas atividades laborais, que deverá ser a mesma data de emissão do atestado. Os dados do exame do servidor serão registrados de forma completa e precisa no prontuário pericial.

A conclusão da avaliação pericial será comunicada por meio do laudo pericial de licença para tratamento de saúde, que será impresso e entregue ao servidor. Se a conclusão pericial exigir reavaliação da capacidade laborativa, o servidor deverá retornar à perícia no término da licença, mediante prévio agendamento, com os documentos solicitados.

Caso haja prorrogação da licença para tratamento de saúde, será emitido um novo laudo pericial de licença para tratamento de saúde.

O servidor que, no curso da licença, julgar-se apto a retornar à atividade, solicitará à unidade compe-

tente do órgão/entidade ou diretamente à unidade de atenção à saúde a reavaliação da sua capacidade laborativa. Caso não se configure mais a incapacidade, a perícia emitirá novo laudo pericial de licença para tratamento de saúde modificando a data de retorno ao trabalho.

O servidor que apresentar indícios de lesões orgânicas ou funcionais será submetido à avaliação da capacidade laborativa por inspeção pericial (art. 206 da Lei nº 8.112, de 1990). A convocação para essa inspeção será indicada pelo serviço de saúde ou autoridade competente e formalizada pela Unidade de Recursos Humanos/Gestão de Pessoas do órgão do servidor. Será punido com suspensão de até 15 dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido à perícia oficial determinada pela autoridade competente, cessando os efeitos da penalidade uma vez cumprida a determinação, conforme o art. 130, §1º, da Lei nº 8.112, de 1990.

Entende-se por lesão, o dano em qualquer órgão ou estrutura corporal. Lesão Funcional é a alteração na função de órgão, tecido ou outras estruturas, sem que haja alteração anatômica e Lesão Orgânica, a lesão em órgão, tecido ou outras estruturas, com alteração anatômica.

a2. Os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com o serviço público, os empregados públicos, os anistiados celetistas e os contratados por tempo determinado vinculam-se ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS, em razão do disposto nas Leis nºs 8.213, de 1991, 8.647, de 1993, 8.745, de 1993 e § 13 do art. 40 da Constituição Federal.

- Apenas os primeiros 15 dias de licença serão concedidos pela perícia oficial em saúde, conforme prevê o art. 60 da Lei nº 8.213, de 1991, sendo necessário avaliação pericial para concessão desse afastamento;
- A partir do 16º dia as licenças serão concedidas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)/Regime Geral de Previdência Social (RGPS). Para tal, o periciado será encaminhado à perícia do INSS pela Unidade de Recursos Humanos/Gestão de Pessoas (art. 75 do Decreto 3.048, de 1999);
- Caso o agendamento da avaliação pericial do INSS ultrapasse o período de afastamento sugerido pelo profissional assistente, ou se o segurado desejar antecipar o seu retorno ao trabalho e for considerado apto pelo profissional assistente, poderá retornar ao trabalho, devendo ainda se submeter à perícia agendada no INSS. Cabe ressaltar que nesses casos o órgão não deve impedir o retorno do empregado;
- Nova solicitação de licença após os 15 dias iniciais concedidos pelo órgão/entidade:
 1. Quando se tratar da mesma doença ou correlatas:
 - transcorridos menos de 60 dias a contar do término dos 15 dias iniciais, deverá ser encaminhado ao INSS por tratar-se de uma prorrogação do benefício anterior;
 - transcorridos mais de 60 dias a contar do término dos 15 dias iniciais, poderão ser concedidos até 15 dias pelo órgão/entidade.
 2. Quando se tratar de outra doença: poderão ser concedidos até 15 dias de licença para tratamento de saúde pelo órgão/entidade mesmo que o periciado não tenha retornado ao trabalho.

O comparecimento a consulta com profissional de saúde, tratamento, procedimentos ou exames, por uma fração do dia, não gera licença, por falta de amparo legal, mas deverá ser comprovado por meio de declaração de comparecimento emitida pelo profissional assistente, para servir como justificativa de afastamento, ficando a critério da chefia imediata do servidor a compensação do horário, conforme a legislação em vigor (parágrafo único do art. 44 da Lei nº 8.112, de 1990).

A dispensa de perícia prevista no art. 204 da Lei nº 8.112, de 1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.003, de 2009, aplica-se apenas aos servidores ocupantes de cargo efetivo estatutário regidos pelo Regime Jurídico Único - RJU.

b) Licença por motivo de doença em pessoa da família (art. 83, Lei 8.112, de 1990 e Decreto 7.003, de 2009 e ON SRH/MP nº 03, de 23/02/2010, republicada em 18/03/2010)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular ou junta oficial em saúde, conforme o período de afastamento.

Para efeito de concessão da licença prevista neste item, considera-se pessoa da família:

1. Cônjuge ou companheiro;
2. Mãe e pai;
3. Filhos;
3. Madrasta ou padrasto;
4. Enteados;
5. Dependente que viva às expensas do servidor e conste de seu assentamento funcional.

A licença somente será deferida se a assistência pessoal do servidor à pessoa da família for indispensável e não puder ser prestada, simultaneamente, com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário.

Importante destacar que a avaliação pericial será realizada no familiar ou dependente do servidor. Deverá ser considerada a localidade em que se encontra o familiar/dependente legal com a finalidade de esclarecer a necessidade de afastamento do servidor. A avaliação multiprofissional deverá ser realizada, sempre que possível, para subsidiar essa decisão.

A licença para acompanhamento de pessoa da família, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida a cada período de 12 meses, nas seguintes condições:

1. Por até 60 dias, consecutivos ou não, mantida a remuneração do servidor;
2. Após os 60 dias, por até mais 90 dias, consecutivos ou não, sem remuneração, não ultrapassando o total de 150 dias, incluídas as respectivas prorrogações.

Licenças Dispensadas de Perícia

Conforme o Decreto nº 7.003, de 2009, a licença por motivo de doença em pessoa da família poderá ser dispensada de perícia, desde que sejam atendidos os seguintes pré-requisitos:

1. Os atestados médicos ou odontológicos sejam de até três dias corridos, computados fins de semana e feriados;
2. O número total de dias de licença seja inferior a 15 dias, a contar da data de início do primeiro afastamento, no período de 12 meses;

3.O atestado deve conter a justificativa quanto à necessidade de acompanhamento, a identificação do servidor e do profissional emitente e seu registro no conselho de classe, o nome da doença ou agravo, codificado ou não e o tempo provável de afastamento, contendo todos os dados de forma legível;

4.O atestado deve ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade **no prazo máximo de cinco dias corridos**, contados da data do início do afastamento do servidor, (deverá corresponder à data em que foi emitido o atestado), salvo por motivo justificado aceito pela instituição.

O atestado médico ou odontológico, emitido em nome da pessoa da família ou dependente que necessitar de acompanhamento pelo servidor, deverá tramitar em envelope lacrado, classificado como “confidencial”, e identificado com nome, matrícula, órgão de lotação ou exercício do servidor, último dia trabalhado, tipo de documento (atestado médico ou odontológico) e telefone para contato com o servidor e sua chefia imediata.

O atestado deve ser entregue na unidade competente do órgão/entidade ou diretamente à Unidade SIASS ou serviço de saúde do servidor. O administrativo da unidade registrará no Siape Saúde e comunicará à área competente o período de afastamento e a espécie de licença, para os procedimentos necessários, devendo entregar ao servidor uma cópia deste registro.

No caso do atestado não atender às regras estabelecidas no Decreto nº 7.003, de 2009, ou se o servidor optar por não especificar o diagnóstico da doença no atestado, o familiar ou dependente deverá ser submetido a avaliação pericial ainda que se trate de atestados inferiores ou iguais a três dias.

Os ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com o órgão público, segurados do RGPS, por serem servidores, têm direito a licença por motivo de doença da família, nas mesmas condições citadas anteriormente.

Vale ressaltar que os contratados por tempo determinado e os empregados públicos não farão jus à licença por motivo de doença em pessoa da família, uma vez que não são definidos como servidores públicos.

c) Licença à gestante (art. 207, §§ 2º, 3º e 4º, Lei nº 8.112, de 1990 e art. 71, Lei nº 9213, de 1991)

Competência do perito: realizar perícia oficial singular em saúde.

c1.) A licença à gestante destina-se à proteção da gravidez, à recuperação pós-parto, à amamentação e ao desenvolvimento da relação do binômio mãe-filho, a partir do primeiro dia do nono mês de gestação (correspondente ao período entre 38 e 42 semanas), salvo antecipação do nascimento ou por prescrição médica.

A duração do afastamento para a licença à gestante é de 120 dias consecutivos.

A prorrogação da licença à gestante por mais 60 dias será concedida administrativamente, desde que requerida pela servidora até o trigésimo dia, a contar do dia do parto (§1º, do art 2º, do Decreto 6.690 de 2008).

Considerando que a licença à gestante pode ser concedida administrativamente ou por perícia oficial, devem ser observados os seguintes aspectos:

I – Sem Avaliação Pericial

1. A licença à gestante é solicitada e concedida administrativamente quando tiver seu início na data do parto, comprovada pelo aviso ou registro de nascimento ou atestado médico, sem que seja necessária a avaliação médico pericial.. Nos casos de nascidos vivos que venham a falecer no de-

curso da licença à gestante, a servidora terá o direito de permanecer afastada durante os 120 dias.

II – Com Avaliação Pericial

1. No caso de qualquer intercorrência clínica proveniente do estado gestacional, verificada no transcurso do nono mês de gestação, deverá ser concedida, de imediato, a licença à gestante;

2. Nos casos de natimorto, a servidora será submetida a exame médico 30 dias após o parto e, se julgada apta, reassumirá o exercício de seu cargo. No caso de a perícia entender pela inaptidão para reassumir o exercício do seu cargo, a licença continua fundamentada no art. 207.

Para fins do previsto neste Manual, considera-se parto a expulsão, a partir do quinto mês de gestação, de feto vivo ou morto.

No caso de aborto (art. 207, §4º, da Lei nº 8.112, de 1990) comprovado por perito oficial, a servidora fará jus a 30 dias de repouso remunerado improrrogáveis. Aborto é a expulsão do conceito, vivo ou morto, com menos de 500 gramas ou antes da 20ª (vigésima) semana de gestação.

Decorrido esse período de afastamento, a servidora que se julgar incapaz de reassumir suas funções deverá requerer licença para tratamento de saúde e se submeter a nova avaliação pericial.

Na hipótese de surgirem intercorrências geradoras de incapacidade durante a gravidez ou após a licença à gestante, ainda que dela decorrentes, o afastamento será processado como licença para tratamento de saúde, observado o que dispõe o item sobre licença para tratamento de saúde do servidor.

A licença à gestante e a licença para tratamento de saúde são espécies diferentes de licença, não podendo ser concedidas concomitantemente. A licença à gestante não pode ser interrompida, exceto no caso de natimortos.

c2.) As servidoras ocupantes de cargos comissionados, sem vínculo efetivo com a APF, as contratadas por tempo determinado, as empregadas públicas (seguradas do RGPS – art. 71, Lei nº 8.213, de 1991), terão a licença à maternidade concedida nos termos do RGPS.

No caso de o perito oficial, durante a avaliação pericial, constatar que a gestante ou lactante encontra-se exposta a fatores de risco, caberá a ele informar à unidade de recursos humanos da servidora.

d) Licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional (arts. 211 e 212 da Lei nº 8.112, de 1990, art. 20 da Lei nº 8.213, de 1991 e ON SRH/MP nº 03, de 23/02/2010, republicada em 18/03/2010)

Competência do perito: realizar perícia oficial singular em saúde.

dI.) Do Acidente em Serviço

(arts. 211 a 214 da Lei nº 8.112, de 1990)

Nos termos do art. 212 da Lei nº 8.112, de 1990, configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Equipara-se ao acidente em serviço o dano decorrente de agressão sofrida e não provocada pelo servidor no exercício do cargo, bem como aquele sofrido no percurso da residência para o trabalho e vice-versa.

Conforme determinação expressa do art. 214 da Lei nº 8.112, de 1990, a prova do acidente será feita no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem. Será aceito como prova

qualquer documento que comprove a ocorrência do fato, a exemplo de boletim de ocorrência, fotografia, relato de profissional socorrista ou congêneres, testemunhas, dentre outros meios que registrem o fato ocorrido.

d2.) Do Acidente do Trabalho

(arts.19, 20 e 21 da Lei nº 8.213, de 1991)

O acidente do trabalho, para os fins deste Manual, refere-se apenas ao ocupantes de cargos em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, contratados por tempo determinado e empregados públicos anistiados, tendo em vista serem contribuintes e segurados do Regime Geral de Previdência Social – RGPS.

Nesse caso, o acidente de trabalho é definido com base no disposto nos arts. 19 a 21 da Lei nº 8.213, de 1991, como sendo o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da Administração Pública Federal, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

A comprovação do acidente do trabalho compete exclusivamente à perícia do INSS. Compete aos órgãos da Administração Pública Federal tão somente a emissão e envio da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT-RGPS), nos prazos legais.

Os servidores ocupantes de cargos em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, os contratados por tempo determinado e os empregados públicos anistiados, quando vítimas de acidente de trabalho, serão encaminhados ao INSS a partir do 16º dia de afastamento do trabalho (conforme art.75, §2, do Decreto nº 3.048, de 1999). Cabe, nestes casos, ao INSS a realização de perícia e a responsabilidade pela remuneração do período que exceder aos 15 dias dos casos previstos em lei. Por sua vez, cabe a APF a realização da perícia nas Unidades do SIASS nos primeiros 15 dias para concessão da Licença para tratamento de saúde – RGPS – 15 dias.

Consideram-se acidente do trabalho, nos termos da Lei nº 8.213, de 1991, as seguintes entidades mórbidas:

- a) doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;
- b) doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Contudo, não são consideradas como doença do trabalho a doença degenerativa, a inerente a grupo etário, a que não produza incapacidade laborativa, nem tampouco a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos da Lei nº 8.213, de 1991:

- I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;
- II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em conseqüência de:
 - a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;

- b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;
- c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;
- d) ato de pessoa privada do uso da razão;
- e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

- a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
- b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

Não é considerada agravação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior.

Orientações para o Registro e a Configuração do Acidente em Serviço

O registro do acidente em serviço deve ser feito junto a Unidade SIASS ou serviço de saúde do servidor.

O nexo causal entre quadro clínico e a atividade é parte indissociável do diagnóstico pericial de acidentes em serviço ou de trabalho e se fundamenta em uma anamnese ocupacional completa, em dados epidemiológicos, em relatórios das condições de trabalho e em visitas aos ambientes de trabalho e, ainda, uma avaliação técnica das circunstâncias em que ocorreu o infortúnio, que pode contar com equipes de vigilância de ambiente e processos de trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade.

Não serão equiparadas às doenças relacionadas ao trabalho as doenças degenerativas, as inerentes a grupo etário e as doenças endêmicas adquiridas por habitante de região em que elas se desenvolvam, salvo comprovação de que são resultantes de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

A determinação dos mecanismos envolvidos na gênese/causa dos acidentes em serviço ou de trabalho é importante para práticas de prevenção aos agravos e promoção à saúde dos servidores.

Os acidentes em serviço ou de trabalho, incluindo as doenças relacionadas ao trabalho, são eventos que podem indicar as condições de trabalho, sejam ambientais ou organizacionais, podendo ocasionar invalidez ou limitações que poderiam ser evitadas ou minimizadas por medidas preventivas.

A caracterização do acidente em serviço está condicionada à classificação estabelecida anteriormente e terá como resultado a emissão de comunicação de acidente em serviço do servidor público – CAT/SP, à qual analisaremos abaixo:

Comunicação de Acidente em Serviço do Serviço Público - CAT/SP

Comunicação de Acidente em Serviço do Servidor Público – CAT/SP é um documento padronizado utilizado pelos órgãos da APF, para informar o acidente em serviço ocorrido com o servidor regido pela Lei nº 8.112, de 1990. Trata-se de um importante instrumento notificador que poderá propiciar a associação de informações estatísticas, epidemiológicas, trabalhistas e sociais.

Os acidentes em serviço podem ser classificados, quanto à forma como ocorrem, em:

Acidente Típico: São todos os acidentes que ocorrem no desenvolvimento das atividades laborais no ambiente de trabalho ou a serviço deste, durante a jornada de trabalho, ou quando estiver à disposição do trabalho. O acidente típico é considerado como um acontecimento súbito e imprevisto, que pode provocar no servidor incapacidade para o desempenho das atividades laborais.

Para caracterizar o acidente típico não é necessário que ele ocorra somente no setor em que o servidor trabalhe, basta que ocorra em qualquer dependência do estabelecimento, se o servidor estiver a serviço, dentro do seu horário de trabalho.

Nos períodos destinados às refeições ou descanso no local de trabalho, o servidor é considerado a serviço do órgão para fins de acidente em serviço, de forma que o acidente nesta hipótese também será considerado como acidente em serviço típico.

Acidente de Trajeto: São os acidentes que ocorrem no trajeto entre a residência e o trabalho ou vice-versa. Para sua caracterização o servidor não poderá desviar de seu percurso habitual por interesse próprio, vez que, se tal fato ocorrer, será considerado acidente comum, o que desobriga o órgão de preencher a CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho).

Doenças Relacionadas ao Trabalho: os trabalhadores podem desenvolver agravos à sua saúde, adoecer ou mesmo morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. Assim, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da conjunção desses fatores, que podem ser sintetizados em três grupos de causas (Mendes & Dias, 1999):

Grupo I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional. Ex: intoxicação por chumbo, sílica, doenças profissionais legalmente reconhecidas.

Grupo II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais onexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. Ex: Hipertensão arterial, doença coronariana, doenças do aparelho locomotor e neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.

Grupo III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente. Ex: doenças alérgicas de pele e respiratórias, transtornos mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Quando emitir a Comunicação de Acidente em Serviço do Servidor Público – CAT/SP:

Todo e qualquer acidente em serviço que provoque ou não lesões no servidor, havendo ou não afastamento de suas atividades, obrigatoriamente deve ser registrado, mediante preenchimento de formulário da “Comunicação de Acidente em Serviço do Serviço Público – CAT/SP”, para que sejam resguardados os direitos do servidor acidentado em serviço, além de possibilitar a análise das condições em que ocorreu o acidente e a intervenção de forma a reduzir, ou mesmo impedir novos casos.

O formulário da CAT/SP, constante no Anexo III deste Manual, deve ser preenchido mesmo em

caso de suspeita do acidente ou doença, até que seja confirmado seunexo causal. No caso de haver documento comprobatório de acidente (boletim de ocorrência, fotografia, ou outros), recomenda-se sua anexação à CAT-SP. Na hipótese de não haver outra prova, a CAT-SP configurará prova para os fins legais, devendo ser apresentada no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias assim o exigirem (art. 214 da Lei nº 8.112, de 1990).

Responsável pela emissão da CAT/SP:

A CAT/SP poderá ser preenchida:

- Pelo próprio servidor;
- Por sua chefia imediata;
- Pela equipe de vigilância de ambientes e processos de trabalho;
- Por membro da família do servidor;
- Por perito oficial em saúde;
- Por testemunha do acidente.

Caso a CAT/SP não tenha sido preenchida, o profissional de RH ou de saúde que primeiro atender o servidor ficará responsável pelo seu preenchimento.

Destino da CAT/SP:

Após o devido preenchimento da CAT/SP, esta deverá ser encaminhada para a Unidade SIASS ou serviço de saúde do servidor, ou, na inexistência destes, para a unidade de recursos humanos à qual o servidor estiver vinculado.

O nexocausal será estabelecido pelo perito oficial em saúde.

Ações de Investigação em relação à CAT/SP:

Quando necessário, o perito oficial em saúde encaminhará a CAT/SP para análise da equipe de vigilância de ambientes e processos de trabalho, que emitirá parecer para subsidiar a perícia oficial com vistas à conclusão do nexocausal.

Cabe às equipes de promoção à saúde e vigilância dos ambientes e processos de trabalho orientar e promover as intervenções necessárias no ambiente de trabalho do servidor onde ocorreu o acidente.

Os servidores afastados, ou não, por motivo de acidente em serviço ou por doença profissional ou relacionada ao trabalho deverão ser submetidos à perícia oficial em saúde, independentemente do quantitativo de dias de licença.

A prova do acidente será feita no prazo de dez dias, prorrogável quando as circunstâncias assim o exigirem (art. 214 da Lei nº 8.112, de 1990).

O servidor acidentado em serviço, que necessite de tratamento especializado que não exista em instituição pública, poderá ser tratado em instituição privada, à custa de recursos públicos, desde que seja constatada a necessidade por junta oficial em saúde (art. 213 da Lei nº 8.112, de 1990). O referido tratamento é considerado medida de exceção.

Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT-RGPS (arts.19, 20 e 21 da Lei nº 8.213, de 1991).

Recomendações para emissão de CAT para ocupantes de cargos em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, contratados por tempo determinado e empregados públicos anistiados (CAT-RGPS)

No acidente de trabalho de segurado do RGPS e outros casos previstos em lei, o órgão deverá comunicar o acidente de trabalho ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS até o primeiro dia útil após o acidente e, em caso de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa. O segurado deverá ser encaminhado ao INSS pelo RH do órgão por meio do preenchimento do formulário de CAT-RGPS, cabendo ao órgão emitir uma cópia da CAT/RGPS a ser entregue ao acidentado ou seu familiar e ao sindicato correspondente.

Recomendações gerais para o preenchimento da CAT relativa ao segurado do RGPS

Em face dos aspectos legais envolvidos, recomenda-se que sejam tomadas algumas precauções para o preenchimento da CAT relativa ao segurado do RGPS, dentre elas:

- Não assinar a CAT-RGPS em branco;
- Ao assinar a CAT-RGPS, verificar se todos os itens de identificação foram devida e corretamente preenchidos;
- O atestado médico da CAT-RGPS é de competência única e exclusiva do médico;
- O preenchimento deverá ser digitado ou em letra de forma, de preferência com caneta esferográfica;
- Não conter emendas ou rasuras;
- Evitar deixar campos em branco;
- Apresentar a CAT-RGPS, impressa em papel, em duas vias ao INSS, que reterá a primeira via, observada a destinação das demais vias;
- O formulário “Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT-RGPS” poderá ser substituído por impresso do próprio órgão ou entidade, desde que possua sistema de informação de pessoal mediante processamento eletrônico, cabendo observar que o formulário substituído deverá ser emitido por computador e conter todas as informações exigidas pelo INSS;
- A CAT-RGPS deverá ser preenchida e encaminhada mesmo que o servidor ocupante de cargo em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, o contratado por tempo determinado ou o empregado público anistiado não tenha se licenciado em virtude do acidente, sob pena de multa.

e) Aposentadoria por invalidez (art. 40, § 1º, Inciso I da CF, de 1988, art. 186, Inciso I, §§ 1º e 3º, art. 188, §§ 1º, 2º, 3º, 4º e 5º, da Lei nº 8.112, de 1990, alterada pela Lei nº 11.907, de 2009)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

A invalidez ocorre quando o servidor for acometido de uma doença que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo. As doenças podem impor limitações às atividades da vida diária e/ou laborais do indivíduo, sem, contudo, torná-lo totalmente incapaz.

A invalidez pode ser considerada de caráter temporário, quando há possibilidade de recuperação, após tratamento específico. Nesses casos, a junta deverá indicar um prazo para reavaliação da capacidade laborativa do servidor.

A invalidez total e permanente para o trabalho é a incapacidade definitiva para o exercício do cargo, função ou emprego em decorrência de alterações provocadas por doença ou acidente com a impossibilidade de ser reabilitado, levando em conta os recursos terapêuticos e/ou tecnológicos existentes.

Quando o servidor não tiver as condições de saúde necessárias à execução das atividades do cargo, função ou emprego deverá ser afastado para tratamento.

Quando constatada a limitação para exercer determinadas atividades, o perito poderá sugerir restrição de atividades dentro do mesmo cargo, função ou emprego.

Caso seja constatada, a qualquer tempo, a impossibilidade de reversão da condição e não for possível a readaptação, ou ainda, expirado o prazo de 24 meses de afastamento pela mesma enfermidade, ou doenças correlatas, será sugerida a aposentadoria por invalidez.

É importante destacar que a Junta Oficial poderá propor a aposentadoria por invalidez a qualquer momento, mesmo antes de completados os 24 meses de afastamento por motivo de saúde, ininterruptos ou não, uma vez confirmada a impossibilidade de retorno à atividade.

Em toda aposentadoria por invalidez, a junta poderá determinar prazo para reavaliação.

No caso de servidor nomeado para vaga destinada à pessoa com deficiência, a limitação que levou ao seu ingresso em órgão público não poderá por si só ser motivo de aposentadoria por invalidez, devendo ser observado se a sua capacidade laborativa foi agravada por doença, lesão ou pelo exercício do cargo, função ou emprego.

Cabe ressaltar que nos casos de doença enquadrada no § 1º, do art. 186 da Lei nº 8.112, de 1990 e nos acidentes de trabalho e/ou doença profissional, deverá constar no laudo o nome da doença por extenso (art. 205 da Lei nº 8.112, de 1990).

O lapso de tempo compreendido entre o término da licença e a publicação do ato da aposentadoria será considerado pela Unidade de Recursos Humanos/Gestão de Pessoas como prorrogação da licença (art. 188, § 3º, da Lei nº 8.112 de 1990).

f) Constatação de deficiência de dependente (art. 217, inciso I, alínea “e” da Lei nº 8.112, de 1990) e de invalidez de dependente ou pessoa designada (art. 217, inciso II, alínea “c” e “d” e art. 222, inciso III e Parágrafo único da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

Constatação de deficiência de dependente econômico de servidor (art. 217, inciso I, alínea “e” da

Lei nº 8.112, de 1990): O deficiente, dependente econômico do servidor, será submetido à avaliação pericial para comprovação da deficiência. Para fins de concessão da pensão, a data do diagnóstico da deficiência e da dependência devem ser anteriores ou concomitantes à data do óbito do servidor. A comprovação de dependência deve ser feita pela área de Recursos Humanos do órgão. Os critérios a serem considerados para constatação de deficiência estão descritos no Decreto nº 3.298, de 1999, modificado pelo Decreto nº 5.296, de 2004.

Constatação de invalidez de filhos ou enteados e dependentes designados (art. 217, inciso II, alínea “a”, “c” e “d”, da Lei nº 8.112, de 1990): nas situações em que os filhos, enteados ou pessoa designada dependentes do servidor, precisem da constatação de invalidez para fins de recebimento de pensão, a junta deverá especificar a invalidez, a data do seu início, a necessidade e o prazo para a reavaliação.

A avaliação pericial para a constatação de deficiência ou de invalidez, com vistas a concessão de pensão, deve ser solicitada pelo interessado junto à área de Recursos Humanos que adotará os procedimentos administrativos, encaminhando o dependente à Unidade SIASS ou ao serviço de saúde do órgão do servidor.

g) Remoção por motivo de saúde do servidor, de pessoa de sua família ou dependente (art. 36 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

A avaliação pericial para concessão de remoção ao servidor por motivo de sua saúde ou de pessoa de sua família será realizada a pedido do interessado.

Considera-se pessoa da família, para efeito de remoção por motivo de acompanhamento:

1. Cônjuge;
2. Companheiro;
3. Dependente que viva às suas expensas e conste de seu assentamento funcional.

O servidor, munido de parecer do profissional de saúde assistente que indique necessidade de remoção por motivo de saúde, deverá requerer a sua remoção à área de recursos humanos no seu local de lotação. O laudo, emitido por junta oficial, é indispensável à análise do pedido de remoção e deverá, necessariamente, atestar a existência da doença ou motivo de saúde que fundamenta o pedido.

Ressalta-se que a avaliação pericial para concessão de remoção do servidor por motivo de doença em pessoa de sua família deverá ser realizada no familiar.

A avaliação pericial poderá basear-se em:

1. Razões objetivas para a remoção;
2. Se a localidade onde reside o servidor ou seu dependente legal é agravante de seu estado de saúde ou prejudicial à sua recuperação;
3. Se na localidade de lotação do servidor não há tratamento adequado;
4. Se a doença é preexistente à lotação do servidor na localidade e, em caso positivo, se houve evolução do quadro que justifique o pedido;

5. Quais os benefícios do ponto de vista de saúde que advirão dessa remoção;
6. Quais as características das localidades recomendadas;
7. Se o tratamento sugerido é de longa duração e se não pode ser realizado na localidade de exercício do servidor.

É importante destacar que o laudo deverá ser conclusivo quanto à necessidade da mudança de exercício. Reserva-se à APF, no resguardo de seus interesses, indicar qualquer localidade de exercício, desde que satisfaça às necessidades de saúde e tratamento do servidor, de pessoa de sua família ou dependente. Os servidores sem vínculo efetivo com a União, os contratados temporários e os empregados públicos não fazem jus à remoção.

Movimentação do Prontuário de Saúde de Servidor Removido

O prontuário de saúde existente na Unidade SIASS ou serviço de saúde do órgão do servidor será remetido à área de Gestão de Pessoas, a qual tem a responsabilidade em enviar, em envelope lacrado e identificado como confidencial, o referido prontuário de saúde à nova unidade de exercício do servidor, aos cuidados da Unidade SIASS ou serviço de saúde naquela nova localidade.

h) Horário especial para servidor com deficiência ou cônjuge, filho ou dependente com deficiência (art.98, § 2º e § 3º da Lei nº 8.112 de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

As deficiências deverão ser comprovadas por pareceres e exames especializados, indicados para cada caso.

A perícia é solicitada a fazer avaliação para fins de constatação de deficiência nas seguintes situações:

1. Deficiência do servidor, com vistas à concessão de horário especial, não sujeito à compensação (art. 98, § 2º da Lei nº 8.112, de 1990);
2. Deficiência física de cônjuge, filho ou dependente do servidor, com vistas à concessão de flexibilização de horário do servidor, sujeita à compensação. (art. 98, §3º da Lei nº 8.112 de 1990).

Destaca-se que a constatação da deficiência será feita de acordo com o previsto no § 1º, do art. 5º, do Decreto nº 5.296, de 2004 e no inciso I, do art. 3º do Decreto nº 3.298, de 1999.

Deverão ser registrados o tipo e a data de início da deficiência, se permanente ou temporária e se há necessidade de reavaliação por período a ser determinado pela junta oficial.

i) Constatação de deficiência de candidatos aprovados em concurso público em vaga de pessoa com deficiência (arts. 3º e 4º do Decreto nº 3.298, de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

Competência: Equipe multiprofissional incluindo um médico investido em cargo público (médico oficial).

Para concorrer a vaga destinada a pessoa com deficiência o candidato deverá, no ato da inscrição:

1. Declarar-se como pessoa com deficiência;

2. Apresentar laudo médico original ou cópia autenticada emitido nos últimos 12 meses, atestando a categoria e o grau ou nível da deficiência.

Os candidatos aprovados por concurso público na condição de deficientes, conforme Decretos nº 3.298, de 1999 e nº 5.296, de 2004, serão avaliados por perícia médica para fins de constatação da deficiência alegada e a compatibilidade das atribuições do cargo e a deficiência de que são portadores.

Compete à perícia a qualificação do candidato aprovado como pessoa com deficiência, nos termos das categorias definidas pela legislação vigente.

Os candidatos deverão comparecer à perícia munidos de laudo médico e exames comprobatórios no prazo de validade (12 meses), que atestem a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID em vigor), conforme especificado no Decreto nº 3.298, de 1999 e suas alterações, bem como à provável causa da deficiência.

Para esta avaliação não haverá modelo de laudo disposto em Anexo a este Manual.

A inobservância dos dispositivos legais, a incompatibilidade com as atribuições do cargo e o não comparecimento à prévia inspeção médica oficial, acarretará a perda do direito às vagas reservadas aos candidatos com deficiência.

Após a inspeção médica oficial, os candidatos com deficiência comprovada serão avaliados por equipe multiprofissional quanto à acessibilidade, recomendação de equipamentos, à natureza das atribuições e tarefas, e compatibilidade entre o cargo, função ou emprego e a deficiência apresentada.

Durante o estágio probatório a equipe multiprofissional fará o acompanhamento do candidato para verificar sua adaptação às atribuições do cargo. As orientações estão descritas no Capítulo IV deste manual que trata das atribuições da equipe multiprofissional na perícia em saúde e são baseadas no art. 43 do Decreto nº 3.298, de 1999.

O órgão responsável pela realização do concurso terá a assistência de equipe multiprofissional composta de três profissionais: um integrante da carreira almejada pelo candidato, um integrante atuante nas áreas das deficiências em questão e um médico.

A caracterização ou constatação da deficiência, por se tratar de um ato médico, será atribuição exclusiva de médico oficial. Uma vez caracterizada a deficiência, o candidato aprovado passará a ser avaliado por equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional avaliará a compatibilidade entre a deficiência diagnosticada pelo médico oficial e as atribuições do cargo e emitirá parecer observando:

1. As informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição;
2. A natureza das atribuições e tarefas essenciais do cargo, função ou emprego a desempenhar;
3. A viabilidade das condições de acessibilidade e as adequações do ambiente de trabalho na execução das tarefas;
4. A possibilidade de uso, pelo candidato, de equipamentos ou outros meios que habitualmente utilize;
5. A CID e outros padrões reconhecidos nacional e internacionalmente.

A equipe multiprofissional também avaliará a compatibilidade entre as atribuições do cargo e a deficiência do candidato durante o estágio probatório.

Constatação de Deficiência

Nos termos do Decreto nº 3.298, de 1999, deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura

ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, podendo ser classificada como:

1. Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida. Não se incluem as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Também aplica-se à pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

2. Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

3. Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

4. Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidados pessoais; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho.

5. Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.

Ressalta-se que, no que diz respeito à deficiência auditiva, citada no item 3 acima, para fins de cumprimento das disposições do Decreto nº 3.298, de 1999, sua apuração deverá ser feita a partir da média dos limiares auditivos obtidos nas frequências indicadas no art. 4º, inciso II do citado Decreto. Assim, será considerada pessoa com deficiência auditiva, o indivíduo que possua perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, na média das frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

(O entendimento encontra fundamento no Parecer CFFa – CS nº 31, de 1º de março de 2008, do Conselho Federal de Fonoaudiologia, que cita, inclusive, que a Organização Mundial de Saúde – OMS considera o padrão estabelecido pela International Standards Organization – ISO).

j) Avaliação de sanidade mental para fins de processo administrativo disciplinar (art. 160 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

Em caso de servidor acusado em Processo Administrativo Disciplinar, a junta pode ser solicitada a avaliá-lo quanto à sua sanidade mental, devendo ter, obrigatoriamente, a participação de pelo menos um médico psiquiatra.

A comissão poderá elaborar quesitos quanto à sanidade mental no momento do incidente e durante o decorrer do PAD, que deverão ser respondidos pela junta oficial. O incidente se processa em auto apartado, devendo ser apensado ao principal somente após ter o laudo da junta médica. O esclarecimento a cargo da junta é dotado de fé pública, sendo importante no processo disciplinar, pois a administração pode se ver obrigada a acatar o conceito da inimizabilidade, restando a isenção da pena.

k) Recomendação para tratamento de acidentados em serviço, em instituição privada, a conta de recursos públicos (art. 213 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

O servidor acidentado em serviço que necessite de tratamento especializado poderá ser tratado em instituição privada, à conta de recursos públicos. O tratamento recomendado pela junta oficial constitui medida de exceção e somente será admissível quando inexistirem meios e recursos adequados em instituição pública.

l) Readaptação funcional do servidor por redução de capacidade laboral (art. 24 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

A readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificada em inspeção médica/odontológica.

Após constatação da incapacidade do servidor para as atribuições do seu cargo, será solicitada a lista das atribuições inerentes ao cargo à área de recursos humanos, para fins de avaliação dos itens que podem ou não ser realizados pelo servidor.

A junta oficial em saúde, de posse da listagem das atribuições do cargo, sugerirá os itens que poderão e os que não poderão ser realizados pelo servidor, devido à limitação imposta pela sua doença ou lesão.

Caso o servidor seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, configura-se caso de restrição de atividades e deverá retornar ao trabalho no seu próprio cargo, mesmo que seja necessário evitar algumas atribuições. A junta oficial orientará a chefia imediata quanto às atividades que deverão ser evitadas.

Caso o servidor não consiga atender a um mínimo de 70% das atribuições de seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação para um cargo afim, nos termos da legislação vigente (Ofício-Circular

SRH nº 37, de 16 de agosto de 1996). Nesse caso, estando o servidor capaz de atender a mais de 70% das atribuições de seu novo cargo, a junta oficial deverá indicar a sua readaptação, ficando a critério dos recursos humanos as providências necessárias para a publicação do Ato de Readaptação.

O processo será encaminhado à área de recursos humanos para indicação dos cargos afins e suas atribuições, respeitadas as habilitações exigidas para o ingresso no serviço público federal, retornando à junta oficial que indicará em qual das opções de cargos deverá o servidor ser readaptado.

Caso não haja um cargo para o qual o servidor possa ser readaptado, compatível com suas limitações, a junta oficial deverá sugerir sua aposentadoria por invalidez.

m) Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão (art. 25, Inciso I e art. 188, § 5º, da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

Reversão é o retorno do servidor aposentado à atividade. O servidor aposentado por invalidez será submetido a perícia por junta oficial e, quando os motivos que ensejaram a aposentadoria forem insubsistentes, será sugerida a reversão desde que haja capacidade laboral. Esta avaliação pode ser solicitada pelo servidor ou pela administração.

Destaca-se que a critério da Administração, o servidor em licença para tratamento de saúde ou aposentado por invalidez poderá ser convocado a qualquer momento para avaliação das condições que ensejaram o seu afastamento ou a sua aposentadoria (§ 5º do art. 188 da Lei nº 8.112 de 1990).

Não poderá haver a reversão do aposentado que tiver completado 70 (setenta) anos de idade (art. 27 da Lei nº 8.112, de 1990).

n) Avaliação do servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no § 1º do art. 186 para fins de integralização de proventos (art. 190 da Lei nº 8.112 de 1990).

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

O servidor aposentado com provento proporcional ao tempo de serviço, se acometido de qualquer das moléstias especificadas no § 1º, do art. 186 da Lei nº 8.112, de 1990 e, por esse motivo, for considerado inválido por junta oficial, passará a perceber provento integral, calculado com base no fundamento legal de concessão de aposentadoria.

As enfermidades são, segundo as normas vigentes:

1. Alienação mental;
2. Cardiopatia grave;
3. Cegueira posterior ao ingresso no serviço público;
4. Doença de Parkinson;
5. Esclerose múltipla;
6. Espondiliartrose anquilosante;
7. Estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante);
8. Hanseníase;
9. Nefropatia grave;

10. Neoplasia maligna;
11. Paralisia irreversível e incapacitante;
12. Síndrome da imunodeficiência adquirida – Aids.
13. Tuberculose ativa;

A junta oficial avaliará a presença da doença prevista no § 1º do art. 186 da Lei nº 8112, de 1990 e a invalidez causada por ela, baseada nos critérios previstos no Capítulo VI deste Manual.

o) Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade (art. 32 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência dos peritos: realizar junta oficial em saúde.

O retorno à atividade do servidor em disponibilidade far-se-á mediante aproveitamento obrigatório em cargo de atribuições e vencimentos compatíveis com o anteriormente ocupado. Será tornado sem efeito o aproveitamento e cassada a disponibilidade se o servidor não entrar em exercício no prazo legal fixado pela autoridade que publicou o ato, salvo incapacidade laborativa comprovada por junta oficial.

p) Exame para investidura em cargo público (art. 14 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência: médico oficial (médico com cargo efetivo no serviço público)

Só poderá ser empossado em cargo público aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo. O exame médico avaliará a capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades do cargo público que irá ocupar, bem como os exames indicados no edital do concurso.

A avaliação médica considerará também os riscos inerentes às respectivas atribuições e o prognóstico de enfermidades apresentadas pelo candidato. Os critérios devem ser estabelecidos levando-se em consideração as atividades da função que o candidato pretende exercer, os riscos inerentes ao ambiente de trabalho e os critérios epidemiológicos, que podem apontar doenças responsáveis por licenças prolongadas, readaptações e aposentadoria precoce por invalidez.

Podem ser ouvidos peritos e especialistas em diversas áreas e consultados documentos técnicos atuais para melhor embasar a avaliação da capacidade laboral. O exame de investidura integra as ações de promoção à saúde. Este é o primeiro contato do candidato com o Serviço de Atenção a Saúde do órgão, sendo uma ação integrada com as atividades de promoção em saúde, no sentido de acompanhar o futuro servidor, prevenindo os riscos de sua atividade laboral.

A prévia inspeção odontológica para a posse em cargo público integrará os exames de saúde para a investidura dos candidatos nomeados quando as atribuições inerentes ao cargo a ser ocupado exigirem determinadas condições de saúde bucal que estejam em conformidade com padrões técnicos previamente estabelecidos em Edital.

q) Pedido de reconsideração e recurso (arts. 106, 107 e 108 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular ou junta oficial em saúde, conforme o período de afastamento.

Caso o servidor não concorde com a decisão pericial terá o direito de interpor um pedido de reconsideração que será dirigido à autoridade que houver proferido a decisão sendo a avaliação realizada pelo mesmo perito ou junta oficial.

Na hipótese de novo indeferimento, o servidor poderá solicitar recurso, que deverá ser encaminhado a outro perito ou junta, distinto do que apreciou o pedido de reconsideração.

É importante observar que o prazo para interposição de pedido de reconsideração ou de recurso é de 30 dias, a contar da publicação ou da ciência da decisão pelo interessado (art. 108 da Lei nº 8.112, de 1990). O pedido de reconsideração ou de recurso do resultado pericial deve ser despachado no prazo de cinco dias, e decidido dentro de 30 dias, submetendo-se o requerente à nova avaliação pericial (art. 106 da Lei nº 8.112, de 1990).

Em caso de deferimento do pedido de reconsideração ou recurso, os efeitos da decisão retroagirão à data do ato impugnado. Em caso contrário, os dias em que o servidor não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas justificadas, podendo ser compensadas de acordo com o previsto no art. 44 da Lei nº 8.112, de 1990, ou seja, a critério da chefia imediata do servidor.

Os modelos de pedidos de reconsideração e recurso, encontram-se disponíveis no Anexo II deste Manual.

r) Avaliação para isenção de imposto de renda (art. 6º, XIV e XXI, da Lei nº 7.713, de 1988, alterada pela Lei nº 11.052 de 04, art. 39, XXXI do Decreto nº 3.000, de 1999, e art. 30, § 1º, da Lei nº 9.250, de 1995, Ato Declaratório Interpretativo - Secretaria da Receita Federal/SRF nº 11, de 2006)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

A isenção de imposto de renda sobre rendimentos de aposentadoria ou pensão de pessoa física, ocorre na presença das seguintes condições:

1. Aposentadoria motivada por acidente em serviço;
2. Aposentadoria motivada por moléstia profissional;
3. Tuberculose ativa;
4. Alienação mental;
5. Esclerose múltipla;
6. Neoplasia maligna;
7. Cegueira;
8. Hanseníase;
9. Paralisia irreversível e incapacitante;
10. Cardiopatia grave;
11. Doença de Parkinson;
12. Espondiloartrose anquilosante;
13. Nefropatia grave;
14. Estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante);
15. Hepatopatia grave;
16. Contaminação por radiação;
17. Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids);

18. Fibrose cística (mucoviscidose).

A doença deverá ser atestada em laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União ou nas Unidades do SIASS.

A unidade SIASS ou serviço de saúde do órgão convocará o servidor aposentado ou pensionista que solicitou isenção de imposto de renda para submeter-se a avaliação pericial, devendo o solicitante apresentar relatórios e resultados de exames que comprovem a existência da doença.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, bem como a data em que a enfermidade foi comprovada por relatório, exames e/ou cirurgia.

A perícia oficial fixará o prazo de validade do laudo pericial, marcando reavaliação, nos casos de moléstias passíveis de controle e/ou recuperação (art. 30, § 1º, da Lei nº 9.250, de 1995).

A isenção de imposto de renda é exclusiva aos proventos de aposentadoria, reforma ou pensão, No caso de pensionista, exclui-se a moléstia profissional e acidente em serviço.

s) Avaliação da idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar (§ 2º do art. 4º do Decreto nº 977, de 1993)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

O dependente de servidor que apresentar deficiência mental grave poderá ter direito a auxílio pré-escolar enquanto for constatada, por avaliação pericial, idade mental inferior a seis anos.

t) Avaliação de servidor com deficiência para comprovação da necessidade de acompanhamento no deslocamento a serviço (Decreto nº 7.613, de 2011)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

A perícia avaliará a necessidade do servidor com deficiência ser acompanhado no deslocamento a serviço.

A perícia terá validade máxima de cinco anos, podendo ser revista a qualquer tempo, de ofício ou mediante requerimento.

u) Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior (art. 206 da Lei nº 8.112, de 1990)

Competência do(s) perito(s): realizar perícia oficial singular. Quando a Unidade SIASS ou Serviço de Saúde do órgão dispuser de junta oficial em saúde poderá utilizar-se deste recurso.

Nos casos em que o servidor apresentar indícios de lesões orgânicas ou funcionais, será submetido a avaliação pericial da capacidade laborativa. Se houver necessidade de afastamento, será concedida licença para tratamento de saúde. Sugere-se que a equipe multiprofissional avalie e acompanhe o servidor.

v) Comunicação de Doença de Notificação Compulsória (Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976 e Portaria do Ministério da Saúde nº 104, de 25 de janeiro de 2011)

Competência: profissional que primeiro levantar a hipótese diagnóstica.

A notificação compulsória é a comunicação sobre a ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde suspeitos ou diagnosticados, e que, por força de lei, os profissionais de saúde, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino têm obrigação de comunicar, por escrito, à autoridade competente, para que sejam tomadas as providências sanitárias cabíveis. A omissão da denúncia à autoridade pública é crime, com pena prevista no Código Penal Brasileiro.

As doenças, agravos e eventos de doenças de notificação compulsória constantes da lista nacional devem ser registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, no endereço eletrônico: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>.

No caso de agravos à saúde relacionados ao trabalho, a legislação sanitária dispõe sobre sua notificação compulsória, independentemente do regime ao qual é regido o trabalhador e, para tal, apresenta um conjunto específico desses agravos, que uma vez suspeitados ou diagnosticados, devem seguir os procedimentos citados no parágrafo anterior (vide Portaria do Ministério da Saúde nº 104, de 25 de janeiro de 2011).

Além da notificação compulsória prevista pela legislação sanitária, para fins previdenciários, os trabalhadores regidos pela CLT devem ter acidentes e doenças profissionais (ou do trabalho) registradas junto ao INSS, conforme o Art. 22 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Da mesma forma, os servidores públicos federais que sofrerem acidentes em serviço ou acometidos por doenças profissionais, deverão ter esses agravos registrados para fins de pagamento dos respectivos benefícios, de acordo com a Lei 8.112 e sua regulamentação.

Avaliação Pericial Oficial em Saúde

A avaliação pericial é imprescindível nos processos de licença para tratamento de saúde, aposentadoria por invalidez, readaptação,nexo de acidente, doença profissional e doença relacionada ao trabalho, entre outros previstos na legislação.

Importante destacar que a concessão do direito deve ocorrer por meio de ato específico, o qual é de atribuição da autoridade administrativa.

A perícia oficial em saúde é de competência de médicos e cirurgiões-dentistas designados para auxiliar a APF nas questões administrativas e legais relacionadas à saúde, cabendo aos outros profissionais subsidiá-la por meio de parecer específico, quando solicitado. A perícia oficial em saúde inicia-se com a identificação do periciado, seu local de trabalho, sua função e a atividade desenvolvida. Uma anamnese completa acompanhada de criterioso exame físico constituem bases importantes para a avaliação pericial e são elementos essenciais para a formação da opinião do perito.

A história clínica é dirigida à condição que está gerando o afastamento e deve ser minuciosa a fim de contribuir para uma conclusão correta. No exame físico será verificada a manifestação da doença ou agravo.

É importante que os dados sejam registrados com uma linguagem clara, objetiva e concisa, descrevendo todos os fatos importantes àquela avaliação. As informações colhidas devem ser bem descritas.

O perito deve seguir um roteiro na descrição dos fatos:

- A atividade desenvolvida;
- O motivo do afastamento;
- Quando e como começou o processo mórbido;
- Quando e como começou a incapacidade;
- A evolução da doença;
- Os fatores desencadeantes ou agravantes;
- Os tratamentos prescritos;
- A resposta terapêutica; e
- As informações prestadas pelo assistente quanto ao prognóstico e necessidade de afastamento.

O conhecimento do curso das doenças, da sua etiologia e das suas manifestações clínicas são indispensáveis para uma boa avaliação pericial. Os exames complementares, os relatórios de especialistas e de outros profissionais de saúde contribuem para avaliação da capacidade laborativa. Na história da doença, o perito deve apurar as condições do afastamento do trabalho e se ele é consequência direta ou não do estado mórbido apresentado.

Nos casos de suspeita de acidente em serviço ou do trabalho, doença profissional ou relacionada ao

trabalho, o perito poderá recorrer à equipe de vigilância em saúde, que procederá a avaliação ambiental, a qual inclui avaliação do posto e/ou processo de trabalho do servidor e fará a caracterização do acidente.

O diagnóstico, peça fundamental no modelo assistencial, é uma das referências para a perícia, que avalia as repercussões sobre a capacidade laborativa.

O perito deve também registrar as suas observações e decisões objetivando o acompanhamento do periciado para que os demais profissionais que o avaliarem tenham um bom conhecimento dos fatos relacionados ao ato pericial e possam dar continuidade ao caso.

Nos encaminhamentos a outros profissionais da equipe ou ao assistente para pareceres especializados é importante indicar o motivo do encaminhamento e especificar as informações desejadas para a conclusão daquela perícia.

Do mesmo modo, a equipe multiprofissional que avalia o periciado, para emitir seu parecer, deve averiguar quais informações são pertinentes às suas conclusões. A partir daí, deve utilizar seus métodos habituais de avaliação – consultas, testes, visitas, levantamento de dados junto à família ou chefia, avaliação de ambientes e processos de trabalho, e outros que julgar necessário para formar juízo que permita responder ao que lhe foi perguntado, sugerindo uma conduta adequada à garantia do direito.

Em geral, o periciado traz informações do profissional assistente e exames complementares que ajudam na avaliação pericial. Entretanto, os achados colhidos pelo perito, sua impressão e um referencial técnico, como os parâmetros de afastamento, devem ser os determinantes no parecer.

As informações epidemiológicas sobre a distribuição das doenças mais frequentes nas diversas categorias profissionais e por local de trabalho, somadas às informações obtidas a partir de relatos da chefia ou mesmo da equipe multiprofissional, são fatores que contribuem na avaliação pericial.

A interpretação ponderada da anamnese, do exame físico, de outras informações da saúde e da atividade profissional, além de parâmetros científicos, é o que separa uma boa avaliação pericial de apenas um ato de enquadramento administrativo.

Na avaliação pericial, os dados referentes à patologia do examinado serão fornecidos pelo profissional assistente especialista no caso, cabendo ao perito a correlação desses dados com a atividade laboral do servidor para formular a conclusão. Não há necessidade técnica ou legal de perito especialista para cada patologia avaliada, tanto na perícia singular quanto na junta oficial, na qual a decisão deve ser resultado do conhecimento construído coletivamente.

Ao avaliar o periciado para a concessão de licenças de que trata a Lei nº 8.112, de 1990, o perito deve propor o número adequado de dias para a recuperação da saúde.

A perícia deve estar integrada a outras ações que visem à recuperação, à manutenção da saúde do servidor e ao seu retorno ao trabalho. Os elementos apurados na avaliação pericial deverão ser registrados em prontuário, com linguagem clara, objetiva e adequada. O laudo pericial compõe peça legal que servirá de base a todo o processo e, portanto, não poderá conter:

- a. Insuficiência e imprecisão nos dados;
- b. Incoerência entre os dados encontrados e o diagnóstico firmado;
- c. Indecisão, prejudicando o julgamento da conclusão;
- d. Espaços em branco ou traços. Quando nada for encontrado, deverão ser usadas expressões que traduzam a normalidade;
- e. Diagnósticos, exceto os que a lei determina que sejam especificados.

Atestados e Relatórios Médico e Odontológico

Atestado Médico ou Odontológico de Profissional Assistente

O atestado é um documento legal em que o médico ou cirurgião-dentista assistente, perante a lei, a sociedade e a ética registram, no âmbito de sua responsabilidade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificar falta ao trabalho. O atestado gera a presunção de um direito que só se configurará com a avaliação pericial que confirme a necessidade de afastamento.

Para a realização da perícia oficial em saúde é imprescindível a presença do periciado, não sendo obrigatória a apresentação de atestado do profissional assistente, desde que a doença e a incapacidade possam ser comprovadas por meio da avaliação pericial. A apresentação do atestado somente é obrigatória nas licenças dispensadas de perícia (Decreto nº 7.003, de 2009).

O atestado do assistente não reúne, por si só, os elementos suficientes para a concessão de licenças motivadas por incapacidade resultante de doença ou lesão. Cabe ao perito retirar do atestado as informações que servirão de base para orientar seu trabalho, podendo acatar ou não a sugestão do profissional assistente. Para tanto o perito poderá solicitar ao servidor ou seu dependente legal a apresentação de pareceres, exames, atestados e relatórios, conforme estabelecem as Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.851, de 2008, e do Conselho Federal de Odontologia (CFO) nº 87, de 2009.

Para fins de justificativa de faltas ao trabalho, nos casos dispensados de perícia, somente serão aceitos os atestados emitidos por médicos ou cirurgiões-dentistas.

No atestado deverá constar minimamente e de maneira legível:

1. Identificação do servidor, familiar, ou seu dependente legal;
2. Tempo de afastamento sugerido;
3. Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ou o diagnóstico (quando expressamente autorizados pelo paciente);
4. Local e data;
5. Identificação do emitente com assinatura e registro no conselho de classe.

Não havendo autorização constante no item 3 deverá o servidor, familiar ou dependente legal, obrigatoriamente, submeter-se a perícia.

Relatório de Profissional Assistente

Documento emitido por profissional de saúde para subsidiar as decisões periciais.

No relatório para fins periciais devem constar:

1. Identificação do servidor, familiar, ou seu dependente legal;
2. Resumo clínico;
3. Resultados dos exames complementares;
4. Código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ou o diagnóstico (quando expressamente autorizados pelo paciente);
5. Conduta terapêutica;
6. Prognóstico;
7. Consequências à saúde do paciente;
8. Tempo de afastamento sugerido necessário para a sua recuperação;

9. Local e data;

10. Identificação do emitente com assinatura e registro no conselho de classe.

Esses dados complementarão o parecer do perito, a quem cabe legalmente fundamentar a concessão dos direitos pleiteados.

As informações oriundas da relação do paciente com seus assistentes pertencem ao próprio paciente, sendo o profissional de saúde assistente fiel depositário das informações.

Na licença dispensada de perícia, o servidor ou quem o represente entregará à área de recursos humanos o atestado médico ou odontológico em envelope lacrado, classificado como “confidencial”, e identificado com nome, matrícula, órgão de lotação ou exercício, último dia trabalhado, tipo de documento e telefone para contato com o servidor e sua chefia imediata. A área de recursos humanos, por sua vez, deverá encaminhar estes documentos à Unidade SIASS ou ao serviço de saúde do órgão (art. 204 da Lei nº 8.112, de 1990, Decreto nº 7.003, de 2009 e ON SRH/MP nº 3, de 2010). O servidor ou o seu representante também poderá entregar o atestado diretamente à Unidade SIASS ou ao serviço de saúde do seu órgão.

Nas demais licenças, cujo comparecimento para avaliação pericial é obrigatório, o servidor apresentará o atestado no momento da perícia. Nos casos em que o servidor se encontrar impedido de entregar o atestado, deverá encaminhá-lo por meio de terceiros, respeitando o prazo legal de entrega.

Não compete à chefia imediata ou às áreas de recursos humanos a guarda ou o acesso aos atestados e demais informações sigilosas do prontuário do servidor, inclusive os atestados que subsidiarão as licenças dispensadas de perícia.

A Perícia Odontológica Oficial

A avaliação da incapacidade laborativa do servidor por motivos odontológicos se restringe ao complexo bucomaxilofacial. Nesse sentido, o perito cirurgião-dentista deve considerar, para fins de perícia odontológica de que trata este manual, as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID, que podem acometer ou manifestar-se no complexo bucomaxilofacial e, portanto, abrangem a área de competência da odontologia.

Nessa avaliação, o cirurgião-dentista, além de ater-se aos princípios e conceitos norteadores da perícia, abordados neste manual, deve considerar as normas de proteção e biossegurança e estar atento à qualidade e sistematização dos registros odontopericiais. Os campos destinados aos registros odontológicos na perícia contemplam as regiões que podem sediar eventos nosológicos ou infortunisticos na área de abrangência da odontologia. Esses campos estão representados pelas seguintes regiões anatômicas, a saber:

- Regiões dentárias e peridentárias - odontograma;
- Regiões das mucosas de revestimento da boca;
- Regiões de bases ósseas;
- Regiões das articulações temporomandibulares;
- Regiões das glândulas salivares.

O registro nos campos da área do complexo bucomaxilofacial da perícia odontológica possibilitará a construção do histórico odontopericial do servidor, considerando especificidades importantes que auxiliarão não só em demandas processuais, judiciais e administrativas, como também poderão servir em circunstâncias especiais de eventos infortunisticos, onde registros odontológicos são fundamentais em procedimentos de identificação de vítimas.

Dados Periciais, Perfil Epidemiológico e Promoção da Saúde

Os dados resultantes das avaliações periciais e das licenças dispensadas de perícia, regulamentadas pelo Decreto nº 7.003, de 2009, se revestem de importante papel para o entendimento do binômio saúde/doença no âmbito da APF.

O registro dos atestados dispensados de perícia é uma atividade administrativa das Unidades SIASS ou dos serviços de saúde dos órgãos e requer precisão no lançamento dos dados para o sistema Siape Saúde. O comprometimento com a fidedignidade dessas informações permite avaliações mais precisas quanto ao perfil das ocorrências de afastamentos.

O Siape Saúde sistematiza dados que contribuem para a construção de um perfil epidemiológico, possibilitando orientar programas e ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida no trabalho dos servidores públicos federais.

Conjunto de servidores com formação em diversas áreas do conhecimento, inclusive médicos e cirurgiões-dentistas, responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde, segurança do trabalho, e atividades administrativas, no âmbito das Unidades SIASS, bem como dos órgãos e entidades do SIPEC.

Suporte à Perícia Oficial em Saúde

A equipe multiprofissional de suporte à perícia oficial em saúde é o grupo de profissionais da área de saúde e segurança do trabalho que poderão contribuir com pareceres técnicos específicos para subsidiar as decisões da perícia oficial em saúde em questões relacionadas às suas áreas de atuação.

Todos os profissionais da área de saúde do servidor e segurança do trabalho poderão contribuir para a avaliação pericial com pareceres técnicos específicos de sua área de atuação, compondo a equipe multiprofissional de suporte à perícia oficial em saúde

Por razões éticas, a participação do profissional na perícia oficial em saúde inviabiliza a sua atuação na assistência ao servidor por ele periciado, salvo as situações de emergência. O vínculo necessário para o acompanhamento e a assistência prejudica a atuação avaliativa junto à perícia.

Atenção à Saúde do Servidor e Segurança no Trabalho

Os peritos oficiais em saúde deverão participar juntamente com a equipe multiprofissional das ações de promoção, prevenção e vigilância dos ambientes e processos de trabalho.

Avaliação dos Candidatos Portadores de Deficiência Aprovados em Concurso Público

Considerando as disposições constantes do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, o órgão responsável pela realização do concurso terá a assistência de equipe multiprofissional composta de três profissionais: um integrante da carreira almejada pelo candidato, um integrante atuante nas áreas das deficiências em questão e um médico.

A caracterização ou constatação da deficiência, por se tratar de um ato médico, será atribuição exclusiva do médico perito.

Uma vez caracterizada a deficiência, o candidato aprovado em concurso público passará a ser avaliado por equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional fará aferição da compatibilidade entre a deficiência constatada pela perícia oficial em saúde e o exercício das atribuições do cargo, função ou emprego e emitirá parecer observando:

- as informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição;
- a natureza das atribuições e tarefas essenciais ao cargo ou função a desempenhar;

- a viabilidade das condições de acessibilidade e as adequações do ambiente de trabalho na execução das tarefas;
- a possibilidade de uso, pelo candidato, de equipamentos ou outros meios que habitualmente utilize;
- a CID e outros padrões reconhecidos nacional e internacionalmente como a *Classificação. Internacional de Funcionalidade - CIF*.

A equipe multiprofissional avaliará a compatibilidade entre as atribuições do cargo ou função e a deficiência do candidato durante o estágio probatório.

Documento que apresenta a conclusão da avaliação pericial.

O laudo pericial compõe peça legal que servirá de base a todo o processo e, portanto, não poderá conter:

- a. Insuficiência e imprecisão nos dados;
- b. Incoerência entre os dados encontrados e o diagnóstico firmado;
- c. Indecisão, prejudicando o julgamento da conclusão;
- d. Espaços em branco ou traços. Quando nada for encontrado, deverão ser usadas expressões que traduzam a normalidade;
- e. Diagnósticos, exceto os que a lei determina que sejam especificados.

Destaca-se que o laudo pericial não se referirá ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas em lei.

Os laudos periciais resultantes da junta oficial em saúde deverão conter espaço destinado ao registro de voto divergente.

O laudo pericial será encaminhado à área de recursos humanos do órgão e fornecida cópia ao servidor, devendo constar apenas as informações necessárias aos seus assentamentos funcionais.

A conclusão da avaliação pericial será comunicada por meio do “Laudo Pericial”, que será impresso e entregue ao interessado pelo próprio perito ou pelo setor administrativo, de acordo com as normas estipuladas pela Unidade. Dentro de uma perspectiva de humanização da avaliação pericial, é importante que o perito esteja disponível para prestar esclarecimentos/informações sobre a decisão pericial ao interessado sempre que este tiver dúvidas.

Conclusão Pericial

A conclusão da perícia oficial em saúde será norteadada por quesitos que deverão ser considerados durante a avaliação pericial e baseada nos elementos colhidos e registrados no prontuário. Estes quesitos **não** necessariamente estarão explicitados no laudo, a saber:

Quesito 1. Diante do resultado do exame, está o servidor temporariamente incapaz para o exercício do cargo, função ou emprego? Em caso afirmativo, necessita o servidor de licença?

A resposta a esse quesito constitui o fundamento da avaliação pericial. A resposta “sim” ou “não” do perito produzirá consequências de ordem administrativa.

O julgamento inadequado sobre a existência ou não de incapacidade traz prejuízos tanto para o servidor, ao se negar um direito, quanto para a instituição, gerando custos para a administração pública.

A conclusão da avaliação da incapacidade laborativa, com base na avaliação pericial, deverá ser a mais precisa possível. Na impossibilidade do estabelecimento de diagnóstico nosológico, serão permitidos diagnósticos sindrômicos ou sintomáticos diante de incapacidade laborativa flagrante.

Quesito 2. Por quanto tempo? A partir de ____/____/____?

O perito deve prever um prazo razoável para recuperação do servidor. Prazos curtos nas doenças com curso prolongado são, além de inadequados tecnicamente, prejudiciais à instituição, ocorrendo daí um processo oneroso de manutenção de licenças com exames repetidos. Prazos curtos não podem representar indício de insegurança do perito.

Há situações nas quais devem ser apresentados exames para o esclarecimento de alguma questão. Eventualmente, o servidor pode estar protelando, sem justificativa, a realização dos exames por razões não esclarecidas. Nesses casos cabe um prazo curto, mesmo sabendo-se que posteriormente será ampliado.

Do mesmo modo, prazo longo para doenças de curta duração constitui grave erro técnico, representando pesado ônus para a instituição. Com o intuito de orientar o perito, estão anexados neste manual parâmetros de afastamentos que sugerem uma média de dias de afastamento por CID.

No momento de propor aposentadoria por invalidez, a junta pode sugerir um período longo de licença, de forma que o afastamento contemple o tempo necessário para a publicação do ato de aposentadoria. (§3º do art. 188 da lei 8112 de 1990). “A partir de” é a data do início da incapacidade e deve ser determinada em razão das manifestações da doença que provocaram alterações de tal ordem que impediram o desempenho das tarefas específicas do cargo, função ou emprego e deverá coincidir com a data do início do afastamento.

Quesito 3. Está o examinado inválido para o exercício de suas funções ou outras correlatas? A partir de ____/____/____.

A expressão “ou outras correlatas” envolve a apreciação para o processo de readaptação no serviço público. Deve ser respondido de forma a transformar a licença em aposentadoria por invalidez e a resposta afirmativa implica parecer definitivo sobre a invalidez do servidor. A proposta de aposentadoria por invalidez será mandatória quando o período de licença para tratamento de saúde atingir 24 meses pela mesma doença ou correlatas. Na doença passível de controle, a junta indicará data para reavaliação. Naquela que não houver expectativa de recuperação, não caberá tal indicação.

Quesito 4. A doença se enquadra no art. 186, inciso I, §§ 1º e 3º, da Lei nº 8.112 de 1990?

A partir de ____/____/____?

Esse quesito deverá ser respondido quando o quesito anterior for positivo, ou seja, existe invalidez para o exercício da função e outras correlatas. Não é o diagnóstico isolado que determina o enquadramento, mas a conjugação dos dois fatores: a doença e a invalidez. O perito avaliará se a doença determinante da invalidez se enquadra no § 1º do art. 186 e firmará a partir de quando foi instalada a invalidez.

Quesito 5. A doença está especificada no § 1º, do art. 186 da Lei nº 8.112 de 1990?

A resposta afirmativa a este quesito independe da constatação de invalidez.

Quesito 6. A doença está especificada no art. 1º da Lei nº 11.052 de 2004?

A resposta a este quesito vai depender da avaliação do examinado e dos exames apresentados que

confirmem ou não a presença de uma das enfermidades descritas no art. 1º da Lei nº 11.052 de 2004, data do diagnóstico e se está em atividade no momento do exame. Caso seja doença passível de controle deverá constar a data de reavaliação (Lei nº 9.250 de 1995).

Ver anexo a este Manual os critérios para cada doença especificada no § 1º do art. 186 da Lei 8.112 de 1990 e no art. 1º da Lei nº 11.052 de 2004.

Quesito 7. Qual a hipótese diagnóstica?

Em resposta a este quesito deverá ser registrado, por extenso, o nome da doença constante no parágrafo da lei específica. Por exemplo: no caso de carcinoma de próstata deverá ser escrito “NEOPLASIA MALIGNA” (art. 205 da Lei nº 8.112 de 1990: “O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, §1º”).

Quesito 8. A moléstia é decorrente de acidente em serviço ou doença profissional (Inciso I, art. 186 da Lei nº 8.112 de 1990)?

A resposta a este quesito dependerá do preenchimento da CAT, conforme a legislação, na qual deverá estar registrada a condição em que se deu o acontecimento e o horário, conforme modelo no Anexo III. De acordo com o art. 205, em caso de ser o dano decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional, deverá constar no laudo o nome da doença, por extenso.

Quesito 9. Comunicar ao Órgão Habilitador da profissão ou regulamentador da atividade (CRM, CRO, OAB, CREA, DETRAN, etc.)?

Este quesito tem como finalidade alertar o órgão habilitador/regulamentador sobre a conclusão pericial que considerou o profissional inválido para o exercício da profissão, principalmente quando a continuidade do exercício puder levar a danos a outrem. Esta comunicação poderá ser feita pela área de Recursos Humanos do órgão ou pela Unidade de Atenção à Saúde do Servidor.

Quesito 10. Poderá ser sugerida a nomeação de curador (art. 4º e art. 1.767 da Lei nº 10.406 de 2002 - Código Civil Brasileiro)?

A resposta afirmativa somente deverá ser dada quando a junta concluir pela incapacidade total do examinado para a prática dos atos da vida civil e, portanto, deva ser interditado. É uma atitude que deve ser tomada principalmente no resguardo do seu interesse, de sua família, da sociedade e da instituição.

Quesito 11. O candidato tem condições de saúde para o exercício do cargo, função ou emprego?

Após o exame básico de saúde e o especial, de acordo com as atribuições do cargo, função ou emprego que deverá exercer o candidato, a perícia singular avaliará a capacidade laborativa no seu aspecto físico e mental (art. 14 da Lei nº 8.112 de 1990).

É de suma importância que todas as limitações do candidato sejam assinaladas no laudo e que, embora não o incapacitem para o exercício das atividades do cargo, função ou emprego, sirvam de registro para a identificação em futuras reivindicações de doenças profissionais. O candidato deverá responder e assinar questionário de autoavaliação onde anotará se é ou foi portador de alguma enfermidade, tornando-se responsável pelas informações.

Quesito 12. É indispensável a assistência pessoal e constante do servidor à pessoa da família/dependente?

dente examinada? (art. 83 Lei nº 8.112 de 1990).

Se o examinado se incluir entre as pessoas relacionadas no **caput** do art. 83, o perito o avaliará para comprovar a enfermidade e a necessidade da presença do servidor junto ao doente. A concessão da licença estará condicionada a impossibilidade de outra pessoa cuidar do examinado.

Quesito 13. O pedido de remoção justifica-se sob o ponto de vista clínico?

A junta oficial informará no laudo os benefícios do ponto de vista clínico que advirão dessa remoção para outra localidade, podendo na parte “observação” do laudo tecer outras considerações. A junta oficial não pode usar expressões: “Justifica-se sob o ponto de vista médico”, sem objetivamente apresentar razões, nem recomendar localidades que apresentam os mesmos problemas do local de origem. O servidor sem vínculo efetivo com a APF não tem direito à remoção por motivo de saúde.

Quesito 14. Pensão Temporária: Está o examinado inválido? Totalmente - Parcialmente - Permanentemente - Temporariamente.

O dependente ou familiar que solicitar pensão temporária por apresentar invalidez adquirida anteriormente ao óbito do servidor deverá ser avaliado pela perícia, que responderá aos itens do quesito 14, informando data do diagnóstico e fixando data de reavaliação, quando couber.

Quesito 15. Portador de Deficiência: É o examinado portador de deficiência física, mental, auditiva, visual ou múltipla, de acordo com os Decretos nº 3.298 de 1999 e 5.296 de 2004?

O examinado será avaliado podendo-se utilizar os critérios descritos nos decretos acima referidos quanto à presença ou não de deficiência.

Quesito 16. Existe tratamento para a doença ou lesão provocada por acidente em serviço na rede pública de saúde?

A resposta a este quesito é necessária quando o servidor acometido de acidente em serviço ou moléstia profissional solicita tratamento à conta de recursos públicos. Deve ser comprovado o nexo, a necessidade do tratamento indicado e a inexistência deste na rede pública de saúde, para que o pagamento seja autorizado (art. 213 da Lei nº 8.112 de 1990).

Quesito 17: O servidor apresenta deficiência havendo necessidade de acompanhamento no deslocamento a serviço?

Deve ser comprovado que o servidor é portador de deficiência e que para seu deslocamento em viagem a serviço é indispensável a presença de acompanhante.

Quesito 18: Está o candidato apto física e mentalmente para o exercício do cargo?

Deve ser comprovado se o candidato encontra-se apto para desenvolver as atividades inerentes ao cargo.

Tipos de Laudos da Perícia Oficial em Saúde

A perícia oficial em saúde do servidor público federal é concluída por meio da emissão do laudo pericial. Os modelos dos laudos variam conforme o tipo de perícia e estarão adequados à necessidade do pleito, tanto sob o aspecto técnico quanto legal.

Os laudos podem ser médico ou odontológico e contemplam os seguintes tipos com seus respectivos

questos:

- a 1. Licença para tratamento de saúde do servidor (art. 202, 203 e 204 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1 e 2;
- a 2. Licença para tratamento de saúde do trabalhador (arts. 59 e 60 § 4º da Lei nº 8.213 de 1991): responder aos quesitos 1 e 2;

- b. Licença por motivo de doença em pessoa da família (art. 81, inciso I §1º, arts. 82 e 83, da Lei nº 8.112, de 1990, alterados pela Lei nº 11.269, de 2010): responder ao quesito 2 e 12;

- c. Licença à gestante (art.207 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1 e 2;

- d1. Licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional (arts. 211 e 212 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1, 2 e 8;
- d2. Licença por motivo de acidente de trabalho (art.19, 20 e 21 da Lei nº 8.213, de 1991);

- e. Aposentadoria por invalidez (art. 186, inciso I da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10; e avaliação de invalidez permanente decorrente de acidente em serviço ou moléstia profissional (art. 186, inciso I, da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10;

- f. Constatação de deficiência de dependente (art. 217, inciso I, alínea e, da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 6, 7, 10 e 15; constatação de invalidez de filho, enteado, dependente ou pessoa designada (art. 217, inciso II, alíneas a e d): responder aos quesitos 4, 5, 6, 7, 10 e 14; e avaliação de invalidez de dependente para fins de inclusão nos assentamentos funcionais (art. 197, inciso I, da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 14;

- g. Remoção por motivo de saúde do servidor: responder aos quesitos 1, 2 e 13; ou de pessoa de sua família (art. 36, inciso III, alínea b, da Lei nº 8.112, de 1990): responder os quesitos 12, 13;

- h. Horário especial para servidor portador de deficiência: responder ao quesito 15; e para o servidor com familiar portador de deficiência (art. 98, §2º e 3º, da Lei nº 8.112, de 1990): responder ao quesito 12 e 15;

- i. Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas de portador de deficiência (arts. 3º e 4º, do Decreto nº 3.298, de 1999 alterado pelo Decreto nº 5.296, de 2004): responder ao quesito 15;

- j. Avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar (art. 160 da Lei nº 8.112, de 1990): responder ao quesito 1, 9 e 10;

- k. Recomendação para tratamento de acidentados em serviço em instituição privada à conta de recursos públicos (art.213 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 8 e 16;

l. Readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral (art. 24 da Lei nº 8.112, de 1990): responder ao quesito 3;

m. Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão (art.25, inciso I e art. 188, §5º, da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 3, 4, 5, 7, e 10;

n. Avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no §1º do art. 186 da Lei nº 8.112, de 1990, para fins de integralização de proventos (art.190 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 3, 4, 5, 6, 7 e 10;

o. Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade (art.32 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1 e 2;

p. Exame para investidura em cargo público (art. 14): responder o quesito 18;

q. Pedido de reconsideração e recurso (arts. 106, 107 e 108 da Lei nº 8.112, de 1990): quesito de acordo com o tipo de avaliação solicitada;

r. Avaliação para isenção de imposto de renda (art. 6º, inciso XIV e XXI da Lei nº 7.713, de 1988, alterada pela Lei nº 11.052, de 2004) e pensão (art. 47 item XXI da Lei nº 8.541, de 1992 e art. 1º da Lei nº 11.052, de 2004): responder aos quesitos 6, 7 e 10;

s. Avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar (Decreto nº 977, de 1993): responder ao quesito 15;

t. Avaliação de servidor portador de deficiência para comprovação da necessidade de acompanhamento em deslocamento à serviço (Decreto nº 7613, de 2011): responder quesitos 15 e 17;

u. Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior (art. 206 da Lei nº 8.112, de 1990): responder aos quesitos 1 e 2;

v. Comunicação de doença de notificação compulsória ao órgão de saúde pública: preencher modelo da vigilância epidemiológica da secretaria de saúde do estado;

Doenças especificadas em Lei são aquelas citadas nominalmente em legislações específicas e que garantem direitos diferenciados aos seus portadores.

A constatação das doenças especificadas se baseia em critérios apresentados pelas sociedades médicas brasileiras e internacionais de cada especialidade e em publicações de órgãos públicos.

A comprovação da doença ativa será feita por intermédio de avaliação pericial, relatórios médicos e exames complementares.

O servidor acometido de acidente em serviço, moléstia profissional e enfermidades previstas no § 1º do art. 186 da Lei 8.112/1990, que seja considerado inválido, terá direito à aposentadoria por invalidez com proventos integrais (§ 3º do art. 186, da Lei nº 8.112/1990).

As doenças listadas no art. 1º da Lei 11.052/2004, bem como a do Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11/2006 permitem isenção de imposto de renda sobre a aposentadoria, reforma e pensão aos seus portadores, sem necessidade de haver invalidez.

Procedimentos para a Perícia Oficial em Saúde nas doenças especificadas em Lei:

A- O relato da avaliação pericial deverá conter:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde;
2. Estágio evolutivo, quando couber;
3. Refratariedade ao tratamento.

B- O laudo pericial deverá conter:

1. O nome da doença por extenso, conforme especificado em lei;
2. A data de início da doença;
3. Se há necessidade de reavaliação e data de retorno quando couber.

A seguir cada doença será descrita em seu quadro clínico e seus principais critérios de enquadramento.

a) Doenças especificadas no § 1º do Art. 186 da Lei nº 8.112/1990

- Alienação mental;
- Cardiopatía grave;
- Cegueira posterior ao ingresso no serviço público;
- Doença de Parkinson;

Esclerose múltipla;
Espondiloartrose anquilosante;
Estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante);
Hanseníase;
Nefropatia grave;
Neoplasias malignas;
Paralisia irreversível e incapacitante;
Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids);
Tuberculose ativa.

b) Doenças especificadas no Art. 1º da Lei nº 11.052/2004 e no Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11/2006

Aposentadoria motivada por acidente em serviço;
Aposentadoria motivada por moléstia profissional;
Alienação mental;
Cardiopatia grave;
Cegueira;
Contaminação por radiação;
Doença de Parkinson;
Esclerose múltipla;
Espondiloartrose anquilosante;
Formas avançadas da Doença de Paget;
Hanseníase;
Hepatopatia grave;
Mucoviscidose – fibrose cística;
Nefropatia grave;
Neoplasias malignas;
Paralisia irreversível e incapacitante;
Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids);
Tuberculose ativa.

**A - DOENÇAS ESPECIFICADAS NO
§ 1º DO ART. 186 DA LEI Nº 8.112/90**

a 1) Alienação Mental

Conceito

Conceitua-se como alienação mental todo quadro de transtorno psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da sanidade mental, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o indivíduo inválido total e

permanentemente para qualquer trabalho. O indivíduo torna-se incapaz de responder legalmente por seus atos na vida civil, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade.

O diagnóstico de um transtorno mental não é, por si só, indicativo de enquadramento como alienação mental, cabendo ao perito a análise das demais condições clínicas e o grau de incapacidade.

O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido por isso de qualquer atividade funcional. Há indicação legal para que todos os servidores portadores de alienação mental sejam interditados judicialmente.

No laudo médico-pericial constará apenas a expressão “alienação mental”.

Critérios de Enquadramento

A alienação mental poderá ser identificada no curso de qualquer transtorno psiquiátrico ou neuropsiquiátrico desde que, em seu estágio evolutivo, sejam atendidas todas as condições abaixo discriminadas:

1. Seja grave e persistente;
2. Seja refratária aos meios habituais de tratamento;
3. Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;
4. Torne o servidor inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

São Passíveis de Enquadramento

1. Esquizofrenias nos estados crônicos e residuais;
2. Outras psicoses graves nos estados crônicos e residuais;
3. Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson, etc.);
4. Retardos mentais graves e profundos.

São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental:

1. Transtornos afetivos ou do humor, quando comprovadamente cronicados e refratários ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível do funcionamento mental;
2. Quadros epiléticos com sintomas psicóticos, quando caracterizadamente cronicados e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
3. Outros transtornos psicóticos orgânicos decorrentes de lesão e disfunção cerebral, quando caracterizadamente cronicados e refratários ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;
4. Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas graves.

Quadros Não Passíveis de Enquadramento

1. Transtornos da personalidade;
2. Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas leves e moderadas;
3. Retardos mentais leves e moderados;

4. Transtornos relacionados ao estresse e somatoformes (reação de ajustamento, reação ao estresse);
5. Transtornos mentais orgânicos agudos e transitórios (estados confusionais reversíveis);
6. Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a2) Cardiopatia Grave

Conceito

Conceitua-se como cardiopatia grave, no âmbito médico-pericial, toda enfermidade que, em caráter permanente, reduz a capacidade funcional do coração a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou impedir o indivíduo de exercer definitivamente suas atividades, não obstante tratamento médico e/ou cirúrgico em curso.

O conceito de cardiopatia grave engloba doenças agudas e crônicas, que em sua evolução limitam progressivamente a capacidade funcional do coração, levando à diminuição da capacidade física e laborativa, a despeito do tratamento instituído.

O critério adotado pela perícia para avaliação funcional do coração baseia-se na II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, promulgada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA.

Classificação das Cardiopatias de acordo com a capacidade funcional do coração - NYHA

Classe I

Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispneia nem angina de peito.

Classe II

Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.

Classe III

Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.

Classe IV

Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

Na avaliação da capacidade funcional do coração devem ser utilizados os meios diagnósticos disponíveis para quantificar o déficit funcional e estabelecer a gravidade da cardiopatia, sendo necessária a avaliação conjunta dos resultados dos exames. A limitação funcional cardíaca será definida pela

análise criteriosa dos métodos propedêuticos, quando indicados, a saber:

1. Anamnese e exame físico do aparelho cardiovascular detalhados minuciosamente, incluindo teste da caminhada dos 6 min;
2. Exames laboratoriais: hemograma, BNP, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas, exame de urina e de fezes;
3. Radiografias do tórax em AP e perfil;
4. Eletrocardiograma de repouso;
5. Eletrocardiograma de esforço;
6. Eletrocardiografia dinâmica – Holter;
7. Mapeamento ambulatorial da pressão arterial;
8. Ecocardiografia bidimensional com Doppler de fluxos valvulares;
9. Cintilografia miocárdica;
10. Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco;
11. Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco;
12. Estudo eletrofisiológico;
13. Tomografia computadorizada.
14. Ressonância magnética;
15. Teste cardiopulmonar;
16. Perfusão miocárdica por microbolhas.

De acordo com a avaliação dos parâmetros anteriores, indicados para o estudo pericial, a conceituação final de cardiopatia grave será definida em função da presença de uma ou mais das seguintes síndromes:

1. Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva

a. Sinais de disfunção ventricular, baixo débito cardíaco, dispneia de esforço e em repouso (CF III e VI da NYHA), fenômenos tromboembólicos, tontura, síncope, precordialgia. Fração de ejeção <40%; dilatação e hipocontratilidade ventricular vistas no estudo hemodinâmico ou ecocardiograma.

2. Síndrome de insuficiência coronariana

a. **Quadro clínico de forma crônica** - Angina classes III e IV da CCS (*Canadian Cardiovascular Society*), apesar da terapêutica máxima usada adequadamente; manifestações clínicas de insuficiência cardíaca, associada à isquemia aguda nas formas crônicas, presença de disfunção ventricular progressiva; arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extrasístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada devem-se associar dados do ECG e Holter).

b. **Cinecoronarioventriculografia** - Lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de > 70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerda; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

c. *Fatores de risco e condições associadas* - Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.

3. Síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundários a uma cardiopatia

4. Arritmias complexas e graves

Arritmias que cursam com instabilidade elétrica do coração, complexas, refratárias ao tratamento, sintomáticas (síncope, fenômenos tromboembólicos).

Dentro do perfil sindrômico exposto, as seguintes entidades nosológicas serão avaliadas como cardiopatia grave:

1. Cardiopatias isquêmicas;
2. Cardiopatias hipertensivas;
3. Cardiomiopatias primárias ou secundárias;
4. Cardiopatias valvulares;
5. Cardiopatias congênitas;
6. Cor pulmonale crônico;
7. Arritmias complexas e graves;
8. Hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas com lesões irreversíveis em órgãos-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

Critérios de Enquadramento

A Perícia Oficial em Saúde irá se basear nos diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), na classe funcional e os elementos usados para a classificação, para o enquadramento legal da lesão incapacitante, e concluir pela existência ou não de cardiopatia grave.

Quando não for possível firmar-se o diagnóstico etiológico, o mesmo deverá ser citado como sendo desconhecido.

É importante não confundir “a gravidade de uma cardiopatia com uma cardiopatia grave, esta uma entidade médico-pericial”. A classificação de uma cardiopatia grave baseia-se nos aspectos de gravidade de uma cardiopatia relacionados com a capacidade laborativa e com o prognóstico do indivíduo.

Para a insuficiência cardíaca e/ou coronariana, classificam-se como graves aquelas enquadradas nas classes III e IV da NYHA, e, eventualmente, as da classe II da referida classificação, na dependência da idade, da atividade profissional, das características funcionais do cargo, da coexistência de outras enfermidades e da incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento médico em curso.

Para arritmias graves, serão consideradas aquelas complexas, com alto grau de instabilidade elétrica do miocárdio, advindo daí manifestações sistêmicas frequentes como fenômenos tromboembólicos e/ou sintomas e sinais de baixo débito circulatório, e não controláveis por drogas e/ou marcapasso artificial, por isso com alto risco de morte súbita.

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave:

1. Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);

2. Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);
 3. Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassistolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
- Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;

Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA. A perícia somente enquadrará os servidores como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patológica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 meses.

Os pacientes coronariopatas, após evento agudo, devem aguardar em licença médica por um período de um a seis meses para serem avaliados, dependendo das complicações existentes e do tratamento realizado.

Nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com mau prognóstico em curto prazo, poderá ser dispensado o prazo de observação e tratamento.

O prazo de observação e tratamento supracitado também poderá ser dispensado nos servidores que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados, mantendo-se os critérios do enquadramento anteriormente descritos para a invalidez.

Após um infarto do miocárdio, a avaliação de risco baseia-se em três fatores: percentagem de miocárdio isquêmico residual, extensão da disfunção ventricular esquerda e potencial arritmico. Quando o tratamento adequado, clínico ou intervencionista, melhorar ou abolir as alterações cardiológicas, o diagnóstico de cardiopatia grave deve ser reconsiderado e reavaliado.

O comprometimento do coração na hipertensão arterial identifica a cardiopatia hipertensiva. Quando isso ocorre, frequentemente os demais órgãos-alvo também podem estar comprometidos. De outra parte, em alguns casos, um ou mais órgãos-alvo podem estar envolvidos, sem que o coração o esteja. Nesses casos, não se trata de cardiopatia hipertensiva, mas de hipertensão arterial complicada.

Sabe-se, também, que em um grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação. Esse é o conceito dinâmico de “reversibilidade” da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

De qualquer forma, a perícia nunca deve achar, de antemão, que pacientes submetidos a quaisquer das intervenções mencionadas acima têm, necessariamente, a condição médico-pericial classificada como cardiopatia grave.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a3) Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público

Conceito

Cegueira é a condição de falta de percepção visual, devido a fatores fisiológicos ou neurológicos. Cegueira total ou Amaurose é a completa falta de percepção visual de forma e luz e é clinicamente registrada como NLP, uma abreviação para “no light perception” (sem percepção de luz-SPL). Cegueira é frequentemente usada para descrever a deficiência visual grave, com visão residual. Aqueles descritos como tendo apenas percepção de luz têm apenas a capacidade de diferenciar o claro do escuro e a direção de uma fonte de luz.

Situações equivalentes à Cegueira

- a. Os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nestas normas, não suscetíveis de correção óptica nem capazes de serem beneficiados por tratamento clínico-cirúrgico;
- b. Os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20° no melhor olho, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

Graus de perda parcial da visão

Grau I: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 Snellen, bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de Snellen;

Grau II: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/200 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/400 Snellen;

Grau III: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/400 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/1.200 Snellen e,

Grau IV: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de um metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

Serão enquadrados nos Graus I, II e III os pacientes que tiverem redução do campo visual, no melhor olho, entre 20° e 10°, entre 10° e 5° e menor que 5°, respectivamente.

Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, a Perícia Oficial em Saúde adotará as escalas Snellen e Decimal na avaliação da acuidade visual para longe.

O quadro a seguir demonstra a equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe e a eficiência visual:

SNELLEN	DECIMAL	EFICIÊNCIA VISUAL DE SNELL-STERLING %
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/33	0,6	88,5
20/40	0,5	84,5
20/50	0,4	76,5
20/67	0,3	67,5
20/100	0,2	49,0
20/200	0,1	20,0
20/400	0,05	10,0

Critérios de Enquadramento

A perícia concluirá pela incapacidade definitiva e invalidez por cegueira dos portadores de:

1. Perda total de visão (amaurose) nos dois olhos, sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado – Cegueira Total.
2. A perícia também concluirá pela invalidez permanente por Cegueira dos servidores que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV descritos nos itens acima, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico cirúrgico, com base em parecer especializado.
3. Serão considerados portadores de deficiência visual comparável à cegueira os servidores que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção ou campo visual igual ou inferior a 20 graus (campo tubular), ou ocorrência de ambos, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico cirúrgico, com base em parecer especializado – considerado Cegueira Legal.

A perícia oficial em saúde, ao emitir laudos de invalidez de portadores de afecção que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos anteriormente, deverá escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão “Equivalente à Cegueira”.

Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério bem como os que ingressaram no serviço público, já portadores de deficiência compatível com cegueira.

Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente. É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, que, no caso de agravamento, poderão pleitear aposentadoria.

Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a4) Doença de Parkinson

Conceito

A Doença de Parkinson é um distúrbio degenerativo do sistema nervoso central, idiopático, lentamente progressivo, decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal, identificável por uma série de manifestações:

- a. Tremor: hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- b. Rigidez muscular: sinal característico e, eventualmente, dominante, acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;
- c. Oligocinesia: diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos (bradicinesia) são típicos à medida que a rigidez progride. Os movimentos também se tornam reduzidos (hipocinesia) e difíceis de iniciar (acinesia);
- d. Instabilidade postural: o paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;
- e. Demência: pode ocorrer tardiamente.

Considerações

Na maioria dos casos, não é possível conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou Doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (pós-encefalite, arteriosclerótica etc.), a doença é conhecida como Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário. Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença. Não se incluem nos dispositivos da lei as formas de parkinsonismo secundário, de caráter transitório, ocasionadas por medicamentos, cujo quadro clínico regride com a suspensão da droga, e por outras etiologias.

Quaisquer das formas clínicas da Doença de Parkinson ou do parkinsonismo secundário podem levar à incapacidade definitiva para o serviço ativo quando determinarem impedimento do servidor ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

A avaliação de invalidez de um paciente portador de Doença de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster.

TABELA DE WEBSTER PARA AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE PARKINSON.

a) BRADICINESIA DE MÃOS - INCLUINDO ESCRITA MANUAL	
Sem comprometimento	0
Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual	1
Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente.	2
Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	3
b) RIGIDEZ	
Não detectável	0
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso.	1
Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado.	2
Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3
c) POSTURA	
Postura normal. Cabeça fletida para a frente, menos que 10 cm.	0
Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para a frente, mais de 12 cm.	1
Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para a frente mais de 15cm. Um ou ambos os braços elevados, mas, abaixo da cintura.	2
Início da postura simiesca. Cabeça fletida para a frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando extensão inter-falange. Começando a flexão dos joelhos.	3
d) BALANCEIO DE MEMBROS SUPERIORES	
Balanceio correto dos dois braços.	0
Um dos braços com diminuição definida do balanceio.	1
Um braço não balança.	2
Os dois braços não balançam.	3

e) MARCHA	
Passos bons com passada de 40 a 75 cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encurtada para passada com 30 a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encurtada agora com 15 a 30 cm. Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como “gaguejar”. O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3
f) TREMOR	
Sem tremor detectado	0
Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm, de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz.	1
O evento máximo de tremor não excede 10 cm.. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	2
Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A escrita e a auto-alimentação são impossíveis	3
g) FACE	
Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto.	0
Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão.	1
Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca.	2
Face congelada. Boca aberta 0,5 cm. ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca	3
h) SEBORRÉIA	
Nenhuma.	0
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	1
Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa.	2
Seborréia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa	3

i) FALA	
Clara, sonora, ressonante, fácil de entender.	0
Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender.	1
Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento: dificuldade para ser compreendida.	2
Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	3
j) CUIDADOS PESSOAIS	
Sem comprometimento	0
Ainda capaz de todos os cuidados pessoais mas, a velocidade com que se veste, torna-se um empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado.	1
Requer ajuda em certas áreas críticas, como para virar-se na cama, levantar-se de cadeiras, etc.. Muito lento no desempenho da maioria das atividades mas trata estes problemas designando mais tempo para cada atividade.	2
Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	3
TOTAL	

ANÁLISE: 1 – 10 = Início da doença
 11 – 20 = Incapacidade moderada
 21 – 30 = Doença grave ou avançada

Critérios de Enquadramento

O portador de Doença de Parkinson será aposentado por invalidez nas seguintes situações:

1. Quando as manifestações clínicas e a evolução da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e realização das atividades normais da vida diária;
2. Com base na pontuação da tabela de Webster, todos os que apresentarem doença grave ou avançada. Os portadores de incapacidade moderada serão avaliados considerando-se a condição clínica e sua atividade laboral;
3. Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

A perícia não deverá enquadrar como incapazes definitivamente para o serviço ativo os portadores de parkinsonismo secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a5) Esclerose Múltipla

Conceito

Define-se como uma doença desmielinizante do sistema nervoso central lentamente progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização do cérebro e da medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sintomas e sinais, geralmente com remissões e exacerbações.

Etiologia

A causa é desconhecida, mas há suspeitas de uma anormalidade imunológica, com poucos indícios de um mecanismo específico.

Patologia

Placas ou ilhas de desmielinização com destruição de células e prolongamentos celulares estão disseminadas pelo sistema nervoso central, inicialmente na substância branca, podendo atingir os nervos ópticos, associando-se áreas de inflamação perivascular.

Sinais e sintomas

De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central com remissões e exacerbações frequentes. Os sintomas geralmente se iniciam com dormência e fraqueza nas pernas, mãos, face, distúrbios visuais (cegueira parcial ou dor nos olhos), distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens, entre outros.

Ocorrem também sintomas mentais: apatia, falta de julgamento, depressão, choro e riso sem razão aparente, manias e dificuldade para falar.

As alterações motoras são marcantes: marcha trôpega, trêmula; tremores nas mãos e na cabeça; fraqueza muscular. As lesões cerebrais podem resultar em hemiplegia. Atrofia muscular e espasmos musculares dolorosos ocorrem tardiamente.

As alterações sensitivas ocorrem principalmente nas mãos e nas pernas com perda da sensibilidade cutânea. Em relação às alterações autonômicas, há dificuldade miccional, incontinência retal e impotência sexual.

Curso

Variado e imprevisível, com remissões e exacerbações intercaladas em meses ou anos. Quando as crises se amiúdam, rapidamente o paciente torna-se incapacitado de forma definitiva. As remissões podem durar até 20 anos, mas quando os ataques são frequentes o curso é decadente e pode ser fatal em até um ano.

Diagnóstico

É indireto, por dedução por meio de características clínicas e laboratoriais. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as seguintes enfermidades: siringomielia; esclerose lateral amiotrófica; sífilis; artrite da coluna cervical; tumores do cérebro; ataxias hereditárias e malformações do cérebro e da medula.

Exames complementares ao diagnóstico

1. Exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;
2. Ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostrar as placas;

3. Potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

Critérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde fará o enquadramento de invalidez permanente por esclerose múltipla nos casos de curso progressivo, com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos que caracterizem a incapacidade para o exercício de suas atividades.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a6) Espondiloartrose Anquilosante

Conceito

A espondilite anquilosante, inadequadamente denominada de espondiloartrose anquilosante nos textos legais, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna.

O processo geralmente se inicia pelas articulações sacroilíacas e, de forma ascendente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e este processo resulta em rigidez progressiva da coluna.

As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

Entende-se por anquilose ou ancilose a rigidez ou fixação de uma articulação, reservando-se o conceito de anquilose óssea verdadeira à fixação completa de uma articulação em consequência da fusão patológica dos ossos que a constituem.

Dentre as denominações comumente dadas à espondilite anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, espondilite ossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veu-Bechterew, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoiética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante, esta última chamada de pelviespondilite reumática pela Escola Francesa.

As artropatias degenerativas da coluna vertebral, também conhecidas como artroses, osteoartrites ou artrites hipertróficas, acarretam maior ou menor limitação dos movimentos da coluna pelo comprometimento das formações extra-articulares e não determinam anquilose.

Critérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde procederá ao enquadramento legal dos portadores de espondilite anquilosante pela invalidez permanente acarretada por essa doença.

A perícia, ao firmar seus laudos, deverá fazer constar:

1. O diagnóstico nosológico;
2. A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
3. A citação dos segmentos da coluna atingidos.

A perícia, além dos elementos clínicos de que dispõe e dos pareceres da medicina especializada, poderá se valer dos seguintes exames subsidiários elucidativos:

- a. Comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);
- b. Cintilografia óssea;
- c. Teste sorológico específico HLA – B 27;
- d. Tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a7) Estados Avançados do Mal de Paget

Conceito

O Mal de Paget é uma afecção óssea crônica, caracterizada por deformações ósseas de evolução lenta e progressiva, de etiologia desconhecida, geralmente assintomática e acometendo um só osso ou, menos frequentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

Quadro Clínico

A doença pode ser acompanhada de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas e sua evolução processa-se em duas fases:

- a. Fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido ósseo ricamente vascularizado, onde são comuns fraturas com consolidação rápida;
- b. Fase de relativa inatividade, com formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado, onde as fraturas têm retardo de consolidação.

Os estados avançados da Doença de Paget apresentam as seguintes características:

- a. Lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);
- b. Complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgia;
- c. Complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

Critérios de Enquadramento

As formas localizadas do Mal de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina ou as oligossintomáticas não serão consideradas como doença enquadrada em lei.

A perícia enquadrará em incapacidade definitiva por estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante) os servidores que apresentarem as formas extensas da doença de acordo com as características já citadas anteriormente.

Também serão enquadradas em incapacidade definitiva as formas monostóticas com deformidades acentuadas e dolorosas e aquelas que apresentarem dificuldade para marcha, característica da coxopatia Pagética.

Ao firmar o diagnóstico, a perícia oficial em saúde deverá registrar a extensão das deformidades e as

partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

- a. Exame radiológico;
- b. Dosagem da fosfatase alcalina;
- c. Dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a8) Hanseníase

Conceito

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa curável, de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen). A doença tem curso crônico, com predileção pela pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

Sinais Cardinais da Hanseníase

1. Lesão(ões) e/ou área(s) da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade;
2. Acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
3. Baciloscopia positiva.

Classificação

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

1. **Paucibacilares (PB)** – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; tratamento de seis meses;
 - a. Indeterminada (I);
 - b. Tuberculóide (T);
2. **Multibacilares (MB)** – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses. A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.
 - a. Dimorfa (D);
 - b. Virchowiana (V);
 - c. Não Especificada (NE).

Atenção: o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

Quando o tratamento quimioterápico é iniciado deixa de haver transmissão da doença, pois a primeira dose da medicação torna os bacilos incapazes de infectar outras pessoas.

Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri

1. **Hanseníase Indeterminada (HI) CID A30.0** – Considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana;
2. **Hanseníase Tuberculóide (HT) CID - 10 A30.1** – Poucas lesões bem delimitadas, em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, anestésicas e de distribuição assimétrica, com crescimento centrífugo lento levando à atrofia no interior da lesão;
3. **Hanseníase Dimorfa (HD) CID - 10 A30.3** – Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;
4. **Hanseníase Virchowiana (HV) CID - 10 A30.5** – Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

Neuropatia Hansênica - Diagnóstico do Dano Neural – Sinais e Sintomas

Neurites – comprometimento da função neural pela lesão das fibras autonômicas, sensitivas e motoras resultando em deficiências sensitivas ou sensitivo-motoras, provocando as incapacidades e deformidades que podem gerar sequelas definitivas.

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

1. Face – trigêmeo e facial
2. Braços – radial, ulnar e mediano
3. Pernas – fibular comum e tibial

Graus de Incapacidade

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos.

Grau de incapacidade física de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés.
2	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6 cm de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

A inspeção do nariz deverá ser realizada concomitantemente ao exame de mãos, pés e olhos, com o objetivo de detectar ressecamento e úlceras da mucosa nasal, perfuração do septo e desabamento da pirâmide nasal.

Teste manual da exploração da força muscular

FORÇA		DESCRIÇÃO
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial
	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade .
	2	Realiza o movimento parcial .
Paralisada	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento)

Critérios de Enquadramento

A doença, por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laborais, uma vez que, ao iniciar a terapia específica (poliquimioterapia), o portador bacilífero torna-se não contagiante. Em algumas avaliações por especialistas, os casos multibacilares poderão ser afastados de suas atividades por um período de três semanas.

O que pode levar ao afastamento das atividades laborais são os casos de episódios reacionais (Reação tipo I e II), caracterizados pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento, com sintomas gerais como: febre, mal-estar geral, neurites agudas ou subagudas, levando à dor, alteração da sensibilidade (parestésias e hipoestésias) e diminuição da força muscular e/ou da precisão de movimentos. Em alguns casos o quadro reacional evolui com neurite, orquite, irite, iridociclite, artrite, mão e pé reacionais, linfadenite, proteinúria e dano hepático. Essas alterações levam à incapacidade temporária ou definitiva, devendo ser avaliadas e acompanhadas por especialistas como dermatologista, neurologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e outros.

Todos os servidores portadores de hanseníase deverão permanecer sob rigoroso controle médico e submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada. Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

A perícia concluirá pelo afastamento temporário das atividades quando os servidores:

- Manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;
- Manifestarem dor neuropática;
- Tiverem que se submeter a tratamento de descompressão neural cirúrgica de neurites;
- Necessitarem submeter-se a tratamento cirúrgico de reabilitação de deficiências na face, nariz, olhos, mãos e pés;
- Tiverem que permanecer imobilizados ou em repouso absoluto do membro quando da detecção precoce de surtos reacionais (tipo 1 ou tipo 2), neurites ou para tratamento de úlceras plantares, até a remissão dos sintomas.

Serão considerados inválidos aqueles classificados no grau 2 da tabela de incapacidade física e nos graus 0 e 1 da tabela de exploração da força muscular. As demais situações clínicas dependerão da correlação com as atividades laborais.

A perícia oficial em saúde concluirá pela invalidez quando os servidores apresentarem sequelas inca-

pacitantes sem possibilidade de recuperação.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a9) Nefropatia Grave

Conceito:

Define-se como nefropatia grave o comprometimento em caráter transitório ou permanente da função renal a ponto de ocasionar grave insuficiência renal e/ou acarretar risco à vida, ocasionado por enfermidade de evolução aguda ou crônica, de qualquer etiologia.

Na avaliação da gravidade da nefropatia e do grau de incapacidade que pode acarretar, deverão ser levados em consideração:

1. Os sintomas clínicos;
2. As alterações bioquímicas.

Quadro Clínico

Manifestações clínicas

1. Ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
2. Cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
3. Gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias;
4. Digestivas - diarreia ou obstipação;
5. Neurológicas - cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
6. Oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
7. Pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
8. Urinárias - nictúria.

Alterações nos Exames Complementares

1. Alterações laboratoriais
 - a. Diminuição da filtração glomerular;
 - b. Diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
 - c. Aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico;
 - d. Distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
 - e. Acidose.
2. Alteração nos exames por imagem

Considerações

Para a avaliação da insuficiência renal crônica pelas alterações bioquímicas, pode ser adotada a classificação abaixo, baseada na gravidade do distúrbio funcional do rim, medido pela filtração glomerular e dosagem de creatinina.

Doenças Renais Crônicas – Estadiamento e Classificação*

ESTÁGIO	FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ML/MIN)	CREATININA (MG/DL)	GRAU DE I.R.C.
0	> 90	0,6- 1,4	Grupo de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6- 1,4	Função renal normal Presença de lesão renal
2	60 - 89	1,5 – 2,0	IR leve ou funcional
3	30- 59	2,1- 6,0	IR moderada ou laboratorial
4	15- 29	6,1- 9,0	IR grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	IR terminal ou pré-dialítica

*Dr. João Egídio Romão Júnior – SBN – Hospital das Clínicas – FMUSP e Hospital da Beneficência Portuguesa – São Paulo

São consideradas nefropatias graves:

1. As nefropatias incluídas no Estádio 3, desde que o periciado apresente sintomas e sinais que estejam produzindo incapacidade laborativa;
2. As nefropatias incluídas nos Estádios 4 e 5.

Critérios de Enquadramento

As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve, Estádio 2, não são enquadradas como nefropatias graves.

As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, Estádio 3, são enquadradas como nefropatias graves quando acompanhadas de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa do periciado.

As nefropatias classificadas como insuficiência renal grave, Estádios 4 e 5, são enquadradas como nefropatias graves. A perícia deverá, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da indicação da presença ou não de nefropatia grave.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a 10) Neoplasia Maligna**Conceito**

É um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo.

São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

Avaliação Diagnóstica e Estadiamento

O diagnóstico e o estadiamento da neoplasia maligna podem ser determinados, dentre outros, pelos seguintes meios propedêuticos:

1. Exame clínico especializado;
2. Exames radiológicos;
3. Exames ultrassonográficos;
4. Exames de tomografia computadorizada;
5. Exames de ressonância nuclear magnética;
6. Exames cintilográficos;
7. Exames endoscópicos;
8. Pesquisa de marcadores tumorais específicos;
9. Biópsia da lesão com exame histopatológico;
10. Exames citológicos;
11. Exames de imunohistoquímica;
12. Estudos citogenéticos em casos específicos.

O diagnóstico de neoplasia depende de comprovação por meio de exames complementares

Prognóstico

É determinado pelo grau de malignidade da neoplasia, que é influenciado pelos seguintes fatores:

1. Grau de diferenciação celular;
2. Grau de proliferação celular;
3. Grau de invasão vascular e linfática;
4. Estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
5. Resposta à terapêutica específica;
6. Estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

Objetivos da Avaliação Pericial

A avaliação pericial objetiva comprovar:

1. O diagnóstico da neoplasia por meio de exame histopatológico ou citológico;
2. A extensão da doença e a presença de metástases;
3. O tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico;
4. O prognóstico da evolução da doença, em consonância com as estatísticas de sobrevivência para cada tipo de neoplasia;
5. O grau de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente;
6. A correlação da incapacidade com as atribuições do servidor.

Critérios de Enquadramento

A perícia fará o enquadramento da invalidez permanente por neoplasia maligna dos servidores quando for constatada incapacidade para o trabalho em consequência de:

1. Neoplasias com mau prognóstico em curto prazo;
2. Neoplasias incuráveis;
3. Sequelas do tratamento, mesmo quando erradicada a neoplasia maligna;

4. Recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

A perícia deverá citar no registro da avaliação pericial:

1. O tipo histopatológico da neoplasia;
2. Sua localização;
3. A presença ou não de metástases;
4. O estadiamento clínico pelo sistema TNM, podendo ser utilizada outra classificação, em casos específicos, não contemplada por este sistema;
5. Acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

Os servidores portadores de neoplasia maligna detectada pelos meios propedêuticos e submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico serão considerados portadores dessa enfermidade durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, mesmo que o estadiamento clínico indique bom prognóstico.

O carcinoma basocelular, por seu caráter não invasivo, não metastático, e de excelente prognóstico não se enquadra nesta situação. As neoplasias que apresentarem comportamento similar devem ser tratadas da mesma forma.

Os servidores portadores de neoplasia maligna submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, que após cinco anos de acompanhamento clínico não apresentarem evidência de doença ativa, serão considerados **não** portadores de neoplasia maligna.

A presença de neoplasia maligna passível de tratamento não implica aposentadoria, devendo o servidor ser reavaliado periodicamente levando-se em consideração o tratamento, a evolução e a capacidade laborativa.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a l l) Paralisia Irreversível e Incapacitante

Conceito

Entende-se por paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, causada pela interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão de neurônio motor central ou periférico.

A abolição das funções sensoriais, na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas, caracteriza a paralisia funcional.

A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade.

São equiparadas às paralisias as lesões osteomusculoarticulares, as vasculares graves e crônicas, e as parestesias das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da motilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

Classificação das Paralisias

Considerando-se a localização e a extensão das lesões, as paralisias classificam-se em:

1. Paralisia isolada ou periférica - quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
2. Monoplegia - quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
3. Hemiplegia - quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
4. Paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
5. Triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
6. Tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

Critérios de Enquadramento

Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante de um dos tipos escritos anteriormente, satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados impossibilitados para qualquer trabalho de forma total e permanente.

A perícia deverá especificar no relato da avaliação pericial os diagnósticos anatômico e etiológico e o caráter definitivo e permanente, como citado na lei.

A perícia deverá declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão “equivalente à Paralisia Irreversível e Incapacitante”, quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões que se equiparam à paralisia, satisfeitas todas as condições constantes desses itens.

A paralisia de um músculo ou de um grupo de músculos não apresenta por si só motivo para concessão das vantagens da lei e muitas vezes não leva à incapacidade.

É preciso que, depois de esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis, seja considerada irreversível e incapacite o servidor para o exercício da atividade inerente ao cargo.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a l2) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)

Conceito

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por uma imunodeficiência grave que se manifesta clinicamente através do aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas ou lesões neurológicas associadas ao HIV.

Classificação

A infecção pelo HIV em adultos pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos T-CD4 conforme descrito a seguir.

Quanto às manifestações clínicas, os indivíduos pertencem às seguintes categorias:

Categoria “A”:

1. Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
2. Linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extrainguinais, com duração de pelo menos três meses, associada à sorologia positiva para o HIV;

3. Infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e/ou esplenomegalia. Nesta fase, a sorologia para o HIV pode ser negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.

Categoria “B”: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

1. Angiomatose bacilar;
2. Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
3. Candidíase orofaríngea;
4. Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração).

Categoria “C”: indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:

1. Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
2. Criptococose extrapulmonar;
3. Câncer cervical uterino;
4. Retinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
5. Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
6. Histoplasmose disseminada;
7. Isosporíase crônica;
8. Micobacteriose atípica;
9. Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
10. Pneumonia por *P. carinii*;
11. Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
12. Bacteremia recorrente por bactérias do gênero “salmonella”;
13. Toxoplasmose cerebral;
14. Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15. Criptosporidiose intestinal crônica;
16. Sarcoma de Kaposi;
17. Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
18. Encefalopatia pelo HIV;
19. Síndrome consumptiva pelo HIV (perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente, **excluída** a tuberculose como causa básica);
20. Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite).

Quanto à contagem de linfócitos T-CD4, os pacientes podem ser classificados nos seguintes grupos:

1. Grupo 1: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³.
2. Grupo 2: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³.
3. Grupo 3: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

Critérios de Enquadramento:

Utilizando-se a Tabela de associação das categorias clínicas com os grupos de contagem de linfócitos T CD4, chega-se à:

Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial

GRUPOS	LT-CD4+	CATEGORIAS CLÍNICAS		
		A	B	C
1	> 500/mm ³	A1	B1	C1
2	200-499/mm ³	A2	B2	C2
3	< 200/ mm ³	A3	B3	C3

1. Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).
2. Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral pela perícia. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam incapacitados para retorno ao trabalho, serão aposentados.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

a l3) Tuberculose Ativa**Conceito**

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas, possuindo predileção pelo pulmão. A evolução após o contato com o bacilo depende do hospedeiro. A suscetibilidade à infecção é praticamente universal, a maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a primo-infecção e desenvolve imunidade parcial à doença. No entanto, alguns bacilos permanecem vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo.

Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento. Entre estes, destacam-se a infecção pelo HIV, doenças ou tratamentos imunodepressores, idade menor do que 2 anos ou maior do que 60 anos e desnutrição.

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primo infecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e mesmo décadas.

Classificação:**Indivíduo sem tuberculose latente ou ativa**

Ocorre quando o indivíduo não possui exposição à TB nem infecção tuberculosa ou quando indi-

víduo com história de exposição à TB, porém, sem evidência de TB doença (Prova tuberculínica negativa);

Infecção latente por tuberculose

Ocorre quando a pessoa teve contato com TB recentemente, mas não desenvolveu a doença ativa. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação e adoecem na sequência da primo-infecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nesta fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência da exposição a uma nova fonte de infecção.

Tuberculose Ativa

Ocorre quando o indivíduo apresenta TB comprovada laboratorialmente (baciloscopia e/ou cultura), ou em casos de grande suspeita clínica e radiológica, podendo ter um diagnóstico presuntivo baseado em dados clínico-epidemiológicos após outros tratamentos antimicrobianos sem resultado.

Classificação da Tuberculose Ativa conforme o local de acometimento

Tuberculose Pulmonar

TB que acomete em algum momento o pulmão. Pode ser primária, pós- primária (ou secundária) e TB miliar. Os sintomas mais frequentes são tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento.

TB primária:

Ocorre comumente após a primo-infecção, mais comum em crianças.

TB pós- primária:

Ocorre por reativação de uma infecção anterior, pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum no adolescente e adulto jovem.

TB miliar:

É uma TB generalizada. Ocorre por reativação de uma infecção anterior geralmente em pacientes imunodeprimidos graves. A denominação é vinculada ao aspecto radiológico pulmonar. Apresentação mais comum em crianças e adultos jovens.

TB extrapulmonar:

TB extrapulmonar ocorre quando a TB acomete outro órgão que não o pulmão, podendo este também estar acometido conjuntamente, mas não sendo uma obrigatoriedade.

Tuberculose pleural

Acometimento da pleura por TB, geralmente a forma pulmonar se encontra associada. É a forma mais comum de TB extrapulmonar em pacientes não infectados pelo HIV e é mais frequente em jovens. Cursa com dor torácica pleurítica, astenia, emagrecimento. A anorexia ocorre em 70% dos casos, febre e tosse seca em 60%.

Empiema pleural por tuberculose

Consequência da ruptura de uma cavidade tuberculosa para o espaço pleural e por isso, além de

líquido no espaço pleural, muitas vezes ocorre também pneumotórax secundário. Clinicamente é indistinguível de um empiema pleural por bactéria comum.

Tuberculose ganglionar periférica

É a forma mais frequente de TB extrapulmonar em pacientes infectados pelo HIV e crianças, sendo mais comum abaixo dos 40 anos. As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos da região cervical anterior e posterior, além de supraclavicular. Os gânglios podem apresentar-se endurecidos ou amolecidos, aderentes entre si e aos planos profundos, podendo evoluir para flutuação e/ou fistulização espontânea, com inflamação da pele adjacente.

Tuberculose meningoencefálica

É responsável por 3% dos casos de TB em pacientes HIV soronegativos e por 10% dos casos em pacientes HIV soropositivos. Meningite basal exsudativa é a apresentação clínica mais comum e é mais frequente em crianças abaixo dos 6 anos de idade. Clinicamente pode ser subaguda ou crônica (sinais e sintomas com duração superior a 4 semanas). Na forma subaguda cursa com cefaléia holocraniana, irritabilidade, alterações do comportamento, sonolência, anorexia, vômitos e dor abdominal associados à febre, fotofobia e rigidez de nuca. Na forma crônica o paciente evolui com várias semanas de cefaleia até que o acometimento dos pares cranianos faz o médico suspeitar de meningite crônica.

Tuberculose pericárdica

É o acometimento do pericárdio pela TB. Geralmente tem apresentação clínica subaguda e na maior parte das vezes não se associa à TB pulmonar, embora possa ocorrer simultaneamente a TB pleural. Os principais sintomas são dor torácica, tosse seca e dispneia.

Tuberculose óssea

É mais comum em crianças ou em pessoas entre a quarta e quinta décadas de vida. Atinge mais a coluna vertebral e a articulação coxofemoral e do joelho, embora possa ocorrer em outros locais. Quando atinge a coluna vertebral (mal de Pott), afeta mais comumente a coluna torácica baixa e lombar.

No Mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral observa-se no exame radiológico, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais. Para a confirmação do diagnóstico de atividade deve-se usar como meios auxiliares os exames radiológicos, biópsias ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões. O quadro clínico é a tríade dor lombar, dor à palpação da coluna vertebral e sudorese noturna.

Tuberculose renal e outras

O sintoma clínico mais comum é a hematúria. O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela TB é realizado por meio de exames bacteriológicos e a confirmação da presença do *Mycobacterium tuberculosis* associada ao exame radiológico que revela lesões nos cálices, nos bacinetes e /ou ureteres.

A possibilidade dessa forma de TB levar à incapacidade definitiva está relacionada ao grau de comprometimento da função excretora renal (insuficiência renal) e deve assim ser considerada.

Outras formas de TB extrapulmonar - A TB também pode acometer outros órgãos e sistemas, como o caso de TB cutânea. O diagnóstico desses casos geralmente é difícil, exigindo alta suspeição clínica auxiliada por exames complementares. Esses casos são raros, devendo ser seguidos de forma individualizada.

Diagnóstico da Tuberculose

Diagnóstico Clínico

O diagnóstico clínico da TB se dá através da presença de sinais e sintomas típicos, sendo os mais frequentes tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. A sintomatologia pode variar conforme o órgão acometido e o grau de imunodepressão do paciente.

Diagnóstico Bacteriológico

A pesquisa bacteriológica é de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento. A baciloscopia direta é o método mais simples e seguro para o diagnóstico e deve ser solicitada em todos os casos.

A cultura para micobactérias é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença. Quando associada ao teste de sensibilidade a antimicrobianos permite identificação de cepas de micobactérias resistentes ao tratamento habitual.

Diagnóstico radiológico e a classificação das lesões conforme imagem

TB primária

Pode apresentar-se radiologicamente como um foco pulmonar e/ou um foco linfonodal satélite. O foco pulmonar habitualmente corresponde a pequena opacidade parenquimatosa, frequentemente unifocal, acometendo mais os lobos superiores, na infância, e os lobos médio e inferior, nos adultos.

Pode ocorrer compressão extrínseca de via aérea pela linfonodomegalia com conseqüente atelectasia (epituberculose). Os segmentos mais comprometidos são o anterior dos lobos superiores e o medial do lobo médio (síndrome do lobo médio). A TB primária pode ainda se apresentar sob a forma de derrame pleural (raro na infância).

O aspecto miliar na radiografia de tórax pode ocorrer tanto na TB primária quanto na TB pós-primária e corresponde a um quadro de disseminação hematogênica da doença. Apresenta-se como pequenas opacidades nodulares medindo de 1mm-3mm de diâmetro, distribuídas de forma simétrica em até 90% dos casos. Pode haver associação com opacidades parenquimatosas em até 40% dos casos, em crianças. Linfonodomegalias são observadas em 95% das crianças e em cerca de 10% dos adultos.

TB pós-primária

Pequenas opacidades de limites imprecisos, imagens segmentares ou lobares de aspecto heterogêneo, pequenos nódulos e/ou estrias são aspectos sugestivos de TB pós-primária ou secundária. A evolução das imagens é lenta e a localização típica é feita nos segmentos posteriores dos lobos superiores e nos segmentos superiores dos lobos inferiores de um ou ambos os pulmões. Cavitação única ou múltipla, geralmente sem nível hidroaéreo, com diâmetro médio de 2 cm e que não costuma ultrapassar 5 cm é muito sugestiva, embora não exclusiva, de TB. Outras formas menos comuns de apresentação radiológica de TB pulmonar são a forma nodular (única ou múltipla), que simula a doença maligna, e a cavitação localizada atipicamente em lobo inferior, simulando abscesso pulmonar. O aspecto miliar pode ocorrer, assim como na TB primária.

TB secundária

Não há linfonodomegalia hilar satélite, entretanto, em pacientes infectados pelo HIV em fase avançada de imunossupressão, isso pode ocorrer. Deve ser lembrado que as manifestações radiográficas da TB associada ao HIV dependem do grau de imunossupressão do indivíduo. Aqueles com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm³ apresentam mais comumente manifestações atípicas, podendo a radiografia de tórax ser normal em até 20% dos casos.

Sequela de TB

Radiologicamente a sequela de TB se apresenta como nódulos pulmonares densos, com calcificação visível ou não, podem ser vistos em lobos superiores e região hilar. Estes nódulos podem ser acompanhados de cicatriz fibrótica que geralmente cursa com perda volumétrica do lobo. Espessamento pleural, uni ou bilateral, pode também ser visualizado. Bronquiectasias dos lobos superiores são também um achado comum da sequela de TB, embora inespecífico.

Diagnóstico com prova tuberculínica

A prova tuberculínica (PT) consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune e celular a esses antígenos. É utilizada em adultos e crianças para o diagnóstico da infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb). A interpretação da prova tuberculínica depende da probabilidade de infecção latente, risco de adoecimento por TB, tamanho do endurecido (resposta da PT) e idade.

Outros métodos diagnósticos

Existem vários outros métodos auxiliares diagnósticos que podem ajudar no diagnóstico da TB, como a Tomografia computadorizada de alta resolução, ressonância magnética, o exame histopatológico que auxilia no diagnóstico das formas extrapulmonares de TB. Exames mais complexos como a biologia molecular, usados em casos mais específicos, geralmente de difícil diagnóstico devendo ser conduzido por profissionais mais experientes e serviços especializados.

Tratamento

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticados em fase precoce e a boa evolução de suas lesões se tratadas corretamente, torna-se fundamental estabelecer a resposta ao tratamento e a noção de cura.

A TB ativa é dita curada quando, após o tratamento regular com esquema básico (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), durante seis meses, apresenta baciloscopia negativa no encerramento do caso.

Toda a informação referente à classificação, diagnóstico e manejo clínico da TB contidas nesse manual se refere ao Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil/Ministério da Saúde, publicado em 2011 (<http://www.saude.gov.br/tuberculose>).

Critérios de Enquadramento

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que deve ser considerado é a situação do paciente em relação à fase de transmissão da doença, a repercussão geral no indivíduo e no desempenho das suas atividades.

Como recomendação, para conter a cadeia de transmissão da doença e pela questão do controle de infecção, o indivíduo com TB bacilífera (baciloscopia positiva), deve permanecer afastado do traba-

lho até possuir duas análises laboratoriais de baciloscopia negativas consecutivas e que ocorra recuperação clínica favorável do indivíduo, quando poderá ser julgado apto, a despeito da necessidade de continuação do tratamento pelo tempo necessário.

De modo a comprovar com segurança a atividade da doença, o perito deverá reavaliar o periciado ao término do tratamento, que tem a duração de seis meses, e basear suas conclusões em observações clínicas e exames subsidiários.

O parecer definitivo a ser adotado pela perícia para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente sequelares ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a seis meses, contados a partir do término do tratamento.

O servidor considerado curado em período inferior a 24 meses de licença para tratamento de saúde retornará ao serviço ativo.

O servidor que apresentar lesões em atividade após dois anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e aquele em que ainda houver dúvida quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão aposentados.

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal os servidores que:

1. tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da TB, refratárias aos esquemas terapêuticos existentes,
2. na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho. Como exemplo, a seqüela pulmonar em que ocorre importante redução da capacidade funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponha importante limitação física ao indivíduo.
3. forem portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão avaliados pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nesta norma e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.
4. apresentarem outras sequelas das lesões tuberculosas, irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva.

Os servidores que apresentarem “Cor pulmonale” crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão avaliados de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave deste Manual.

A perícia, ao concluir pela incapacidade definitiva do servidor, deverá fazer constar dos laudos o diagnóstico de “Tuberculose Ativa”, complementando com os dados que permitam o enquadramento legal, aplicável ao caso.

Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

b) Doenças especificadas no Art. 1º da Lei nº 11.052/2004 e no Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11/2006

b1) Hepatopatia Grave

78

Conceito

A hepatopatia grave compreende um grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração estrutural extensa e deficiência funcional intensa, progressiva e grave, além de incapacidade para atividades laborais e risco à vida.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito do abdome, distensão abdominal e hemorragia digestiva. No entanto, muitos hepatopatas crônicos são assintomáticos. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou para admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

Icterícia, hepatomegalia, dor no hipocôndrio direito, esplenomegalia, aranhas vasculares, eritema palmar, ascite, perda de peso, equimoses, edema, veias abdominais dilatadas, hálito hepático, asterixe, encefalopatia e coma são sinais e sintomas presentes em maior ou menor grau nas doenças hepáticas.

Constituem Características das Hepatopatias Graves

Quadro clínico:

1. Emagrecimento;
2. Icterícia;
3. Ascite;
4. Edemas periféricos;
5. Fenômenos hemorrágicos;
6. Alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pelos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas;
7. Alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

Quadro laboratorial:

1. Alterações hematológicas:
 - a. Pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia;
2. Distúrbios da coagulação: hipoprotrombinemia e queda dos fatores da coagulação (V, VII, fibrinogênio);
3. Alterações bioquímicas:
 - a. Hipoglicemia predominante;
 - b. Hipocolesterolemia; e
 - c. Hiponatremia;
4. Testes de função hepática alterados:
 - a. Retenção de bilirrubinas;

- b. Transaminases elevadas;
- c. Fosfatase alcalina e gama-GT elevadas;
- d. Albumina reduzida.

Nos exames por imagem são observadas as seguintes alterações

1. Ultrassonografia: alterações estruturais do fígado e baço, ascite, dilatação das veias do sistema porta;
2. Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética abdominal: alterações dependentes da doença primária;
3. Endoscopia digestiva alta: presença de varizes esofagianas e de gastropatia hipertensiva;
4. Cintilografia hepática: redução da captação hepática, forma heterogênea, com aumento da captação esplênica e na medula óssea.

São causas etiológicas das hepatopatias graves

1. Hepatites fulminantes: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
2. Cirroses hepáticas: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
3. Doenças parasitárias e granulomatosas;
4. Tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos;
5. Doenças hepatobiliares e da vesícula biliar levando à cirrose biliar secundária.

Classificação

A insuficiência hepática desenvolve-se em consequência da perda de massa celular funcionante, decorrente da necrose causada por doenças infecciosas, inflamatórias, tóxicas, alérgicas, infiltrativas, tumorais, vasculares ou por obstrução do fluxo biliar.

A gravidade do comprometimento funcional é classificada, com finalidade prognóstica, em tabela universalmente aceita, conhecida como Classificação de Child-Turcotte-Pugh, nela considerados cinco indicadores:

INDICADORES	PONTOS		
	1	2	3
Albumina	> 3,5 g%	3,0 a 3,5 g%	< 3,5 g%
Bilirrubina	< 2,0 mg%	2,0 a 3,0 mg%	> 3,0 mg%
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Grau de encefalopatia	Não	Leve	Grave
Tempo de protrombina	> 75%	50 a 74%	< 50 %

De acordo com o total de pontos obtidos, os prognósticos dividem-se em:

CLASSE	TOTAL DE PONTOS
A	5 a 6
B	7 a 9
C	10 a 15

O escore de Child-Pugh é calculado somando os pontos dos cinco fatores, e varia de 5 a 15. As classes de Child-Pugh são: A (escore de 5 a 6), B (7 a 9), ou C (acima de 10). Em geral, a “descompensação” indica cirrose com um escore de Child-Pugh > 7 (classe B de Child-Pugh) e este nível é um critério aceito para inclusão no cadastro do transplante hepático.

Os indivíduos situados na Classe A têm bom prognóstico de sobrevivência, habitualmente acima de cinco anos, enquanto os da Classe C têm mau prognóstico, possivelmente menor que um ano.

A encefalopatia hepática, também denominada encefalopatia portossistêmica, obedece à seguinte graduação:

- a. Subclínica: alteração em testes psicométricos;
- b. Estágio 1: desatenção, irritabilidade, alterações da personalidade, tremores periféricos e incoordenação motora;
- c. Estágio 2: sonolência, redução da memória, alterações do comportamento, tremores, fala arrastada, ataxia;
- d. Estágio 3: confusão, desorientação, amnésia, sonolência, nistagmo, hiporreflexia e rigidez muscular; e
- e. Estágio 4: coma, midríase e postura de descerebração, arreflexia.

A pontuação leve na Tabela de Child-Pugh inclui os Estágios Subclínico, 1 e 2, enquanto a pontuação grave os Estágios 3 e 4.

Critérios de Enquadramento

As hepatopatias classificadas na Classe A de Child-Pugh não são consideradas graves.

As hepatopatias classificadas na Classe B de Child-Pugh serão consideradas como hepatopatia grave quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante.

As hepatopatias classificadas na Classe C de Child-Pugh serão enquadradas como hepatopatia grave.

Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves com tratamento específico, o tempo de acompanhamento em licença para tratamento de saúde pela perícia oficial em saúde deverá estender-se até 24 meses.

Os indivíduos que desenvolverem formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e forem submetidos a transplante hepático de urgência serão considerados como incapacitados temporários, sendo acompanhados em licença para tratamento de saúde por até 24 meses.

O laudo da perícia deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos anatomopatológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa de tratar-se de hepatopatia grave.

O diagnóstico anatomopatológico poderá ser dispensado nos casos de contraindicação médica formalizada, a exemplo das coagulopatias, sendo substituído por outros exames que possam comprovar e caracterizar a gravidade do quadro.

Para o diagnóstico do hepatocarcinoma, a comprovação histológica obtida pela biópsia pode ser substituída pela presença de elevados níveis séricos de alfa-fetoproteína (mais de 400 ng/ml) e alterações típicas no Eco-doppler, na tomografia computadorizada helicoidal ou retenção do lipiodol após arteriografia seletiva, em indivíduos com condições predisponentes para o hepatocarcinoma: cirroses, doenças metabólicas congênitas, portadores de vírus B e C, alcoólatras.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

B2) Contaminação por Radiação

Conceito

Considera-se “doença causada por radiação ionizante em estágio avançado” toda enfermidade que tenha, comprovadamente, relação de causa e efeito com a radiação ionizante e cujas alterações sejam consideradas incapacitantes e invalidantes, seja por caráter físico-motor, ou funcional ou mental.

A perícia deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a doença apresentada pelo indivíduo. A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser devidamente documentada.

A perícia deverá atentar para o quadro em fase não invalidante, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.

A perícia deverá identificar, no mínimo, uma das seguintes síndromes:

1. Síndrome aguda da radiação: um conjunto de sintomas e sinais decorrentes de exposição de corpo inteiro a alta dose de radiação por curto espaço de tempo; é um evento determinístico que se desenvolve quando um limite de dose é ultrapassado (0,8 a 1,0 Gy);
2. Síndrome cutânea da radiação: um conjunto de sintomas e sinais decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

São necessariamente quadros de síndrome aguda da radiação aqueles decorrentes de evento considerado determinístico, no qual o limite de dose de 0,8 a 1,0 Gy tenha sido ultrapassado, a saber:

1. Hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose;
2. Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrólítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e
3. Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

Os quadros clínicos decorrentes do acúmulo de pequenas doses de exposição por longo período de tempo não são considerados quadros de síndrome aguda da radiação. Nestes casos, a perícia oficial em saúde deverá considerar os mesmos parâmetros de avaliação estabelecidos para a síndrome aguda da radiação.

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

1. Grau I ou leve (exposição de 8,0 Gy a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação;
2. Grau II ou moderada (exposição > 12,0 Gy a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;
3. Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações

escleróticas, degenerativas e necrose;

4. Grau IV ou muito grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

Diagnóstico

Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da síndrome aguda da radiação e da síndrome cutânea da radiação são:

1. História clínica, com dados evolutivos da doença;
2. Exame clínico;
3. Dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);
4. Dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);
5. Avaliação hematológica;
6. Avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);
7. Dosimetria citogenética;
8. Tomografia computadorizada;
9. Ressonância magnética;
10. Termografia;
11. Avaliação fotográfica seriada;
12. Estudos cintilográficos;
13. Estudos Doppler.

Critérios de Enquadramento

Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita anteriormente, serão considerados pela perícia como acometidos de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado.

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal os servidores que apresentarem:

1. alterações físicas e mentais de mau prognóstico no curto prazo;
2. alterações físicas e mentais persistentes ou que tenham expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 meses;
3. sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do servidor para executar atividades básicas

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

B3) Fibrose Cística

Conceito

A fibrose cística, também conhecida como mucoviscidose, é um distúrbio autossômico recessivo que faz com que determinadas glândulas exócrinas produzam secreções anormais, acarretando vários sintomas, afetando principalmente o trato digestivo e os pulmões. A fibrose cística é a causa mais comum

de doença pulmonar crônica grave em adultos jovens e o distúrbio hereditário fatal mais comum entre indivíduos caucasianos nos EUA.

Não existem estudos epidemiológicos ou triagem neonatal abrangente que permitam estimar a incidência de Fibrose Cística nas diversas regiões do Brasil. Há estimativas de que 10% do total anual de afetados são diagnosticados, o que confere uma impressão errônea de baixa incidência na população brasileira.

É uma doença rara que afeta ambos os sexos igualmente.

A doença é causada por anormalidades no transporte de cloro e água através da superfície apical das células epiteliais, resultando em um muco cerca de 30 a 60 vezes mais viscoso. Quase todas as glândulas exócrinas produzem um muco anormal que obstrui a glândula e os ductos, resultando em dilatação glandular e dano tissular.

Embora o sistema de transporte mucociliar não seja afetado, há uma diminuição na capacidade de transporte de uma secreção assim tão viscosa, levando a um acúmulo de muco, com aumento do número de bactérias e fungos nas vias aéreas, podendo levar a uma infecção crônica nos pulmões.

Os pulmões são normais no nascimento, mas a partir daí, os distúrbios respiratórios podem ocorrer a qualquer momento. As secreções brônquicas espessas obstruem as pequenas vias aéreas, produzindo inflamação. À medida que a doença evolui, as paredes brônquicas tornam-se espessas, as vias aéreas enchem-se de secreções infectadas, áreas do pulmão contraem (atelectasia) e os linfonodos aumentam de tamanho. Todas essas alterações reduzem a capacidade dos pulmões de transferir oxigênio para o sangue.

As manifestações pulmonares em adultos incluem bronquite crônica e aguda, bronquiectasia, pneumonia, atelectasia e cicatrização peribrônquica e parenquimatosa.

Pneumotórax e hemoptise são comuns. Hipoxemia, hipercapnia e cor pulmonale ocorrem em casos avançados. Também podem ocorrer cálculos biliares e cirrose hepática. Quase todos os homens com fibrose cística têm ausência congênita bilateral dos vasos deferentes com azoospermia. As mulheres apresentam diminuição da fertilidade em razão da viscosidade das secreções cervicais, porém muitas conseguem ter gravidez a termo.

Cerca de 2 a 3% dos indivíduos com fibrose cística apresentam diabetes insulino dependente, pois o pâncreas cicatrizado é incapaz de produzir uma quantidade suficiente de insulina.

Os portadores dessa enfermidade têm um risco aumentado de doença maligna do trato gastrointestinal, osteopenia e artropatias.

Comumente, a morte é decorrente de uma combinação da insuficiência respiratória e da insuficiência cardíaca, causadas pela doença pulmonar subjacente.

Considerações

Os achados clínicos na fibrose cística compreendem:

Sinais e sintomas: A fibrose cística deve ser suspeitada em um adulto jovem com uma história de doença pulmonar crônica (especialmente bronquiectasia), pancreatite ou infertilidade. Tosse com produção de escarro, diminuição da tolerância ao exercício e hemoptise recorrente são queixas típicas. Os pacientes também queixam, com frequência, de dor nos seios da face e secreção nasal purulenta. Esteatorréia, diarreia e dor abdominal também são comuns. Nos recém-nascidos, a fibrose cística pode provocar obstrução ileomeconial.

Achados laboratoriais: O estudo dos gases arteriais frequentemente revela hipoxemia e, em casos avançados, acidose respiratória crônica compensada. Os estudos de função pulmonar mostram

um padrão misto restritivo e obstrutivo. Há uma redução da capacidade vital forçada, da velocidade de fluxo aéreo e da capacidade pulmonar total. A retenção de ar (elevada taxa de volume residual em relação à capacidade pulmonar total) e a redução na capacidade de difusão pulmonar são comuns.

Estudos por imagem: A hiperinsuflação é vista no início do processo da doença. Constricção peribrônquica, tampão mucoso, bronquiectasia (anéis e cistos), aumento das estrias intersticiais, opacidades periféricas pequenas arredondadas e atelectasias focais podem ser vistas separadamente ou em várias combinações. Pneumotórax também pode estar presente. A tomografia computadorizada (TC) em secções finas pode confirmar a presença de bronquiectasia.

Diagnóstico

a. Teste do suor: a iontoforese quantitativa da transpiração estimulada pela pilocarpina (teste do suor) revela níveis elevados de sódio e cloro (>60 mEq/L) no suor de pacientes com fibrose cística. É específico para diagnóstico de fibrose cística, porém um teste normal não exclui o diagnóstico, sendo necessários dois testes em dias diferentes para um diagnóstico acurado.

Se o teste for repetidamente negativo, mas ainda assim houver uma elevada suspeita clínica da doença, deve ser realizada a tipagem do genótipo ou outros testes alternativos (medida da diferença do potencial de membrana nasal, análise do sêmen ou avaliação da função pancreática). A tipagem do genótipo identifica apenas os tipos mais frequentes da doença, porque as mutações do gene são muitas e os kits são padronizados. Mesmo assim, esse teste cobre aproximadamente 80% dos casos.

Como a fibrose cística pode afetar diversos órgãos, vários outros testes auxiliam o médico no estabelecimento do diagnóstico. Um exame de fezes pode revelar redução ou desaparecimento das enzimas digestivas tripsina e quimiotripsina ou concentrações elevadas de gordura, conseqüente à redução das enzimas pancreáticas. Se a secreção de insulina estiver reduzida, a glicemia estará elevada.

b. Teste do pezinho: feito rotineiramente em recém-nascidos para rastreamento de doenças congênitas.

Sinais de exacerbação da doença pulmonar

- Aumento da tosse;
- Aumento da produção de catarro;
- Febre;
- Anorexia e perda de peso;
- Absenteísmo escolar ou do trabalho;
- Novos achados na ausculta pulmonar;
- Novos achados nos raios X de tórax;
- Diminuição na tolerância aos exercícios;
- Diminuição na saturação arterial de oxigênio (SaO_2);
- Modificação em mais de 10% no volume expiratório forçado no primeiro minuto (VEF1).

Prognóstico

A longevidade dos pacientes com fibrose cística está aumentando e a sobrevida média é, atualmente, de 31 anos. A morte ocorre por complicações pulmonares ou como resultado de insuficiência respiratória crônica terminal e *cor pulmonale*.

A gravidade da fibrose cística varia muito de pessoa para pessoa, independente da idade. Ela é determinada em grande parte pelo grau de comprometimento pulmonar. No entanto, a deterioração é inevitável, acarretando um estado de debilidade e, finalmente, a morte. Apesar disso, as perspectivas vêm melhorando progressivamente ao longo dos últimos 25 anos, sobretudo porque atualmente os tratamentos conseguem retardar algumas das alterações que ocorrem nos pulmões.

Critérios de enquadramento pericial:

Serão enquadrados os casos com diagnóstico comprovado por laudos médicos especializados e exames complementares.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei bem como a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

Licenças por Motivo de Saúde - Situações Especiais

A chefia imediata do servidor licenciado para tratamento de saúde não permitirá que ele reassuma o exercício de seu cargo, função ou emprego, ou entre em gozo de férias ou licença-prêmio, antes de ficar confirmada, por meio de avaliação pericial, a cessação da incapacidade para o trabalho, conforme informação contida no Laudo Pericial.

Quando julgar necessário, a perícia poderá determinar reavaliação antes da data prevista para o retorno ao trabalho.

O servidor que necessitar de tratamento de saúde durante o período de férias, não terá suas férias interrompidas. Após o término, deverá comparecer à unidade de atenção à saúde do servidor para avaliação da capacidade laborativa (art. 80 da Lei nº 8.112, de 1990).

O servidor que entrar de licença por motivo de saúde até o dia anterior ao início de suas férias terá suas férias suspensas enquanto durar o afastamento, e remarcadas.

A solicitação de avaliação pericial para as licenças por motivo de saúde (arts. 83, 203, 204, 207 e 211 da Lei nº 8.112, de 1990) podem ser solicitadas diretamente à Unidade SIASS. As demais avaliações periciais com fins de remoção, isenção de imposto de renda, revisão de aposentadoria e outras deverão ser dirigidas à área de Recursos Humanos do órgão de lotação do servidor.

Recepção administrativa nos casos de impossibilidade de realização de perícia oficial

Nos casos em que se esgotam as possibilidades de encaminhamento de servidor ou seus dependentes para a perícia oficial em saúde, a exemplo dos servidores lotados/em exercício em órgãos federais distantes dos grandes centros urbanos, a Lei nº 8.112, de 1990, em seus artigos 230 e 203, dispõe:

“**Art. 230.** A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento.

§ 1º Nas hipóteses previstas nesta Lei em que seja exigida perícia, avaliação ou inspeção médica, na ausência de médico ou junta médica oficial, para a sua realização o órgão ou entidade celebrará, preferencialmente, convênio com unidades de atendimento do sistema público de saúde, entidades sem fins lucrativos declaradas de utilidade pública, ou com o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.

§ 2º Na impossibilidade, devidamente justificada, da aplicação do disposto no parágrafo anterior, o

órgão ou entidade promoverá a contratação da prestação de serviços por pessoa jurídica, que constituirá junta médica especificamente para esses fins, indicando os nomes e especialidades dos seus integrantes, com a comprovação de suas habilitações e de que não estejam respondendo a processo disciplinar junto à entidade fiscalizadora da profissão.

Art. 203. A licença de que trata o art. 202 desta Lei será concedida com base em perícia oficial.

§ 2º Inexistindo médico no órgão ou entidade no local onde se encontra ou tenha exercício em caráter permanente o servidor, e não se configurando as hipóteses previstas nos parágrafos do art. 230, será aceito atestado passado por médico particular.

§ 3º No caso do § 2º deste artigo, o atestado somente produzirá efeitos depois de recepcionado pela unidade de recursos humanos do órgão ou entidade.”

Assim, quanto à recepção administrativa de atestado médico ou odontológico, o órgão deverá esgotar todas as alternativas previstas no art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990, antes de aplicar o art. 203 da mesma Lei.

Perícia em Trânsito: Servidor, Familiar ou Dependente que Necessita de Avaliação Pericial Fora do Local de Lotação ou Exercício

O servidor em trânsito, que necessitar de avaliação pericial, para a concessão de licença deverá solicitar à área de gestão de pessoas de seu órgão de lotação ou de exercício, que indicará à Unidade SIASS ou serviço de saúde mais adequado a realização da perícia, a qual formalizará o pedido de atendimento.

Essa avaliação será realizada por perícia singular ou junta, dependendo do pleito e do período de afastamento, cujo resultado será encaminhado ao local de lotação ou exercício do servidor, obedecendo às demais disposições das normas aplicadas à perícia oficial em saúde, respeitando o tipo de licença e o vínculo empregatício. Por haver exigência legal e ética, os documentos de exame de perícia médica e odontológica tramitarão em envelope lacrado, por seu caráter sigiloso.

Avaliação Pericial por Solicitação de Autoridade Superior

O servidor que apresentar indícios de lesão orgânica ou funcional será submetido à inspeção médica, nos termos do art. 206, da Lei nº 8.112, de 1990. A notificação do indício de lesão será encaminhada pela respectiva chefia imediata ao titular da unidade de recursos humanos, que deverá adotar as providências para viabilizar a avaliação pericial.

O requerimento, devidamente justificado e dado ciência ao servidor, tramitará sob sigilo, cabendo ao titular da unidade de recursos humanos proceder à convocação do servidor, fixando-lhe data e hora de apresentação à Unidade SIASS ou serviço de saúde do órgão.

Será punido com suspensão de até 15 (quinze) dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido à inspeção médica determinada pelo titular da unidade regional de recursos humanos, cessando os efeitos da penalidade a partir da data em que for cumprida a determinação (art. 130, § 1º, da Lei nº 8.112, de 1990).

Ressalta-se que a aplicação das penalidades compete às autoridades citadas no art. 141 da Lei nº 8.112, de 1990.

Interdição e Curatela

Constatada a alienação mental de servidor e, nessa condição, sua incapacidade para os atos da vida civil, por avaliação pericial, será sugerida sua interdição, com a consequente nomeação de curador.

A área de recursos humanos informará a família do servidor da necessidade legal de interdição e da nomeação de curador, para fins de percepção de vencimentos ou proventos de aposentadoria.

Igual disposição poderá ser aplicada ao pensionista acometido de alienação mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. revised. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. DOU, de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. DOFC, de 13 de agosto de 1976.

BRASIL. [Decreto nº 53.464/1964](#) - Regulamenta a Lei nº 4.119/62 que dispõe sobre a Profissão de Psicólogo.

BRASIL. Decreto nº 977, de 10 de setembro de 1993. DOU de 11 de setembro de 1993.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. DOU de 21 de dezembro de 1999.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. DOU de 3 de dezembro de 2004.

BRASIL. Decreto nº 6.690, de 11 de dezembro de 2008. DOU de 12 de dezembro de 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. DOU de 30 de abril de 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.003, de 09 de novembro de 2009. DOU de 10 de novembro de 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.613, de 17 de novembro de 2011. DOU de 18 de novembro de 2011.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003. DOU de 31 de dezembro de 2003.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 47, de 05 de julho de 2005. DOU de 06 de julho de 2005.

BRASIL. Lei nº 4.119/1962 - Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo.

BRASIL. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. DOU de 26 de agosto de 1966.

BRASIL. Lei nº 6.215, de 30 de junho de 1975. DOU de 01 de julho de 1975.

BRASIL. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. DOU de 22 de dezembro de 1988.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. DOU de 12 de dezembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. DOU de e 14 de agosto de 1991.

BRASIL. Lei nº 8.647, de 13 de abril de 1993. DOU de 14 de abril de 1993.

BRASIL. Lei nº 8.647, de 9 de dezembro de 1993. DOU de 10 de dezembro de 1993.

BRASIL. Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. DOU de 27 de dezembro de 1995.

BRASIL. Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997. DOU de 11 de dezembro de 1997.

BRASIL. Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004. DOU de 30 de dezembro de 2004.

BRASIL. Lei nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009. DOU de 03 de fevereiro de 2009.

BRASIL. Lei nº 12.269 de 21 de julho de 2010. DOU de 22 de junho de 2010.

BRASIL. Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993.

BRASIL. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. DOU de 31 de outubro de 1975**

BRASIL. Medida Provisória nº 479, de 30 de dezembro de 2009. DOU de 30 de dezembro de 2009.

Centers for Disease Control (CDC). HIV/Aids. Atlanta-USA, 1993. Disponível em <http://www.cdc.gov/hiv/default.htm>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.659, de 14 de fevereiro de 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.851, de 14 de agosto de 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.931, de 17 de setembro de 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução 185, de 26 de abril de 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução 03, de 26 de fevereiro de 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução 20, de 16 de agosto de 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução 22, de 27 de dezembro de 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução 42, de 20 de maio de 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução 87, de 26 de maio de 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução 15, de 13 de dezembro de 1996.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução 01, de 19 de abril de 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução 02, de 24 de março de 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução 07, de 14 de junho de 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução 010, de 21 de julho de 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução 08, de 30 de junho de 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão / Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do (a) Assistente Social (ATUAL)** - Aprovado em 15 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº. 290/94 e 293/94.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. O Estudo social em laudos, perícias e pareceres técnicos, Ed Cortez, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução 556, de 15 de setembro de 2009.**

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução 557, de 15 de setembro de 2009.**

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS - Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Manual de Processo Administrativo Disciplinar. Brasília, 2012.

FÁVERO, Eunice Teresinha. Instruções sociais de processos, sentenças e decisões. In: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; Associação Brasileira de Ensino e Conselho Federal de Serviço Social. Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, CFESS/ ABEPSS, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – INAMPS. Resolução nº 291, de 03 de fevereiro de 1992. BSL/DG nº 27, de 07 de fevereiro de 1992.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS. Manual Médico-Perito de Pessoal – INSS. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, 1981.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS/Ministério da Previdência Social – MPS. Manual do Médico – Perito da Previdência Social. 3ª Edição. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social – INSS/Ministério da Previdência Social – MPS, 1993.

KAMATH PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. Hepatology, 33(2):464-70. 2001.

MACHADO, Adriane Picchetto e Morona, Valéria Cristina. Manual de Avaliação Psicológica. Coleção Conexão Psi – Série Técnica. Curitiba: Unificado, 2007.

MINISTÉRIO DA DEFESA. Portaria Normativa nº 328, de 17 de maio de 2001 – Normas para avaliação da incapacidade pelas Juntas de Inspeção de Saúde. DOU nº 98-E, de 22 de maio de 2001.

MINISTÉRIO DA DEFESA. Portaria Normativa nº 174/Md, de 06 de setembro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS/OPAS/OMS. Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimento para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde – MS / OPAS / OMS. Brasília: Editora MS, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hepatopatia Grave – Consenso da Sociedade Brasileira de Hepatologia; Manual de Perícia Médica. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Perícia Médica. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 125/SVS. SAS, de 26 de março de 2009. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil/2011 elaborado pelo Comitê Técnico Assessor do PNCT

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011. DOU, de 26 de janeiro de 2011.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Portaria nº 1.675, de 06 de outubro de 2006. DOU, 10 de outubro de 2006. Seção 1, p. 57.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Orientação Normativa nº 3, de 23 de fevereiro de 2010. DOU, 24 de fevereiro de 2010, republicada em 18 de março de 2010.

MIOTTO, Regina Célia Tamasso. perícia social: proposta de um percurso operativo. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez Editora, 2001. 214 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Volume 1. 2ª. Edição. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1995.

PACHECO RCS, Kern VM. Arquitetura conceitual em plataformas e-gov: da gestão da informação pública à construção da sociedade do conhecimento. 2007: pontoAcess;1(1):71-87. Disponível em <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/revistaici/article/veiw/1394>>

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Protocolos da Prefeitura de São Paulo. DOM, 16 de dezembro de 2004.

PUGH RNH, Muray-Lyon IM, Dawson JL, et al. Transection of the esophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg, 60: 646-649. 1973.

ROBERT M. Merion. When Is a Patient Too Well and When Is a Patient Too Sick For a Liver Transplant. Liver Transplantation, 10(10), Suppl. 2 (October). pp S69–S73. 2004.

ROVINSKI, Sonia Leite Reichert. Fundamentos da Perícia Psicológica Forense. Editora Vetor, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave. Arq. Bras. Cardiol. volume 87. nº 2, ago/2006.

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL. Ato Declaratório COSIT n. 19 de 25 de outubro de 2000.

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL. Ato Declaratório Interpretativo n. 11. de 20 de outubro de 2006. DOU de 23 de outubro de 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. The WHO Family of International Classifications. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/en/> Acesso em: [2009, 27 de novembro].

“VISUAL STANDARDS – ASPECTS AND RANGES OF VISION LOSS, WITH EMPHASIS ON POPULATION SURVEYS”, prepared by August Colenbrander, MD, for the 2002 meeting. International Council of Ophthalmology: www.icoph.org/standards.

NAKANAMI CR. O que é considerado baixa visão e cegueira do ponto de vista oftalmológico, educacional e legal. In Kara-Jose N; Rodrigues MLV. Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira. Rio de Janeiro, Cultura Médica; 2009: 18-23.

Seção 1. Diário Oficial da União (DOU) de 10/10/2006 - Teste de acuidade visual

World Health Organization. International Classification of Diseases, Revision-Clinical Modification (ICD-10-CM), 1992.

Anexo I

PARÂMETROS DE AFASTAMENTOS POR MOTIVOS DE DOENÇA

Este anexo apresenta os parâmetros de afastamentos das principais doenças geradoras de licenças por motivos médicos e odontológicos, com base na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

Os protocolos foram elaborados por especialistas das áreas médica e odontológica. Foram considerados documentos e publicações técnico-científicas atuais, assim como a experiência acumulada em várias instituições públicas.

Trata-se de uma indicação técnica que visa conferir transparência aos atos de avaliação, na medida em que oferece parâmetros para a uniformização de critérios no deferimento de prazos para a concessão de licenças nas perícias em saúde dos servidores da Administração Pública Federal - APF.

Os prazos estabelecidos correspondem a referências a serem utilizadas pelos peritos e podem sofrer alterações. O perito deve considerar como preponderante na sua decisão o quadro clínico apresentado pelo servidor no momento da perícia e sua relação com a atividade real exercida na APF.

PARÂMETROS DE AFASTAMENTO POR MOTIVOS MÉDICOS CAPÍTULO I. ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (A00-B99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS	
A05 A08 A09	Gastroenterocolites	2	
A15	Tuberculose respiratória	30	
A15.0	Tuberculose pulmonar	30	
A15.6	Derrame pleural por tuberculose	20	
A46	Erisipela	Simples	10
		Bolhosa	15
A90	Dengue clássico	7	
B06	Rubéola	7	
B15/B16/B17/B18	Hepatites virais agudas, crônicas descompensadas e alcoólicas	30	
B26	Caxumba	10	
B26.8	Parotidite epidêmica com complicações – variável com o tipo de complicação	15	
B26.9	Parotidite epidêmica sem complicações – a partir da manifestação	10	

CAPÍTULO II: NEOPLASIAS [TUMORES] (C00-D48)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS	
Orientação geral do afastamento dependendo do tratamento	Inoperável: encaminhamento para avaliação de aposentadoria operável	90	
	Operável	Irressecável: encaminhamento para avaliação de aposentadoria	90
		Ressecável	90
C02/C06	Neoplasia boca/língua	90	
C15	Neoplasia maligna do esôfago	90	
C16	Neoplasia maligna do estômago	90	
C18	Neoplasia maligna do cólon	90	
C22	Neoplasia maligna do fígado	90	
C25	Neoplasia maligna do pâncreas	90	
C34	Cirurgia para retirada de tumor de pulmão + Z54.0	90	
C50	Neoplasia maligna de mama	Quadrantectomia mamária + Z54.0	90
		Mastectomia + Z54.0	90
C62	Neoplasia maligna dos testículos	90	
C63	Neoplasia maligna de outros órgãos genitais masculinos	Orquiectomia + Z54.0	90

C67	Neoplasia maligna de bexiga - Cistectomia Z +54.0	90	
C71	Cirurgia para retirada de tumor cerebral + Z54.0	90	
C73	Neoplasia maligna da glândula tireóide	Pós-cirúrgico + Z54.0	90
		Pós-radioterapia Z51.0	8
		Quimioterapia Z51.1	8
		Exame de seguimento após tratamento por neoplasia maligna Z08 e Z12.8	30
D25	Leiomioma do útero	Miomectomia convencional + Z54.0	30
		Miomectomia videolaparoscópica + Z54.0	15
D30.3	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos) + Z54.0	10	

CAPÍTULO IV: DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS (E00-E90)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
E03	Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal)	10
E04	Tireoidectomia parcial	15
E05	Hipertireoidismo (descompensado e em início reposição hormonal) Clínico supressivo	30
	Radioterápico:	8
	Cirúrgico + Z54.0	15
E06.1	Tireoidite subaguda	10
E10	Diabetes insulino dependente descompensado e sintomático	7
E11	Diabetes não insulino dependente descompensado e sintomático	10
E24	Síndrome de Cushing	30
E66.8	Obesidade mórbida- cirúrgico (qualquer modalidade) + Z54.0	30
	Clínico: (avaliar co-morbidade)	30
E89.2	Hipoparatiroidismo pós-cirúrgico + Z54.0	30

CAPÍTULO V: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (F00-F99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
F00/F09	Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos	30
F10/F19	Intoxicação aguda (0 até 2)	3
	Demais situações (3 até 9)	15
F20/F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	30
F30	Episódio maníaco	30

F31	Transtorno afetivo bipolar	30
F32	Episódio depressivo	20
F40	Transtornos fóbicos ansiosos	20
F41	Outros transtornos ansiosos (Síndrome do pânico)	20
F42	Transtorno obsessivo-compulsivo	30
F43	Reação a estresse grave e Transtorno de adaptação	15
F44	Transtornos dissociativos ou conversivos	7
F45	Transtornos somatoformes	7
F48	Outros transtornos neuróticos	7
F50	Transtornos de alimentação	20
F53.1	Psicose puerperal	30

CAPÍTULO VI: DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO (G00-G99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
G00	Meningite bacteriana	20
G02.0	Outras meningites (virais)	10
G05	Outras doenças inflamatórias do SNC (encefalite, mielite e encefalomielite)	60
G20	Doença de Parkinson	30
G21	Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos)	30
G30	Doença de Alzheimer	90
G31	Outras doenças degenerativas do SNC (ex.: álcool)	90
G31	Descompressão do nervo facial por via translabiríntica + Z54.0	90
G35	Esclerose Múltipla (crise de agudização)	30
G40	Epilepsia (crise isolada)	5
G43	Enxaqueca	2
G45	Acidente vascular cerebral isquêmico transitório	15
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G51	Descompressão do nervo facial por via mastóidea + Z54	30
G51.0	Paralisia facial periférica (Paralisia de Bell)	30
G53.0	Nevralgia pós-zoster	15
G56	Cirurgia por síndrome do túnel do carpo + Z54.0	30
G56.0	Síndrome do túnel do carpo moderada e grave	15
G57.0	Lesão do nervo ciático	15
G58.0	Neuropatia intercostal	15

G61	Polineuropatia inflamatória (S. de Guillain-Barré)	60
G62.1	Polineuropatia alcoólica	60
G63.3	Polineuropatia em doenças endócrinas e metabólicas	60
G70.0	Miastenia gravis	60
G91	Hidrocefalia (Shunt de líquido cefalorraquidiano) + Z98.2	60
G99.1	Simpatectomia + Z54.0	30

CAPÍTULO VII: DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS (H00-H59)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
H01	Blefarite infecciosa	3
H04	Cirurgia do aparelho lacrimal + Z54.0	10
H04.0	Dacriadenite	7
H04.3	Dacriocistite aguda	7
	Canaliculite	5
H05	Transtornos da órbita (celulite)	15
H10	Conjuntivite	5
H10.5	Blefarconjuntivite	7
H11.0	Cirurgia para exérese de pterígeo + Z54.0	10
H15	Transtornos da esclerótica	7
H16	Retirada de corpo estranho de córnea se estiver com úlcera de córnea + Z48	7
H16.0	Úlcera de córnea	7
H16.1	Ceratite sem conjuntivite	5
H16.2	Ceratoconjuntivite	7
H16.3	Ceratite interna e profunda	10
H20	Iridociclite	15
H28	Cirurgia de catarata + Z54.0	30
	Cirurgia para correção de catarata (facectomia) + Z54.0	30
H30/H30.0/H30.1/ H30.2	Inflamações coriorretinianas (uveíte posterior)	30
H33	Descolamentos e defeitos da retina	30
	Cirurgia para correção de descolamentos e defeitos da retina + Z54.0	30
H34	Oclusões vasculares da retina (com diminuição da visão)	30
H35	Outros transtornos da retina com diminuição da visão	15
H35.6	Hemorragia retiniana	30

H36.0	Retinopatia diabética (com procedimento)	15
H40	Glaucoma	15
	Cirurgia para correção de glaucoma + Z54.0	30
H43.1	Hemorragia	30
H44.0	Endoftalmite purulenta	30
H46	Neurite óptica	30
H49	Cirurgia para correção de estrabismo + Z54.0	10
H52	Cirurgia para correção de vício de refração Z54.0	3

CAPÍTULO VIII: DOENÇAS DO OUVIDO E DA APÓFISE MASTÓIDE (H60-H95)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
H60	Otite externa aguda (quadros severos e dolorosos)	3
H65/70	Timpanomastoidectomia	30
H65/70	Mastoidectomias associadas ou não a timpanoplastias	30
H65	Otite média aguda não supurada	5
H65	Miringoplastia para colocação de tubo de ventilação + Z54.0	5
H66	Otite média aguda supurada	3
H72/H73	Timpanoplastia + Z54.0	20
H80	Estapedectomia + Z54.0	30
H82	Síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte: (em crise de agudização)	15
H91	Surdez súbita	30
H93.3	Exérese de neurinoma do nervo acústico + Z54.0	90

CAPÍTULO IX: DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO (I00-I99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS	
I01	Febre reumática com comprometimento do coração (Cardite reumática)	30	
I10	Hipertensão arterial	PA até 150/110	2
		PA acima de 150/110	7
I11	Doença cardíaca hipertensiva	20	
I20	Angina tratamento clínico	20	
	Revascularização miocárdica - a partir da data da cirurgia + Z54.0	90	

I21	Infarto agudo do miocárdio sem complicação		30
	Revascularização miocárdica - a partir da data da cirurgia + Z54.0		90
I22	Infarto do miocárdio recorrente		30
	Revascularização miocárdica - a partir da data da cirurgia + Z54.0		90
I23	Infarto agudo do miocárdio com complicação		60
I30	Pericardite aguda		30
I30	Revascularização do miocárdio + Z54.0		90
I33	Endocardite aguda		60
I40	Miocardite aguda		60
I44	Bloqueio A-V / Bloqueio de ramo esquerdo		10
I47	Taquicardia paroxística		5
I49	Outras arritmias (taquiarritmias)		5
I50	Insuficiência congestiva crônica descompensada		30
I60	Hemorragia subaracnóidea (aneurisma roto, acidente vascular, hemorrágico) + Z54		60
I71	Aneurisma de aorta + Z54.0		60
I73	Revascularização de membros inferiores + Z54.0		60
I80.0	Tromboflebite de veias superficiais dos membros inferiores		7
I80.2	Trombose venosa profunda dos membros inferiores		30
I83	Cirurgia de varizes com raqui ou peridural + Z54.0.		15
	Cirurgia de varizes com anestesia local Z54.0		7
	Safenectomia radical + Z54.0		30
I84	Hemorroidectomia (convencional) + Z54		30
	Hemorróidas		5
I85.0	Varizes de esôfago - com sangramento		7
I86.1	Cirurgia para correção de varicocele + Z54.0		20
I89.0	Linfedema	Não exige ortostatismo prolongado	-----
		Exige ortostatismo prolongado	Avaliação do especialista
		Casos complicados (geralmente por erisipela)	15

CAPÍTULO X: DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (J00-J99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
J00	Ivas	3
J01	Sinusopatia aguda	5
J02	Faringite aguda viral	3
J03	Amigdalite aguda viral	3
	Amigdalite aguda bacteriana	7
J04	Laringite ou traqueítes agudas virais	3
	Laringite ou traqueítes agudas virais em professores	7
	Laringite ou traqueítes agudas bacterianas	7
J11	Gripe não complicada	3
J12/J16	Pneumonia	10
J18.0	Broncopneumonia	10
J20	Bronquite aguda	5
J21	Bronquiolite	7
J30	Rinopatia alérgica ou vasomotora em vigência de crise de agudização	3
	Em casos severos e se o fator desencadeante estiver presente, como em reformas das unidades de trabalho, afastamento até o término da reforma, enquanto o servidor estiver exposto ao fator de risco desencadeante do quadro	
J34.2	Septoplastias por desvio do septo nasal + Z54.0	15
	Em se tratando de funções que exijam sobrecarga física do servidor	21
J34.3	Turbinectomia + Z54.0	15
J35	Amigdalectomia + Z-54.0	10
J36	Abscesso amigdaliano	10
J38	Cirurgia de cordas vocais + Z54.0	30
J41	Bronquite crônica (agudização)	10
J44.1	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização)	7
J45	Asma (crise)	5
	O período poderá ser aumentado em caso de reforma na unidade	
J47	Bronquiectasia (infectada)	15
J85.1	Pneumonia com abscesso	30
J85.2	Abscesso do pulmão	30
J91	Pneumonia com derrame	20

J93	Pneumotórax	15
-----	-------------	----

CAPÍTULO XI: DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (K00-K93)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
K11	Submandibulite e parotidite aguda não epidêmica	3
K12	Estomatites	3
K21.0	Esofagite de refluxo dias	2
K22.1	Esofagite erosiva - com sangramento	7
K25/K26	Úlcera gástrica ou duodenal	5
K25.4	Úlcera gástrica - com sangramento	10
K29	Gastrite	2
K29.0	Gastrite aguda (erosiva) - com hemorragia	7
K35.1	Apendicectomia no adulto + Z54.0	30
K40	Herniorrafia inguinal + Z 54.0	30
K40	Herniorrafia inguinoescrotal + Z54.0	30
K42	Herniorrafia umbelical + Z54.0	15
K43	Herniorrafia epigástrica + Z54.0	20
K40/K46	Herniorrafia incisional + Z54.0	30
K40/K46	Herniorrafia por videolaparoscopia + Z54.0	15
K50	Doença de Crohn - em atividade	10
K51	Retocolite ulcerativa - em atividade	15
K57	Doença diverticular do intestino - em atividade	7
K60	Fistulectomia + Z54.0	30
K60	Fissura das regiões anal e retal	5
K61	Abscesso das regiões anal e retal	7
K74	Cirrose hepática descompensada	60
K80.0	Colecistectomia convencional + Z54.0	30
	Colecistectomia videolaparoscópica + Z54.0	15
K80.0	Calculose da vesícula biliar com colecistite aguda	7

CAPÍTULO XII: DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO (L00-L99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
L01	Impetigo / Impetiginização de outras dermatoses	7
L02	Abscesso cutâneo	7
L03	Celulite (flegmão)	10

L05	Cisto pilonidal / caso haja procedimento (drenagem)	15
L08.0	Piodermite	7
L14	Herpes zoster +B02.9	15
L20	Dermatite atópica quando agudizada	5
L23	Dermatite alérgica de contato (devendo ser considerada a função exercida)	7
L40	Psoríase quando agudizada e extensa	10
L52	Eritema nodoso - para diagnóstico da doença de base	15
L60.0	Unha encravada (com procedimento e considerada a função)	5
L97	Úlcera de estase	15
L98.0	Granuloma piogênico	5

CAPÍTULO XIII: DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO (M00-M99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
M05	Artrite reumatóide (em atividade)	15
M10	Artrite gotosa	8
M13.0	Poliartrite não especificada	10
M13.2	Artrite não especificada	10
M16.7	Artroplastias de quadril por artrose + Z54.0	90
M17.9	Artroplastia de joelho por artrose + Z54.0	90
M20.1	Correção de hálux valgo + Z54.0	45
M22.4	Condromalácia da rótula	15
M23	Transtornos internos do joelho	15
M23.5	Artroscopia para reparação ligamentar + Z54.0	60
M23.9	Artroscopia diagnóstica + Z54.0	10
	Artroscopia (para outros procedimentos) + Z54.0	30
M25.4	Derrame articular	15
M32	Lupus eritematoso disseminado (sistêmico)	15
M43.1	Espondilolistese (com sintomatologia)	15
M45	Espondilite anquilosante (com sintomatologia)	30
M43.6	Torcicolo	3

M50/M51	Transtornos dos discos vertebrais (com radiculopatia)	15
	Transtornos dos discos cervicais e outros transtornos dos discos intervertebrais	15
	Laminectomia (hérnia de disco) + Z54.0	60
M54.2	Cervicalgia	3
M54.3	Ciática	15
M54.4	Lombociatalgias agudas	15
M54.5	Lombalgias	5
M62.6	Distensão muscular	10
M65	Sinovite e tenossinovite	7
M65.9	Tenólise + Z54.0	15
M71.2	Cisto sinovial do espaço poplíteo (com sintomatologia)	5
M71.3	Retirada de cisto sinovial de punho + Z54.0	15
M71.9	Bursopatia não especificada	15
M72.2	Faciíte plantar	10
M75.1/M75.4	Lesões do ombro	30
M79.0	Fibromialgia (quadro doloroso inicial)	20
M86	Osteomielite	30
M86.4	Osteomielite crônica com seio drenante	90
M87	Osteonecrose	30
	Da cabeça do fêmur, côndilo do fêmur e platô tibial	90
M90.0	Tuberculose óssea (em atividade)	60
M96.1	Síndrome pós-laminectomia não classificada em outra parte (com subsídios)	30

CAPÍTULO XIV: DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO (N00-N99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
N00/N03	Glomérulonefrite	20
N04	Síndrome nefrótica	60
N10/N16	Pielonefrite	10
N13	Uropatia obstrutiva e por refluxo	7
N17	Insuficiência renal aguda	90
N18	Insuficiência renal crônica com encaminhamento para aposentadoria	90
N20	Calculose renal	7

N20/N23	Nefrolitotomia + Z54.0	60
	Ureterolitotomia + Z54.0	60
	Retirada de cálculo por via endoscópica + Z54.0	7
	Litotripsia extracorpórea + Z54.0	5
N21.0	Cistolitotomia + Z54.0	40
	Ureterolitotomia + Z54.0	60
N28.8	Nefropexia + Z54.0	30
N29.8	Ureterocistoplastia + Z54.0	40
N30	Cistite	3
N34	Uretrites	3
N35	Uretrotomia interna (estenose de uretra) + Z54.0	30
	Dilatação uretral: dias + Z43	2
N40	Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstrutiva)	10
N41.0	Prostatite aguda	7
N43	Hidrocelectomia + Z54.0	15
N44	Torção de testículo + Z54.0	15
N45	Orquite e epididimite	7
N47	Postectomia + Z54.0	5
N61	Transtornos inflamatórios da mama (casos com sinais flogísticos, associados à infecção)	7
N63	Exérese de nódulo mamário + Z54.0	10
N70	Salpingite e ooforite quando agudas	7
N73	Doença inflamatória pélvica (parametrite, celulite pélvica e pelviperitonite)	15
N75	Bartholinectomia + Z54.0	15
	Doença da glândula de Bartholin (bartholinite)	7
N76.4	Abscesso vulvar	10
N80	Endometriose (com sintomatologia ocorre no período pré-menstrual)	3
N81	Colpoperineoplastia + Z54.0	30
N88.3	Circlagem por incompetência istmo-cervical com posterior reavaliação + Z54.0	7
N88.3	Incompetência istmocervical - com prorrogação	90
N92	Metrorragia (com patologia de base: mioma, adenomiose, pólipos endometrial)	3
N97	Infertilidade: em caso de realizar tratamento para fertilização (Z31.1)	15

CAPÍTULO XV: GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO (O00-O99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
O00	Cirurgia para gravidez tubária convencional + Z54.0	30
	Videolaparoscópica para gravidez tubária + Z54.0	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparoscopia)	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparotomia)	30
O01	Mola hidatiforme (em caso de curetagem)	10
O06	Curetagem por abortamento + Z54.0	10
	Microcesária + Z54.0	30
O10	Hipertensão pré-existente complicando gravidez	15
O13/O14	Pré-eclampsia:	15
O20	Ameaça de aborto	15
O21	Hiperemese gravídica	3
O22	Complicações venosas na gravidez (Tromboflebite):	15
O23	Infecção urinária na gestação	10
O24	Diabetes na gestação	10
O44	Placenta prévia	15
O60	Trabalho de parto prematuro	15

CAPÍTULO XVII: MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS (Q00-Q99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
Q54	Cirurgia para correção de hipospadia no adulto + Z 54.0	30

CAPÍTULO XVIII: SINTOMAS, SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAMES CLÍNICOS E DE LABORATÓRIO, NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE (R00-R99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
R49.0	Disfonia sem outras alterações	3

CAPÍTULO XIX: LESÕES, ENVENENAMENTO E ALGUMAS OUTRAS CONSEQUÊNCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T98)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
S12.9	Fratura da coluna lombar / cervical + Z54.0	90
	Fratura de vértebras cervicais	60
	Coluna cervical	90
S22.0	Fratura de vértebras torácicas (com imobilização)	30
S22.3	Fratura de arco costal	20
S32.0	Fratura de vértebras lombares (com imobilização)	30
S32.8	Fratura de bacia + Z54.0	60
S42	Fratura de ombro e braço	30
S42.0	Fratura de clavícula + Z54.0	45
S43	Luxação de ombro / clavícula / braço	30
	Luxação recidivante de ombro + Z54.0	60
S46	Tenorrafia do ombro + Z54.0	60
S52	Fratura de ossos do antebraço (rádio e ulna)	45
	Olecrano	30
S52.0	Fratura de cotovelo + Z54.0	60
S52.5	Fratura de úmero + Z54.0	60
	Fratura de Colles + Z54.0	45
S53.1	Luxação de cotovelo	30
S62.0	Fratura de escafóide + Z54.0	60
S62.3	Fratura de metacarpianos + Z54.0	45
	Fratura de metacarpiano com imobilização	30
S62.6	Fratura de falanges	15
S63.1	Luxação de dedos da mão	15
S63.3	Tenorrafia do punho e da mão + Z54.0	40
S63.5	Entorse de punho	7
S72.0	Fratura de quadril / colo de fêmur + Z54.0	90
S72.1	Artroplastias de quadril por fratura + Z54.0	90
S72.8	Supracondiliana de fêmur	60
S73.0	Luxação de quadril	60
S82/S83	Artroscopia do joelho (outras) + Z54.0	30

S82.0	Cirurgia de rótula com osteossíntese + Z54.0	45
	Fratura de rótula	30
	Cirurgia de rótula com osteossíntese Z54.0	90
S82.1	Fratura de platô tibial + Z54.0	90
	Fratura de platô tibial com imobilização	45
S82.1/S72.4	Artroplastia de joelho por fratura + Z54.0	90
S82.2/S82.3	Fratura de tíbia	60
S82.4	Fratura isolada da fíbula	30
S83	Entorse de joelho	7
S82.5/S82.6	Fratura de maléolo	60
S83.4	Correção de ligamentos colaterais do joelho (aberta) + Z54.0	90
S83.5	Correção do ligamento cruzado anterior (aberta) + Z54.0	90
S83/S64	Artroscopia do joelho (para correção de ruptura de ligamento) + Z54.0	60
S83	Tenorrafia aberta de ligamentos do joelho + Z54.0	60
	Realinhamento de patela + Z54.0	45
S86.0	Tenorrafia do tendão de Aquiles + Z54.0	90
S92.0	Fratura de calcâneo / tálus + Z54.0	90
	Fratura de calcâneo (com imobilização)	60
S92.2	Fratura de ossos do tarso com imobilização	30
S92.3	Fratura de metatarsianos + Z54.0	30
S92.5	Pododáctilos	15
S93	Entorse de tornozelo	7
S93.0	Luxação túbio-társica (tornozelo)	60
T12	Osteossíntese de fêmur + Z54.0	90
	Osteossíntese de tíbia + Z54.0	90
T20/T25	Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, especificadas por local	
	2º grau	5
	3º grau	15
T78.3	Urticária gigante	3
T82.0	Troca de válvula cardíaca (se biológica) + Z54.0	60
	Troca de válvula cardíaca (se metálica) + Z54.0	90
T82.1	Troca de gerador do marca-passo + Z54.0	15

CAPÍTULO XXI: FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE SAÚDE E O CONTATO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE (Z00-Z99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
Z03.8	Artroscopia do joelho (diagnóstica)	7
Z13.6	Cateterismo	7
Z13.9	Cistoscopia diagnóstica	2
Z41	Plástica mamária	30
	Dermolipectomia	40
	Lipoaspiração / Lipoescultura	20
	Rinoplastia	20
	Blefaroplastia	7
	Ritidoplastia	20
	Vasectomia	3
Z48.0	Retirada de corpo estranho de córnea + W44	3
Z89.9	Amputação de membros	60
Z94.7	Transplante de córnea	30
Z95.0	Implante de marca-passo	15
Z95.5	Angioplastia sem complicação	15
	Colocação de "stent" em angioplastia sem complicação	15

PROCEDIMENTOS SEM CID ESPECÍFICO

CID	PROCEDIMENTO	AFAST/DIAS
	Ginecológicas e obstétricas	
	Cirurgia de Werthein-Meigs (Pan histerectomia + linfadenectomia)	60
	Histerectomia Total Abdominal	45
	Histerectomia subtotal	30
	Histerectomia vaginal	30
	Anexectomia / ooforectomia convencional	30
	Anexectomia / ooforectomia videolaparoscópica	15
	Curetagem de prova	5
	Urológicas	
C61/D29.1	Prostatectomia convencional	45
C61/D29.1	Prostatectomia transvesical	30

	Ressecção transuretral de próstata	30
	Ressecção transvesical de próstata	45
	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos)	10
	Cistectomia	90
	Nefrectomia	60
	Orquiectomia	10

PARÂMETROS DE AFASTAMENTO POR MOTIVOS ODONTOLÓGICOS*

CAPÍTULO I: ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (A00-B99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
A69.1	Gengivite ulceronecrosante aguda (gona):	7
B00.2	Gengivostomatite herpética (herpes simples)	3
B37.0	Estomatite por Cândida	3

CAPÍTULO VI: DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO (G00-G99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G50.1	Dor facial atípica	15

CAPÍTULO XI: DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (K00-K93) (K00-K14 DOENÇAS DA CAVIDADE ORAL, DAS GLÂNDULAS SALIVARES E DOS MAXILARES)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
K00.1	Dentes supranumerários + Z54.0	5
K01.0	Dentes inclusos	5
K01.1	Dentes impactados	5
K04.0	Pulpite	3
K04.1	Necrose da polpa	3
K04.4	Periodontite apical aguda de origem pulpar	3
K04.5	Periodontite apical crônica + Z54.0	5
K04.6	Abscesso periapical com fístula	3
K04.7	Abscesso periapical sem fístula	3
K04.8	Cisto radicular + Z54.0	3

K05.1	Gengivite crônica + Z54.0	3
K05.2	Periodontite aguda	3
K05.3	Periodontite crônica + Z54.0	5
K05.4	Periodontose + Z54.0	3
K06.1	Hiperplasia gengival + Z54.0	5
K06.2	Lesões da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, associadas a traumatismos	3
K06.8	Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	3
K07.0	Anomalias importantes (major) do tamanho da mandíbula + Z54.0	45
K07.1	Anomalias da relação entre a mandíbula com a base do crânio + Z54.0	45
K07.2	Anomalias da relação entre as arcadas dentárias + Z54.0	45
K07.6	Transtornos da articulação temporomandibular	5
K08.1	Perda de dentes devido a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	3
K08.2	Atrofia do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	5
K08.3	Raiz dentária retida + Z54.0	3
K09.0	Cistos odontogênicos de desenvolvimento + Z54.0	7
K09.1	Cistos de desenvolvimento (não-odontogênicos) da região bucal + Z54.0	7
K09.2	Outros cistos das mandíbulas + Z54.0	7
K09.8	Outros cistos da região oral não classificados em outra parte + Z54.0	7
K10.0	Transtornos do desenvolvimento dos maxilares + Z54.0	7
K10.1	Granuloma central de células gigantes + Z54.0	3
K10.2	Afecções inflamatórias dos maxilares	7
K10.3	Alveolite maxilar	7
K10.8	Outras doenças especificadas dos maxilares	30
K11.2	Sialadenite + Z54.0	15
K11.3	Abscesso de glândula salivar + Z54.0	15
K11.4	Fístula de glândula salivar + Z54.0	15
K11.5	Sialolitíase + Z54.0	15
K11.6	Mucocele de glândula salivar + Z54.0	7
K11.8	Outras doenças das glândulas salivares + Z54.0	30
K11.9	Doença de glândula salivar, sem outra especificação + Z54.0	30

K12.2	Celulite e abscesso da boca	7
K13.2	Leucoplasia e outras afecções do epitélio oral, inclusive da língua + Z54.0	5
K13.3	Leucoplasia pilosa + Z54.0	5
K13.4	Lesões granulomatosas e granulomatóides da mucosa oral + Z54.0	3
K13.5	Fibrose oral submucosa + Z54.0	5
K13.7	Outras lesões e as não especificadas da mucosa oral	3
K14.5	Língua escrotal + Z54.0	30
K14.8	Outras doenças da língua + Z54.0	30

CAPÍTULO XII: DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO (L00-L99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
L14	Herpes labial sem infecção secundária + B00.1	3
	Com infecção secundária + B00.1	7

CAPÍTULO XIII: DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO (M00-M99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
M86	Osteomielite	30

CAPÍTULO XVII: MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS (Q00-Q99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
Q36	Fenda labial + Z54.0	45
Q37	Fenda labial com fenda palatina + Z54.0	45
Q38.1	Anquiloglossia + Z54.0	15

CAPÍTULO XIX: LESÕES, ENVENENAMENTO E ALGUMAS OUTRAS CONSEQUÊNCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T98)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares	30
S02.5	Fratura de dente	3
S02.6	Fratura de mandíbula	30

S02.8	Outras fraturas do crânio e dos ossos da face	30
S03.0	Luxação de articulação têmporo-mandibular	5
S03.2	Luxação dentária	3
S03.4	Entorse e distensão do maxilar- articulação têmporo-mandibular- ligamento têmporo-mandibular	5
T85.7	Infecção e reação inflamatória devido a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos internos	3

CAPÍTULO XXI: FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE SAÚDE E O CONTATO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE (Z00-Z99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
Z94.6	Osso transplantado + Z54.0	5
Z96.5	Presença de raiz dentária e implantes mandibulares + Z54.0	5

Este anexo apresenta modelos de laudos que podem ser emitidos pela Perícia Oficial em Saúde, modelos de registros de licenças inferiores à quinze dias que não exigem o exame técnico pericial, bem como os modelos que poderão ser usados nos pedidos de reconsideração e recurso nos casos de Perícia Oficial em saúde.

MODELOS DE LAUDOS DE PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE:

a. Licença para tratamento de saúde

a 1. do servidor, singular e junta (art. 202, 203 e 204 Lei nº 8.112 de 1990);

a 2. do trabalhador (arts. 59 e 60 § 4º da Lei 8213 de 1991).

b. Licença por motivo de doença em pessoa da família (art. 81, inciso I §1º, arts. 82 e 83 Lei nº 8.112 de 1990, alterados pela Lei 11 269 de 2010);

c. Licença à gestante

c1. Da servidora (art.207 Lei nº 8.112 de 1990);

d. Licença por motivo de acidente

d1. Em serviço ou doença profissional (arts. 211 e 212 Lei nº 8.112 de 1990);

e. Aposentadoria por invalidez (art. 186, inciso I Lei nº 8.112 de 1990);

f. Constatação de deficiência de dependente (art. 217, inciso I, alínea e Lei nº 8.112 de 1990) e constatação de invalidez de filho, enteado, dependente ou pessoa designada (art. 217, inciso II, alíneas a e d Lei nº 8.112 de 1990);

g. Remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família (art. 36, inciso III, alínea b Lei nº 8.112 de 1990);

h. Horário especial para servidor portador de deficiência e para o servidor com familiar portador de deficiência (art. 98, §2º e 3º Lei nº 8.112 de 1990);

i. Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas de portador de deficiência (arts. 3º e 4º, do Decreto 3.298/1999 alterado pelo Decreto 5.296 de 2004);

j. Avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar (art. 160 Lei nº 8.112 de 1990);

k. Recomendação para tratamento de acidentados em serviço em instituição privada à conta de

recursos públicos (art.213 Lei nº 8.112 de 1990);

l. Readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral (art. 24 Lei nº 8.112 de 1990);

m. Avaliação de servidor aposentado por invalidez para fins de reversão (art.25, inciso I e art. 188, §5º Lei nº 8.112 de 1990);

n. Avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no §1º do art. 186, para fins de integralização de proventos (art.190 Lei nº 8.112 de 1990);

o. Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade (art.32 Lei nº 8.112 de 1990);

p. Exame para investidura em cargo público (art. 14 Lei nº 8.112 de 1990);

q. Pedido de reconsideração e recursos (arts. 106, 107 e 108 Lei nº 8.112 de 1990);

r. Avaliação para isenção de imposto de renda (art. 6º, inciso XIV e XXI da Lei nº 7.713 de1988, alterada pela Lei nº 11.052 de2004);

s. Avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar (Decreto nº 977 de1993);

t. Avaliação de servidor portador de deficiência para comprovação da necessidade de acompanhamento de viagem a serviço (Decreto 7613 de 2011);

u. Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior (art. 206 Lei nº 8.112 de 1990);

v. Comunicação de doença de notificação compulsória ao órgão de saúde pública.

No caso das hipóteses em que abranger o campo de atuação da odontologia, o laudo pericial odontológico receberá as devidas adequações, atendendo aos requisitos técnicos e legais.

MODELOS DE REGISTROS INFERIORES À QUINZE DIAS:

Registro de licença para tratamento de saúde inferior a 15 dias. (Decreto 7003, de 2009)

Registro de licença por motivo de doença em pessoa da família inferior a 15 dias. (Decreto 7003, de 2009)

MODELOS DE PEDIDOS DE RECONSIDERAÇÃO E RECURSO

Pedido de Reconsideração

Pedido de Recurso

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **u)**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA POR RECOMENDAÇÃO SUPERIOR

3

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor convocado apresenta, no momento, incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividade profissionais, em licença para tratamento de saúde.

Sugestão de texto para não concessão: O servidor convocado não apresenta, no momento, incapacidade laborativa e deverá retornar às suas atividades profissionais.

O servidor deverá retornar ao trabalho ao final da licença? **sim-não**

O servidor deverá retornar para reavaliação ao final da licença? **sim-não**

Data prevista para reavaliação:

Recomendações específicas:

Base Legal:

Artigo 206 da lei 8112/90

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM/CRO:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

a1

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

4

LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor apresenta incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades, em licença para tratamento de saúde.

Deverá retornar ao serviço ao final da licença? **sim – não**

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Período de afastamento: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

Número de dias de afastamento: **x dias**

Sugestão de texto para não concessão: O servidor deverá retornar às suas atividades, por não ter sido constatada incapacidade laborativa no momento.

Data prevista para reavaliação:

Base Legal:

Artigo 202 e 203 da Lei 8.112/90

Local, dd de mm de aaaa

Dr.(a)

CRM/CRO

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **a2**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE - RGPS (ATÉ 15 DIAS)

5

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O periciado apresenta, no momento, incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades profissionais, em licença para tratamento de saúde.

Deverá retornar ao serviço ao final da licença? **sim – não**

O periciado deverá ser encaminhado ao INSS ao final da licença? **sim - não**

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Período de afastamento: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

Número de dias de afastamento: **x dias**

Sugestão de texto para não concessão: O periciado deverá retornar às suas atividades, por não ter sido constatada incapacidade laborativa no momento.

Data prevista para reavaliação:

Base Legal:

Artigo 59 e 60 § 4º da Lei 8.113/91

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM/CRO

Dr.(a)

CRM/CRO

Dr.(a)

CRM/CRO

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **b**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

6

LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA OU DEPENDENTE

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Identificação do Familiar / Dependente

Nome do Examinado:

Grau de Parentesco:

Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O examinado é portador de enfermidade cujo tratamento requer a assistência do servidor, que não poderá ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo.

A licença para acompanhamento de pessoa da família é remunerada? **sim – não**

Se não:

- O servidor está ciente de que a licença é sem remuneração? **sim - não**

Deverá retornar ao serviço ao final da licença? **sim - não**

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Período de afastamento: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

Número de dias de afastamento: **x dias**

Sugestão de texto para não concessão: O examinado não necessita de acompanhamento do servidor por motivo de doença em pessoa da família.

Base Legal:

Artigo 83e § 5º do art. 203 da lei 8112/90

Local, dd de mm de aaaa

Dr.(a)

CRM/CRO

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **c1**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO PERICIAL

LICENÇA À GESTANTE

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: A servidora deverá ficar afastada de suas atividades, em licença à gestante.

Período de Afastamento: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

Número de Dias de Afastamento: **x dias**

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão: A servidora não necessita concessão de licença à gestante neste momento.

Deverá retornar ao serviço? **sim – não**

Base Legal:

Artigo 207 da Lei 8.112/90

Local, dd de mm de aaaa

Dr.(a)

CRM:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor e
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA NÃO ESPECIFICADA EM
LEI PARA FINS DE APOSENTADORIA

8

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor é portador de invalidez por doença não especificada no parágrafo 1 do art. 186 da Lei 8112/90, que o incapacite para as atribuições do exercício do cargo, sendo impossível a aplicação do artigo 24 da Lei 8112/90.

Necessita de Afastamento: **sim-não**

Se sim:

- Período de Afastamento: a partir de **dd/mm/aaaa**

- Número de Dias de Afastamento: **até a publicação da aposentadoria**

Se não:

- Deve retornar ao trabalho: **sim-não**

Retornar para reavaliação da invalidez em: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão: O servidor não é portador de doença invalidante.

Necessita de Afastamento: **sim-não**

Se sim:

- Período de Afastamento: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

- Número de Dias de Afastamento: **x dias**

Se não:

- Deve retornar ao trabalho: **sim-não**

Base Legal:

Art. 186, Inciso I, parágrafo 1º e 3º da Lei 8.112/90 **Local, dd de mm de aaaa.**

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor e
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA ESPECIFICADA EM LEI
PARA FINS DE APOSENTADORIA

9

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor é portador de doença grave, contagiosa ou incurável, especificada no parágrafo 1º do art. 186 da Lei 8112/90, que o incapacita para as atribuições do exercício do cargo, sendo impossível a aplicação do artigo 24 da Lei 8112/90.

Nome da doença por extenso:

Necessita de Afastamento: **sim-não**

Se sim:

- Período de Afastamento: a partir de **dd/mm/aaaa**

- Número de Dias de Afastamento: **até a publicação da aposentadoria**

Se não:

- Deve retornar ao trabalho: **sim-não**

Retornar para reavaliação da invalidez em: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão: O servidor não é portador de doença invalidante especificada no parágrafo 1º do art. 186 da Lei 8112/90, que o incapacite para as atribuições do exercício do cargo

Necessita de Afastamento: **sim-não**

Se sim:

- Período de Afastamento: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

- Número de Dias de Afastamento: **x dias**

Se não:

- Deve retornar ao trabalho: **sim-não**

Base Legal:

Artigo 186, inciso I, parágrafo 1º e 3º, da Lei 8112/90.

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM:

Dr.(a)

CRM:

Dr.(a)

CRM:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **f**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

10

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AValiação de Invalidez para fins de concessão de pensão temporária

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Identificação do Familiar / Dependente

Nome do Examinado:

Grau de Parentesco:

Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O examinado é portador de invalidez diagnosticada antes do óbito do servidor.

Data do diagnóstico da doença invalidante: **dd/mm/aaaa**

Cabe reavaliação: **sim – não**

Se sim:

Data da reavaliação: **dd/mm/aaaa**

A doença está especificada no art. 1º da Lei 11052/2004?

Se sim:

Qual o nome da doença por extenso:

Sugestão de texto para não concessão 1: O examinado não é portador de invalidez.

Sugestão de texto para não concessão 2: O examinado é portador de invalidez, no entanto, a invalidez ocorreu após o óbito do servidor.

Invalidez diagnosticada em: **dd/mm/aaaa**

Base Legal:

Artigo 217, inciso II, alínea “d” da Lei 8.112/90.

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **f**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PARA FINS DE CONCESSÃO DE PENSÃO VITALÍCIA

II

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Identificação do Familiar / Dependente

Nome do Examinado:

Grau de Parentesco:

Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O examinado é portador de deficiência de acordo com os critérios previstos no Decreto nº 3.298/99, com alterações do Decreto 5.296/2004, e a deficiência ocorreu antes do óbito do servidor.

Tipo de deficiência do examinado (física, visual, mental, auditiva ou mista):

Deficiência diagnosticada em: **dd/mm/aaaa**

Cabe reavaliação: **sim - não**

Se sim:

- Data da reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão 1: O examinado não é portador de deficiência de acordo com os critérios previstos no Decreto 3.298/99, com alterações no Decreto 5.296/2004.

Sugestão de texto para não concessão 2: O examinado é portador de deficiência de acordo com os critérios previstos no Decreto 3.298/99, com alterações no Decreto 5.296/2004, no entanto, a deficiência ocorreu após o óbito do servidor.

Deficiência diagnosticada em: **dd/mm/aaaa**

Base Legal:

Artigo 217, inciso I, alínea “e” da Lei 8.112/90

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **h**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

12

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa** concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor é portador de deficiência conforme definido no Decreto 3.298/99, com redação dada pelo Decreto 5.296/04, havendo necessidade de exercer suas atividades em horário especial.

Horário especial definido em horas diárias de trabalho: **x horas**

Tipo de deficiência informada (física, visual, mental, auditiva ou mista):

Cabe reavaliação: **sim-não**

Se sim:

-Data da reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão: Não foi verificada a necessidade do servidor exercer suas atividades em horário especial.

Base Legal:

§ 2º, art. 98 da lei 8112/90

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM:

Dr.(a)

CRM:

Dr.(a)

CRM:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **h**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR COM
FAMILIAR OU DEPENDENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

13

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Identificação do Familiar / Dependente

Nome do Examinado:

Grau de Parentesco:

Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O examinado é portador de deficiência conforme definido no Decreto 3298/99, com redação dada pelo Decreto 5296/04, gerando a necessidade do servidor exercer suas atividades em horário especial.

Horário especial definido com compensação: **x horas diárias de trabalho**

Tipo de deficiência do examinado (física, visual, mental, auditiva ou mista):

Cabe reavaliação: **sim-não**

Se sim:

-Data da reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão: Não foi verificada no momento a necessidade do servidor exercer suas atividades em horário especial.

Base Legal:

§ 3º do art. 98 da Lei 8.112/90

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM

Dr.(a)

CRM

Dr.(a)

CRM

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

j

14

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO DE SANIDADE MENTAL PARA FINS DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DISCIPLINAR

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Número do Processo:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor apresenta transtorno em seu estado de sanidade mental.

Sugestão de texto para não concessão: O servidor não apresenta transtorno em seu estado de sanidade mental no momento do exame.

Base Legal:

Artigo 160 da Lei 8.112/90.

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM

Dr.(a)

CRM:
Psiquiatra

Dr.(a)

CRM

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **k**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

15

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO EM INSTITUIÇÃO PRIVADA, À CONTA DE RECURSOS PÚBLICOS

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O tratamento não pode ser realizado em instituições públicas por inexistirem meios e recursos adequados nas mesmas. O servidor necessita submeter-se ao tratamento indicado para lesão provocada por acidente em serviço.

Sugestão de texto para não concessão 1: O tratamento pode ser realizado em instituições públicas por existirem meios e recursos adequados nas mesmas.

Sugestão de texto para não concessão 2: A doença ou lesão não foi provocada por acidente em serviço.

Base Legal:

Artigo 213 da Lei 8112/90.

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM/CRO

Dr.(a)

CRM/CRO

Dr.(a)

CRM/CRO

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **L**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

16

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA PARA FINS DE READAPTAÇÃO

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor deverá ser readaptado em cargo de atribuição e responsabilidade compatíveis com a sua limitação.

Cargo sugerido:

Tarefas que não podem ser executadas:

Tarefas que podem ser exercidas:

Sugestão de texto para não concessão: O servidor não deverá ser readaptado.

Encaminha-se para avaliação da aposentadoria por invalidez? **sim-não**

Se não:

- Retorna para suas atribuições e responsabilidades atuais de seu cargo? **sim-não**

Tarefas que podem ser exercidas:

Tarefas que devem ser evitadas:

Base Legal:

Artigo 24 da lei 8112/90

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM/CRO:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **M**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

REAVALIAÇÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

17

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor encontra-se capacitado para exercer suas atividades, sendo considerado insubsistentes os motivos da sua aposentadoria.

Data para retorno às atividades: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão: O servidor mantém a condição de invalidez devendo ser mantida a aposentadoria.

Base Legal:

Artigo 188, inciso 5º, da Lei 8112/90.

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

N

LAUDO MÉDICO PERICIAL

18

AValiação de Invalidez por Doença Especificada em Lei para Fins de Integralização de Proventos

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor aposentado foi acometido de moléstia especificada no parágrafo 1º do artigo 186 da Lei 8112/90 e por esse motivo é considerado inválido.

Qual o nome da doença especificada no § 1º do art. 186 da Lei 8112/90?

Qual o nome da doença especificada no art. 1º da Lei 11.052/2004?

Sugestão de texto para não concessão 1: O servidor aposentado não foi acometido de moléstia especificada no parágrafo 1º do artigo 186 da Lei 8112/90.

Sugestão de texto para não concessão 2: O servidor aposentado não foi considerado portador de invalidez por moléstia especificada no parágrafo 1º do artigo 186 da Lei 8112/90.

Base Legal:

Artigo 190 da lei 8112/90

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor ○
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

19

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA DE SERVIDOR EM DISPONIBILIDADE

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor apresenta incapacidade laborativa que o impede de entrar em exercício e exercer as atribuições do cargo na data estabelecida.

Necessita de reavaliação? **sim–não**

Se sim:

Data de reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Data do início da entrada em exercício: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão: O servidor não apresenta incapacidade laborativa que o impeça de entrar em exercício na data estabelecida.

Base Legal:

Artigo 32 da Lei 8.112/90

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **R**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO PERICIAL

20

AVALIAÇÃO PARA FINS DE ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA SOBRE A APOSENTADORIA

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor é considerado portador de doença prevista no art. 6º da lei 7713/88, alterada pela lei 11052/2004, no momento.

Nome da doença identificada dentre as previstas no art. 1º da Lei 11052/04:

Doença diagnosticada em: **dd/mm/aaaa**

Há sinais da doença ativa no momento do exame? **sim-não**

Cabe reavaliação: **sim-não**

Se sim:

- Data de reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão: O servidor não apresenta nenhuma das doenças relacionadas no Art. 6º da Lei 7.713/88, alterada pela Lei 11.052/2004, em atividade no momento.

Base Legal:

Art. 6º, inciso XIV da Lei 7713/88 e art. 1º da Lei 11052/04.

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM:

Dr.(a)

CRM:

Dr.(a)

CRM:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **R**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO PARA FINS DE ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA SOBRE A PENSÃO

21

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Nome do Pensionista:

CPF do pensionista:

Considerando o exame pericial realizado **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O pensionista é considerado, no momento, portador de doença prevista no art. 6º da lei 7713/88, alterada pela lei 11052/2004,.

Nome da doença identificada dentre as previstas no art. 1º da Lei 11052/04:

Doença diagnosticada em: **dd/mm/aaaa**

Há sinais da doença ativa no momento do exame? **sim-não**

Cabe reavaliação: **sim-não**

Se sim:

- Data de reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão: O pensionista não apresenta nenhuma das doenças relacionadas no Art. 6º da Lei 7.713/88, alterada pela Lei 11.052/2004, em atividade no momento.

Base Legal:

Art. 6º, inciso XIV da Lei 7713/88 e art. 1º da Lei 11052/04.

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor **S**
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

LAUDO MÉDICO PERICIAL

22

AVALIAÇÃO DE IDADE MENTAL PARA FINS DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Identificação do Familiar / Dependente

Nome do Examinado:

Grau de Parentesco:

Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O examinado apresenta comprometimento desenvolvimental que sugere que sua idade mental seja igual ou inferior a seis anos.

Cabe reavaliação? **sim-não**

Se sim:

Data para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Sugestão de texto para não concessão: O examinado não apresenta comprometimento desenvolvimental que sugere que sua idade mental seja igual ou inferior a seis anos.

Base Legal:

Art. 4º, § 2º do Decreto 997/93.

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS **D1**
Nome da Unidade de Saúde - Órgão

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

LICENÇA POR ACIDENTE EM SERVIÇO OU MOLÉSTIA PROFISSIONAL

23

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor apresenta incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades, em licença por acidente em serviço ou moléstia profissional.

Deverá retornar ao serviço ao final da licença? **sim - não**

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Período de afastamento: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

Número de dias de afastamento: **x dias**

Sugestão de texto para não concessão: O servidor não apresenta incapacidade laborativa que possa ser considerada como acidente em serviço ou moléstia profissional.

Deverá retornar ao serviço? **sim - não**

Base Legal:

Artigo 211 e 212 da Lei 8.112/90

Local, dd de mm de aaaa

Dr.(a)

CRM/CRO:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS **g**
Nome da Unidade de Saúde - Órgão

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

REMOÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA DO PRÓPRIO SERVIDOR

24

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor é portador de enfermidade cujo tratamento não pode ser realizado na localidade do seu exercício atual, devendo ser removido para outra localidade.

Quais as condições que a nova localidade deve dispor?

Há necessidade de licença para tratamento de saúde? **sim - não**

Sugestão de texto para não concessão: A enfermidade do servidor pode ser tratada e acompanhada com a manutenção do exercício na localidade atual.

Há necessidade de licença para tratamento de saúde? **sim - não**

Base Legal:

Artigo 36, inciso III, alínea “b” da Lei 8112/90.

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS **g**
Nome da Unidade de Saúde - Órgão

LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

REMOÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA DE FAMILIAR OU DEPENDENTE DO SERVIDOR

25

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Identificação do Familiar / Dependente

Nome do Examinado:

Grau de Parentesco:

Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O examinado é portador de enfermidade cujo tratamento não pode ser realizado na localidade atual de exercício do servidor, devendo o mesmo ser removido para outra unidade.

Quais as condições que a nova localidade deve dispor?

Há necessidade de afastamento do servidor para acompanhamento de pessoa da família:

sim – não

Sugestão de texto para não concessão: Não há necessidade de remoção do servidor, uma vez que a doença do familiar ou dependente pode ser tratada com a manutenção da localidade de exercício atual do servidor.

Base Legal:

Artigo 36, inciso III, alínea “b” da Lei 8112/90.

Local, dd de mm de aaaa.

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

Dr.(a)

CRM/CRO:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS **t**
Nome da Unidade de Saúde - Órgão

26

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO DE SERVIDOR COM DEFICIÊNCIA PARA COMPROVAÇÃO DA NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO EM VIAGEM A SERVIÇO

Número do Laudo:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor apresenta deficiência havendo necessidade de acompanhamento no deslocamento a serviço.

Sugestão de texto para não concessão: Não foi verificada, no momento, a necessidade do servidor ter um acompanhante no deslocamento a serviço.

O servidor é deficiente conforme definido no Decreto 3.298/99, com a nova redação dada pelo Decreto 5.296/04? **Sim/não**

Tipo da deficiência: **física/visual/auditiva/mental/múltipla**

Recomendações específicas:

Data prevista para reavaliação(até 05 anos):

Base Legal:

Decreto 7.613/2011

Local, dd de mm de aaaa

Dr.(a)

CRM:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

**REGISTRO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE
INFERIOR A 15 DIAS**

27

Número do Registro:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando que o atestado apresentado preenche os critérios estabelecidos no Decreto n° 7.003/09 e Orientação Normativa n° 03/10, fica registrada a Licença para Tratamento de Saúde Inferior a 15 dias.

Período de afastamento apresentado no atestado: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

Número de dias de afastamento sugeridos no atestado: **x dias**

Base Legal:

Artigo 204 da Lei n° 8.112/90

Decreto n°7.003/09

Orientação Normativa n°03/10

Local, dd de mm de aaaa

Recebido e cadastrado por:

Nome do servidor que recebeu o atestado
CPF:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
Nome da Unidade de Saúde – Órgão - local

28

**REGISTRO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM
PESSOA DA FAMÍLIA INFERIOR A 15 DIAS**

Número do Registro:

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando que o atestado apresentado preenche os critérios estabelecidos no Decreto n° 7.003/09 e Orientação Normativa n° 03/10, fica registrada a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família inferior a 15 dias.

Período de afastamento apresentado no atestado: de dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa

Número de dias de afastamento sugeridos no atestado: x dias

Base Legal:

Artigo 83 e 204 da Lei n° 8.112/90

Decreto n°7.003/09

Orientação Normativa n°03/10

Local, dd de mm de aaaa

Recebido e cadastrado por:

Nome do servidor que recepcionou o atestado

CPF:

SIASS-nome do órgão- local

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

Pedido de Reconsideração

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado na Unidade Siass (nome da unidade Siass, órgão sede da unidade, Cidade/Unidade da Federação), em (dd/mm/aaaa), referente ao Laudo Pericial nº xxxxxxxxxxxx, na condição de servidor(a) requerente acima identificado(a), solicito reconsideração de perícia.

Justificativa do Pedido de Reconsideração:

Base Legal:

Artigo 106 da Lei nº 8112, de 1990

Tenho ciência que, tratando-se de indeferimento deste pleito, os dias em que não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas não justificadas.

Local, dd de mm de aaaa.

Assinatura do Servidor Requerente

Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

Pedido de Recurso

30

Identificação

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial de reconsideração realizado na Unidade Siass (nome da unidade Siass, órgão sede da unidade, Cidade/Unidade da Federação), em (dd/mm/aaaa), referente ao Pedido de Reconsideração nº xxxxxxxxxxxx, na condição de servidor(a) requerente acima identificado(a), solicito recurso de resultado do pedido de reconsideração.

Justificativa do Pedido de Recurso:

Base Legal:

Artigo 107 da Lei nº 8112, de 1990

Tenho ciência que, tratando-se de indeferimento deste pleito, os dias em que não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas não justificadas.

Local, dd de mm de aaaa.

Assinatura do Servidor Requerente

SIASS-nome do órgão- local

Anexo III-2

TABELAS REFERENCIADAS NA COMUNICAÇÃO
DE ACIDENTE NO TRABALHO –
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - CAT/SP



Considerando que a CAT-SP apresenta tabelas que auxiliam no preenchimento de alguns campos necessários, seguem abaixo a sua composição:

TABELA I: PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)

CRÂNIO (inclusive encéfalo)

OUVIDO (externo, médio, interno, audição e equilíbrio)

OLHO (inclusive nervo ótico e visão)

NARIZ (inclusive fossas nasais, seios da face e olfato)

BOCA (Inclusive lábios, dentes, língua, garganta e paladar)

MANDÍBULA (inclusive queixo)

FACE, PARTES MÚLTIPLAS (qualquer combinação das partes acima)

CABEÇA, PARTES MÚLTIPLAS (qualquer combinação das partes acima)

CABEÇA, NIC

BRAÇO (entre o punho a o ombro)

BRAÇO (acima do cotovelo)

PESCOÇO

COTOVELO

ANTEBRAÇO (entre o punho e o cotovelo)

PUNHO

MÃO (exceto punho ou dedos)

DEDO

MEMBROS SUPERIORES, PARTES MÚLTIPLAS (qualquer combinação das partes acima)

MEMBROS SUPERIORES, NIC

OMBRO

TÓRAX (inclusive órgãos internos)

DORSO (inclusive músculos dorsais, coluna e medula espinhal)

ABDOME (inclusive órgãos internos)

QUADRIS (inclusive pélvis, órgãos pélvicos e nádegas)

TRONCO, PARTE MÚLTIPLAS (qualquer combinação das partes acima)
PERNA (entre o tornozelo e a pélvis)
COXA
JOELHO
PERNA (do tornozelo, exclusive, ao joelho, exclusive)
ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO
PÉ (exceto artelhos)
ARTELHO
MEMBROS INFERIORES, PARTES MÚLTIPLAS (qualquer combinação das partes acima)
MEMBROS INFERIORES, NIC
PARTES MÚLTIPLAS
SISTEMAS E APARELHOS
APARELHO CIRCULATÓRIO
APARELHO RESPIRATÓRIO
SISTEMA NERVOSO
APARELHO DIGESTIVO
APARELHO GÊNITO-URINÁRIO
SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO
SISTEMAS E APARELHOS, NIC
LOCALIZAÇÃO DA LESÃO, NIC

**TABELA II: AGENTE CAUSADOR ACIDENTE
CALÇADA OU CAMINHO PARA PEDESTRE -
SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA SUSTENTAR PESSOAS**

PISO DE EDIFÍCIO - SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA SUSTENTAR PESSOAS
ESCADA PERMANENTE CUJOS DEGRAUS PERMITEM APOIO INTEGRAL DO PÉ, DE-
GRAU - SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA SUSTENTAR PESSOAS
RAMPA - SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA SUSTENTAR PESSOAS
PASSARELA OU PLATAFORMA PERMANENTES - SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA SUS-
TENTAR PESSOAS
PISO DE MINA - SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA SUSTENTAR PESSOAS
CHÃO - SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA SUSTENTAR PESSOAS
PISO DE ANDAIME E PLATAFORMA DESMONTÁVEL - SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA
SUSTENTAR PESSOAS
PISO DE VEÍCULO - SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA SUSTENTAR PESSOAS
TELHADO
SUPERFÍCIE DE SUSTENTAÇÃO, NIC - SUPERFÍCIE UTILIZADA PARA SUSTENTAR PES-
SOAS
ESCADA MÓVEL OU FIXADA, NIC

EDIFÍCIO - EDIFÍCIO OU ESTRUTURA
DEPÓSITO FIXO (TANQUE, SILO, PAIOL, ETC) - EDIFÍCIO OU ESTRUTURA
CAIS, DOCA - EDIFÍCIO OU ESTRUTURA
DIQUE, BARRAGEM - EDIFÍCIO OU ESTRUTURA
PONTE, VIADUTO - EDIFÍCIO OU ESTRUTURA
ARQUIBANCADA, ESTÁDIO - EDIFÍCIO OU ESTRUTURA
ANDAIME, PLATAFORMA - EDIFÍCIO OU ESTRUTURA
TORRE, POSTE - EDIFÍCIO OU ESTRUTURA
EDIFÍCIO OU ESTRUTURA (EXCETO PISO, SUPERFÍCIE DE SUSTENTAÇÃO OU ÁREA DE CIRCULAÇÃO), NIC
ESCAVAÇÃO (PARA EDIFÍCIO, ESTRADA, ETC)
CANAL, FOSSO
POÇO, ENTRADA, GALERIA, ETC, DE MINA
ESCAVAÇÃO, FOSSO, TÚNEL, NIC
SUPERFÍCIE E ESTRUTURA, NIC
MARTELO, MALHO, MARRETA- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
MACHADINHA, ENXÓ- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
FACA, FACÃO- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
TESOURA, TESOURÃO- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
FORMÃO, CINZEL- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
SERRA, SERROTE- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
ALICATE, TORQUÊS, TENAZ- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
PLAINA- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
LIMA, GROSA- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
PUNÇÃO, PONTEIRO, VAZADOR, TALHADEIRA- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
PUA, TRADO, VERRUMA, MÁQUINA DE FURAR MANUAL- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
CHAVE DE PARAFUSO- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
CHAVE DE PORCA OU DE ABERTURA REGULÁVEL, CHAVE DE BOCA- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
ALAVANCA, PÉ-DE-CABRA- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
CORDA, CABO, CORRENTE- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
MACHADO- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
ENXADA, ENXADÃO, SACHO- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
PÁ, CAVADEIRA- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
PICARETA- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
GARFO, ANCINHO, FORCADO- FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ
FERRAMENTA MANUAL SEM FORÇA MOTRIZ, NIC
MARTELETE, SOCADOR- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUECI-

MENTO

TALHADEIRA- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUECIMENTO
CORTADEIRA, GUILHOTINA- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU
AQUECIMENTO

SERRA- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUECIMENTO
PUNÇÃO, PONTEIRO, VAZADOR- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU
AQUECIMENTO

PERFURATRIZ- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUECIMENTO

REBITADEIRA- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUECIMENTO

MÁQUINA DE APARAFUSAR - FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU
AQUECIMENTO

ESMERIL- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUECIMENTO

POLITRIZ, ENCERADEIRA- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUE-
CIMENTO

FERRO DE PASSAR- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUECIMENTO

FERRAMENTA DE SOLDAGEM- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU
AQUECIMENTO

MASARICO - FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUECIMENTO

FERRAMENTA ACIONADA POR EXPLOSIVO- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA
MOTRIZ OU AQUECIMENTO

JATO DE AREIA- FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUECIMENTO

FERRAMENTA PORTÁTIL COM FORÇA MOTRIZ OU AQUECIMENTO, NIC

SERRA - MÁQUINA

TESOURA, GUILHOTINA, MÁQUINA DE CORTAR - MÁQUINA

LAMINADORA, CALANDRA - MÁQUINA

FURADEIRA, BROQUEADEIRA, TORNO, FREZA ? MÁQUINA

PRENSA ? MÁQUINA

PLAINA, TUPIA ? MÁQUINA

MÁQUINA DE FUNDIR, DE FORJAR, DE SOLDAR

BRITADOR, MOINHO ? MÁQUINA

MISTURADOR, BATEDEIRA, AGITADOR ? MÁQUINA

PENEIRA MECÂNICA, MÁQUINA SEPARADORA ? MÁQUINA

POLITRIZ, LIXADORA, ESMERIL ? MÁQUINA

MÁQUINA DE TERRAPLENAGEM E CONSTRUÇÃO DE ESTRADA

MÁQUINA DE MINERAÇÃO E PERFURAÇÃO (DE TÚNEL, POÇO, ETC)

MÁQUINA AGRÍCOLA

MÁQUINA TÊXTIL

MÁQUINA DE COSTURAR E DE PESPONTAR

MÁQUINA DE IMPRIMIR

MÁQUINA DE ESCRITÓRIO

MÁQUINA DE EMBALAR OU EMPACOTAR
MÁQUINA, NIC
TRANSPORTADOR POR GRAVIDADE
TRANSPORTADOR COM FORÇA MOTRIZ
TRANSPORTADOR, NIC
GUINDASTE - EQUIPAMENTO DE GUINDAR
PONTE ROLANTE - EQUIPAMENTO DE GUINDAR
ELEVADOR - EQUIPAMENTO DE GUINDAR
ELEVADOR DE CAÇAMBA PARA MINERAÇÃO - EQUIPAMENTO DE GUINDAR
PÁ MECÂNICA, DRAGA - EQUIPAMENTO DE GUINDAR
TALHA - EQUIPAMENTO DE GUINDAR
PAU DE CARGA - EQUIPAMENTO DE GUINDAR
MACACO (MECÂNICO, HIDRÁULICO, PNEUMÁTICO) - EQUIPAMENTO DE GUINDAR
GUINCHO PNEUMÁTICO - EQUIPAMENTO DE GUINDAR
GUINCHO ELÉTRICO - EQUIPAMENTO DE GUINDAR
EQUIPAMENTO DE GUINDAR, NIC
CORREIA - DISPOSITIVO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA MECÂNICA
CORRENTE, CORDA, CABO - DISPOSITIVO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA MECÂNICA
TAMBOR, POLIA, ROLDANA - DISPOSITIVO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA MECÂNICA
EMBREAGEM DE FRICÇÃO - DISPOSITIVO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA MECÂNICA
ENGRENAGEM - DISPOSITIVO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA MECÂNICA
DISPOSITIVO DE TRANSMISSÃO DE ENERGIA MECÂNICA, NIC
GERADOR - EQUIPAMENTO ELÉTRICO
CONDUTOR - EQUIPAMENTO ELÉTRICO
TRANSFORMADOR, CONVERSOR - EQUIPAMENTO ELÉTRICO
PAINEL DE CONTROLE, BARRAMENTO, CHAVE, INTERRUPTOR, ÍE
REÓSTATO, DISPOSITIVO DE PARTIDA E APARELHO DE CONTROLE, CAPACITOR, RETIFICADOR, BATERIA DE ACUMULADORES - EQUIPAMENTO ELÉTRICO
MOTOR ELÉTRICO - EQUIPAMENTO ELÉTRICO
EQUIPAMENTO MAGNÉTICO - EQUIPAMENTO ELÉTRICO
EQUIPAMENTO ELETROLÍTICO - EQUIPAMENTO ELÉTRICO
EQUIPAMENTO DE AQUECIMENTO ELÉTRICO - EQUIPAMENTO ELÉTRICO
EQUIPAMENTO ELÉTRICO, NIC
MOTOR (COMBUSTÃO INTERNA, VAPOR)
BOMBA
TURBINA
MOTOR, BOMBA, TURBINA, NIC
CALDEIRA
VASO SOB PRESSÃO (PARA ÍQUIDO, GÁS OU VAPOR)
TUBO SOB PRESSÃO (MANGUEIRA OU TUBO PARA ÍQUIDO, GÁS OU VAPOR)

CALDEIRA, VASO SOB PRESSÃO, NIC
CAIXÃO PNEUMÁTICO - EQUIPAMENTO PARA TRABALHO EM AMBIENTE DE PRESSÃO ANORMAL
ESCAFANDRO - EQUIPAMENTO PARA TRABALHO EM AMBIENTE DE PRESSÃO ANORMAL
EQUIPAMENTO DE MERGULHO - EQUIPAMENTO PARA TRABALHO EM AMBIENTE DE PRESSÃO ANORMAL
EQUIPAMENTO PARA TRABALHO EM AMBIENTE DE PRESSÃO ANORMAL, NIC
FORNO, ESTUFA, RETORTA, AQUECEDOR DE AMBIENTE, FOGÃO, ETC, EXCETO QUANDO A LESÃO PRINCIPAL FOR CHOQUE ELÉTRICO OU ELETROPLESSÃO ? EQUIPAMENTO DE AQUECIMENTO
EQUIPAMENTO EMISSOR DE RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE
EQUIPAMENTO DE ILUMINAÇÃO - EQUIPAMENTO EMISSOR DE RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE
ARCO ELÉTRICO ? EQUIPAMENTO EMISSOR DE RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE
EQUIPAMENTO EMISSOR DE RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE, NIC
EQUIPAMENTO DE RAIOS X ? EQUIPAMENTO OU SUBSTÂNCIA EMISSORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE
REATOR (INCLUI COMBUSTÍVEL E RESÍDUO) ? EQUIPAMENTO OU SUBSTÂNCIA EMISSORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE
FONTE DE RADIOISÓTOPO ? EQUIPAMENTO OU SUBSTÂNCIA EMISSORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE
EQUIPAMENTO OU SUBSTÂNCIA EMISSORES DE RADIAÇÃO IONIZANTE, NIC
BICICLETA
TRICICLO
MOTOCICLETA, MOTONETA
VEÍCULO RODOVIÁRIO MOTORIZADO
VEÍCULO SOBRE TRILHO
VEÍCULO AQUÁTICO
AERONAVE
EMPILHADEIRA
REBOCADOR MECÂNICO, MULA MECÂNICA
CARRO DE MÃO
TRATOR
VEÍCULO DE TERRAPLENAGEM
VEÍCULO DE TRAÇÃO ANIMAL
VEÍCULO DESLISANTE
VEÍCULO FUNICULAR (TRAÇÃO POR CABO)
VEÍCULO, NIC
FERRAMENTA, MÁQUINA, EQUIPAMENTO, VEÍCULO, NIC
COMPOSTO METÁLICO (DE CHUMBO, MERCÚRIO, ZINCO, CÁDMIO, CROMO, ETC)

COMPOSTO DE ARSÊNIO
GÁS CARBÔNICO (DIÓXIDO DE CARBONO, CO₂)
MONÓXIDO DE CARBONO (CO)
ÓXIDOS DE NITROGÊNIO (VAPORES NITROSOS)
ÁCIDO
ÁLCALI
COMPOSTO DE FÓSFORO
DISSULFETO DE CARBONO
CIANETO OU COMPOSTO DE CIANOGENÍO
ÁLCOOL
TETRACLORETO DE CARBONO
COMPOSTO ORGÂNICO HALOGENADO (TRICLORETIENO, Â
COMPOSTO AROMÁTICO (BENZOL, TOLUOL, XILOL, ANILINA, ETC)
SUBSTÂNCIA QUÍMICA, NIC
ÁGUA - USAR QUANDO O ESTADO LÍQUIDO CONTRIBUIR PREPONDERANTEMENTE
PARA A OCORRÊNCIA
LÍQUIDO, NIC
PARTÍCULAS - NÃO IDENTIFICADAS
PELE, CRINA, PELO, LÁ (EM BRUTO) - PRODUTO ANIMAL
PENA - PRODUTO ANIMAL
COURO CRU OU CURTIDO - PRODUTO ANIMAL
OSSO - PRODUTO ANIMAL
PRODUTO ANIMAL, NIC
MADEIRA (TORO, MADEIRA SERRADA, PRANCHÃO, POSTE, BARROTE, RIPA E PRODUTO DE MADEIRA)
PRODUTO MINERAL METÁLICO - PRODUTO DE MINERAÇÃO EM BRUTO OU BENEFICIADO, COMO MINÉRIO E CONCENTRADO DE MINÉRIO
METAL - INCLUI LIGA FERROSA E NÃO FERROSA, TUBO, PLACA, PERFIL, TRILHO, VERGALHÃO, ARAME, PORCA, REBITE, PREGO, ETC INCLUI METAL FUNDIDO, LINGOTE E SUCATA DE FUNDIÇÃO, EXCETO MINÉRIO
PRODUTO MINERAL NÃO METÁLICO - PRODUTO DE MINERAÇÃO, ESCAVAÇÃO, DESBARRANCAMENTO, ETC, COMO DETRITO, ARGILA, AREIA, CASCALHO, PEDRA, ETC
PETRÓLEO BRUTO, BRUTO REDUZIDO
ASFALTO, ALCATRÃO, PICHE
ÓLEO COMBUSTÍVEL
PARAFINA, ÓLEO LUBRIFICANTE E DE CORTE, GRAXAS
GASÓLEO, ÓLEO DIESEL
QUEROSENE
NAFTA E SOLVENTE DE NAFTA (ÉTER DE PETRÓLEO, ÁLCOOL MINERAL, SOLVENTE AROMÁTICO, ETC)

GASOLINA (EXCETO QUANDO A OCORRÊNCIA FOR CAUSADA PREPONDERANTE-
MENTE POR COMPOSTO DE CHUMBO)
HIDROCARBONETO GASOSO (INCLUI GÁS LIQUEFEITO, GÁS ENCANADO DE NAFTA,
GÁS NATURAL)
CARVÃO
COQUE
GÁS ENCANADO DE CARVÃO
PRODUTO DE PETRÓLEO E DE CARVÃO, NIC
VIDRARIA, FIBRA DE VIDRO, LÂMINA, ETC, EXCETO FRASCO, GARRAFA
TIJOLO E TELHA - CERÂMICA
LOUÇA DE MESA E OUTROS UTENSÍLIOS (DE PORCELANA, BARRO,ETC) - CERÂMICA
TUBO, MANILHA - CERÂMICA
REVESTIMENTO CERÂMICO (AZULEJO, MOSAICO, ETC) - CERÂMICA
LOUÇA SANITÁRIA (PIA, VASO SANITÁRIO, ETC) - CERÂMICA
CERÂMICA, NIC

**TABELA III: AGENTE CAUSADOR DA DOENÇA PROFISSIONAL
REAÇÃO DO CORPO A SEUS MOVIMENTOS -
MOVIMENTO INVOLUNTÁRIO (ESCORREGÃO SEM QUEDA, ETC)**

REAÇÃO DO CORPO A SEUS MOVIMENTOS - MOVIMENTO VOLUNTÁRIO
ESFORÇO EXCESSIVO AO ERGUER OBJETO
ESFORÇO EXCESSIVO AO EMPURRAR OU PUXAR OBJETO
ESFORÇO EXCESSIVO AO MANEJAR, SACUDIR OU ARREMESSAR OBJETO
ESFORÇO EXCESSIVO, NIC
EXPOSIÇÃO À ENERGIA ELÉTRICA
CONTATO COM OBJETO OU SUSBSTÂNCIA A TEMPERATURA MUITO ALTA
CONTATO COM OBJETO OU SUSBSTÂNCIA A TEMPERATURA MUITO BAIXA
EXPOSIÇÃO À TEMPERATURA AMBIENTE ELEVADA
EXPOSIÇÃO À TEMPERATURA AMBIENTE BAIXA
INALAÇÃO DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA, TÓXICA OU NOCIVA
INGESTÃO DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA, TÓXICA OU NOCIVA
ABSORÇÃO(POR CONTATO) DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA, TOXICA OU NOCIVA
INALAÇÃO, INGESTÃO E ABSORÇÃO, NIC
IMERSÃO
EXPOSIÇÃO A RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE
EXPOSIÇÃO A RADIAÇÃO IONIZANTE
EXPOSIÇÃO AO RUÍDO
EXPOSIÇÃO À VIBRAÇÃO
EXPOSIÇÃO À PRESSÃO AMBIENTE ELEVADA

EXPOSIÇÃO À PRESSÃO AMBIENTE BAIXA
EXPOSIÇÃO À POLUIÇÃO DA AGUA
EXPOSIÇÃO À POLUIÇÃO DO AR
EXPOSIÇÃO À POLUIÇÃO, NIC
ATAQUE DE SER VIVO POR MORDEDURA, PICADA, CHIFRADA, COICE, ETC, NÃO SE
APLICANDO NO CASO DE HAVER PEÇONHA OU TRANSMISSÃO DE DOENÇA
ATAQUE DE SER VIVO COM PEÇONHA
ATAQUE DE SER VIVO COM TRANSMISSÃO DE DOENÇA
ATAQUE DE SER VIVO (INCLUSIVE DO HOMEM), NIC
TIPO, NIC
TIPO INEXISTENTE

TABELA IV: SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA IMPACTO DE PESSOA CONTRA OBJETO PARADO

IMPACTO DE PESSOA CONTRA OBJETO EM MOVIMENTO
IMPACTO SOFRIDO POR PESSOA DE OBJETO QUE CAI
IMPACTO SOFRIDO POR PESSOA DE OBJETO PROJETADO
IMPACTO SOFRIDO POR PESSOA, NIC
APRISIONAMENTO EM, SOBRE OU ENTRE OBJETOS EM MOVIMENTO CONVERGENTE
APRISIONAMENTO EM, SOBRE OU ENTRE OBJETO PARADO E OUTRO EM MOVIMEN-
TO
APRISIONAMENTO EM, SOBRE OU ENTRE DOIS OU MAIS OBJETOS EM MOVIMENTO
APRISIONAMENTO EM, SOBRE OU ENTRE DESABAMENTO OU DESMORONAMENTO
APRISIONAMENTO EM, SOB OU ENTRE, NIC
ATRITO OU ABRASÃO POR ENCOSTAR, PISAR, AJOELHAR OU SENTAR EM OBJETO
ATRITO OU ABRASÃO POR MANUSEAR OBJETO
ATRITO OU ABRASÃO POR OBJETO EM VIBRAÇÃO
ATRITO OU ABRASÃO POR CORPO ESTRANHO NO OLHO
ATRITO OU ABRASÃO POR COMPRESSÃO REPETITIVA
ATRITO OU ABRASÃO, NIC
ESFORÇO EXCESSIVO AO ERGUER OBJETO
ESFORÇO EXCESSIVO AO EMPURRAR OU PUXAR OBJETO
ESFORÇO EXCESSIVO AO MANEJAR, SACUDIR OU ARREMESSAR OBJETO
ESFORÇO EXCESSIVO, NIC
ELÉTRICA, EXPOSIÇÃO À ENERGIA
INALAÇÃO DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA, TÓXICA OU NOCIVA
INGESTÃO DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA
ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA
INALAÇÃO, INGESTÃO OU ABSORÇÃO, NIC

POLUIÇÃO DA ÁGUA, AÇÃO DA
POLUIÇÃO, NIC, EXPOSIÇÃO À
ATAQUE DE SER VIVO POR MORDEDURA, PICADA, CHIFRADA, COICE, ETC
ATAQUE DE SER VIVO COM PEÇONHA
ATAQUE DE SER VIVO COM TRANSMISSÃO DE DOENÇA
ATAQUE DE SER VIVO, NIC

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA CAT RGPS

Quadro I - EMITENTE

I.1 - Informações relativas ao EMITENTE

Campo 1. Emitente - informar no campo demarcado o dígito que especifica o responsável pela emissão da CAT, sendo:

1. empregador;
2. sindicato;
3. médico;
4. segurado ou seus dependentes;
5. autoridade pública (subitem 1.6.1 da Parte III).

Campo 2. Tipo de CAT - informar no campo demarcado o dígito que especifica o tipo de CAT, sendo:

1. inicial - refere-se à primeira comunicação do acidente ou doença do trabalho;
2. reabertura - quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão (acidente ou doença comunicado anteriormente ao INSS);
3. comunicação de óbito - refere-se à comunicação do óbito, em decorrência de acidente do trabalho, ocorrido após a emissão da CAT inicial. Deverá ser anexada a cópia da Certidão de Óbito e, quando houver, do laudo de necropsia.

Obs.: Os acidentes com morte imediata deverão ser comunicados por CAT inicial.

1. Campo 3. Razão Social/Nome- informar a denominação da empresa empregadora.

Obs.: Informar o nome do acidentado, quando este for segurado especial.

Campo 4. Tipo e número do documento - informar o código que especifica o tipo de documento, sendo:

1. CGC/CNPJ - informar o número ou matrícula no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da empresa empregadora;
2. CEI - informar o número de inscrição no Cadastro Específico do INSS - CEI, quando o empregador for pessoa jurídica desobrigada de inscrição no CGC/CNPJ;
3. CPF - informar o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF, quando o empregador for pessoa física;
4. NIT - informar o Número de Identificação do Trabalhador no INSS - NIT, quando for segurado especial.

Campo 5. CNAE - informar o código relativo à atividade principal do estabelecimento, em conformidade com aquela que determina o Grau de Risco para fins de contribuição para os benefícios concedidos em razão do grau de incidência da incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho. O código CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) encontra-se no documento/cartão do CNPJ da empresa

Obs.: No caso de segurado especial, o campo poderá ficar em branco.

Campo 6. Endereço - informar o endereço completo da empresa empregadora. Informar o endereço do acidentado, quando tratar-se de segurado especial. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido de código de área e do DDD do município.

Campo 7. Município - informar o município de localização da empresa empregadora. Informar o município de residência do acidentado, quando segurado especial.

Campo 8. UF - informar a Unidade da Federação de localização da empresa empregadora. Informar a Unidade da Federação de residência do acidentado, quando este for segurado especial.

Campo 9. Telefone - informar o telefone da empresa empregadora. Informar o telefone do acidentado, quando segurado especial. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido de código da área e do DDD do município.

I.2 - Informações relativas ao ACIDENTADO

Campo 10. Nome - informar o nome completo do acidentado, sem abreviaturas.

Campo 11. Nome da mãe - informar o nome completo da mãe do acidentado, sem abreviaturas.

Campo 12. Data de nascimento - informar a data completa de nascimento do acidentado, utilizando a forma (DD/MM/AAAA).

Campo 13. Sexo - informar o sexo do acidentado usando 1 para sexo masculino e 3 para o sexo feminino.

Campo 14. Estado civil - Informar o código que especifica o estado civil do acidentado, sendo:

1. Solteiro;
2. Casado;
3. Viúvo;
4. Separado judicialmente;
5. Outros;
6. Ignorado (quando o estado civil for desconhecido).

Campo 15. CTPS - informar o número, a série e a data de emissão da Carteira Profissional - CP ou da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS.

Obs.: No caso de segurado empregado, é obrigatória a especificação do número da CP ou da CTPS.

Campo 16. UF - informar a Unidade da Federação de emissão da CP ou da CTPS.

Campo 17. Remuneração mensal - informar a remuneração mensal do acidentado em moeda corrente na data do acidente.

Campo 18. Carteira de identidade - informar o número do documento, a data de emissão e o órgão expedidor

Campo 19. UF - informar a Unidade da Federação de emissão da Carteira de Identidade.

Campo 20. PIS/PASEP - informar o número de inscrição no Programa de Integração Social - PIS ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP, conforme o caso.

Obs.: No caso de segurado especial e de médico residente, o campo poderá ficar em branco

Campo 21. Endereço do acidentado - informar o endereço completo do acidentado.

Campo 22. Município - informar o município de residência do acidentado.

Campo 23. UF - informar a Unidade da Federação de residência do acidentado.

Campo 24. Telefone - informar o telefone do acidentado. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido de código de área e do DDD do município.

Campo 25. Nome da ocupação - informar o nome da ocupação exercida pelo acidentado à época do acidente ou da doença.

Campo 26. CBO - informar o código da ocupação do Campo 25 do Código Brasileiro de Ocupação - CBO. Consulte o código CBO.

Campo 27. Filiação à Previdência Social - informar o tipo de filiação do segurado, sendo:

1. Empregado;
2. Trabalhador Avulso;
7. Segurado Especial;
8. médico residente (conforme a Lei nº 8.138/90).

Campo 28. Aposentado? - informar "sim" exclusivamente quando tratar-se de aposentado pelo Regime Geral de Previdência Social - RGPS.

Campo 29. Área - informar a natureza da prestação de serviço, se urbana ou rural.

I.3 - Informações relativas ao ACIDENTE OU DOENÇA

Campo 30. Data do acidente - informar a data em que o acidente ocorreu. No caso de doença, informar como data do acidente a da conclusão do diagnóstico ou a do início da incapacidade

laborativa, devendo ser consignada aquela que ocorrer primeiro. A data deverá ser completa, utilizando quatro dígitos para o ano. Exemplo: 23/11/1998.

Campo 31. Hora do acidente - informar a hora da ocorrência do acidente, utilizando quatro dígitos (Exemplo: 10:45). No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.

Campo 32. Após quantas horas de trabalho? - informar o número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento do acidente. No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.

Campo 33. Tipo – informar tipo de acidente, 1 para típico, 2 para doença e 3 para trajeto.

Campo 34. Houve afastamento? - informar se houve ou não afastamento do trabalho.

Obs.: É importante ressaltar que a CAT deverá ser emitida para todo acidente ou doença relacionados ao trabalho, ainda que não haja afastamento ou incapacidade.

Campo 35. Último dia trabalhado - informar a data do último dia em que efetivamente houve trabalho do acidentado, ainda que a jornada não tenha sido completa. Exemplo: 23/11/1998.

Obs.: Só preencher no caso de constar 1 (sim) no Campo 33.

Campo 36. Local do acidente - informar o local onde ocorreu o acidente, sendo:

1. em estabelecimento da empregadora;
2. em empresa onde a empregadora presta serviço;
3. em via pública;
4. em área rural;
5. outros.

Obs.: No caso 2, informar o nome e o CGC ou CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente ou doença.

Campo 37. Especificação do local do acidente - informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente (Exemplo: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.).

Campo 38. CGC - este campo deverá ser preenchido quando o acidente, ou doença ocupacional, ocorrer em empresa onde a empregadora presta serviço, devendo ser informado o CGC ou CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente ou doença (no caso de constar no Campo 35 a opção 2).

Campo 39. UF - informar a Unidade da Federação onde ocorreu o acidente ou a doença ocupacional.

Campo 40. Município do local do acidente - informar o nome do município onde ocorreu o acidente ou a doença ocupacional.

Campo 41. Parte(s) do corpo atingida(s)

- para acidente do trabalho: deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente (vide [Tabela 1](#));
- para doenças profissionais, do trabalho, ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesionado (vide [Tabela 1](#)).

Obs.: Deverá ser especificado o lado atingido (direito ou esquerdo), quando se tratar de parte do corpo que seja bilateral.

Campo 42. Agente causador - informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, como uma prensa ou uma injetora de plásticos; ou produtos químicos, agentes físicos ou biológicos como benzeno, sílica, ruído ou salmonela. Pode ainda ser consignada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento (Tratando-se de acidente do trabalho - vide [Tabela 2](#), de doenças profissionais ou do trabalho - vide [Tabela 3](#)).

Campo 43. Descrição da situação geradora do acidente ou doença - descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo acidentado e por outros diretamente relacionados ao acidente. Tratando-se de acidente de trajeto, especificar o deslocamento e informar se o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho (vide [Tabela 4](#)). No caso de doença (vide [Tabela 3](#)), descrever a atividade de trabalho, o ambiente ou as condições em que o trabalho era realizado.

Obs.: Evitar consignar neste campo o diagnóstico da doença ou lesão (Exemplo: indicar a exposição continuada a níveis acentuados de benzeno em função da atividade de pintar motores com tintas contendo solventes orgânicos, e não benzenismo).

Campo 44. Houve registro policial? - informar se houve ou não registro policial. No caso de constar **1 (SIM)**, deverá ser encaminhada cópia do documento ao INSS, oportunamente.

Campo 45. Houve morte? - o campo deverá constar **SIM** sempre que tenha havido morte em tempo anterior ao do preenchimento da CAT, independentemente de ter ocorrido na hora ou após o acidente.

Obs.: Quando houver morte decorrente do acidente ou doença, após a emissão da CAT inicial, a empresa deverá emitir CAT para a comunicação de óbito. Neste caso, deverá ser anexada cópia da certidão de óbito.

I.4 - Informações relativas às TESTEMUNHAS

Campo 46. Nome - informar o nome completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, sem abreviaturas.

Campo 47. Endereço - informar o endereço completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 48. Município - informar o município de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 49. UF - informar a Unidade da Federação de residência da testemunha que tenha

presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Obs.: Telefone - informar o telefone da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código DDD do município.

Campo 50. Nome - informar o nome completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, sem abreviaturas.

Campo 51. Endereço - informar o endereço completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 52. Município - informar o município de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 53. UF - informar a Unidade da Federação de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Obs.: Telefone - informar o telefone da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código DDD do município.

Fechamento do Quadro I:

Local e data - informar o local e a data da emissão da CAT.

Assinatura e carimbo do emitente - no caso da emissão pelo próprio segurado ou por seus dependentes, fica dispensado o carimbo, devendo ser consignado o nome legível do emitente ao lado ou abaixo de sua assinatura.

Quadro II - ATESTADO MÉDICO

Deverá ser preenchido por profissional médico. No caso de acidente com morte, o preenchimento é dispensável, devendo ser apresentada a certidão de óbito e, quando houver, o laudo de necropsia.

Campo 54. Unidade de atendimento médico - informar o nome do local onde foi prestado o atendimento médico.

Campo 55. Data - informar a data do atendimento. A data deverá ser completa, utilizando-se quatro dígitos para o ano. Exemplo: 23/11/1998.

Campo 56. Hora - Informar a hora do atendimento utilizando quatro dígitos. Exemplo: 15:10.

Campo 57. Houve internação? - informar se ocorreu internação do acidentado, devendo preencher a quadrícula no campo com dígito 1 para "sim" ou dígito 2 para "não".

Campo 58. Duração provável do tratamento - informar o período provável do tratamento, mesmo que superior a quinze dias.

Campo 59. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? - informar a

necessidade do afastamento do acidentado de suas atividades laborais, durante o tratamento, devendo preencher a quadrícula no campo com dígito 1 para "sim" ou dígito 2 para "não".

Campo 60. Descrição e natureza da lesão - fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos (vide Tabela 5).

Exemplos: a) edema, equimose e limitação dos movimentos na articulação tíbio társica direita; b) sinais flogísticos, edema no antebraço esquerdo e dor à movimentação da flexão do punho esquerdo.

Campo 61. Diagnóstico provável - informar, objetivamente, o diagnóstico.

Exemplos: a) entorse tornozelo direito;
b) tendinite dos flexores do carpo.

Campo 62. CID - 10 - Classificar conforme a Classificação Internacional de Doenças - CID - 10.

Exemplos: a) S93.4 - entorse e distensão do tornozelo;
b) M65.9 - sinovite ou tendinite não especificada.

Campo 63. Observações - citar qualquer tipo de informação médica adicional, como condições patológicas pré-existentes, concausas, se há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões e a data do acidente declarada, se há recomendação especial para permanência no trabalho, etc.

Obs.: Havendo recomendação especial para a permanência no trabalho, justificar.

Fechamento do Quadro II

Local e data - informar o local e a data do atendimento médico.

Assinatura e carimbo do médico com CRM - deverá ser consignada a assinatura do médico atendente e aposto o seu carimbo com o número de registro junto ao Conselho Regional de Medicina - CRM.

Quadro III - INSS - Campos de uso exclusivo do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.

Anexo III-3

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE NO TRABALHO – REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

1- Emitente <input type="checkbox"/>
1- Empregador 2- Sindicato 3- Médico 4- Segurado ou dependente 5- Autoridade pública
2- Tipo de CAT <input type="checkbox"/>
1- Inicial 2- Reabertura 3- Comunicação de Óbito em: <input type="text"/>

I - EMITENTE

Empregador					
3- Razão Social /Nome <input type="text"/>					
4- Tipo <input type="checkbox"/>	1- CGC/CNPJ	2- CEI	3- CPF	4-NIT	6- Endereço - Rua/Av. <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complemento (continuação) <input type="text"/>		Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	7- Município <input type="text"/>	8-UF <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9- Telefone <input type="text"/>

Acidentado					
10- Nome <input type="text"/>					
11- Nome da mãe <input type="text"/>					
12- Data de nasc. <input type="text"/>	13- Sexo <input type="checkbox"/>	14- Estado civil <input type="checkbox"/>	15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão <input type="text"/>	16- UF <input type="text"/>	17- Remuneração Mensal <input type="text"/>
<input type="text"/>	1- Masc. 3- Fem.	1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Sep. judic. 5- Outro 6 - Ignorado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18- Carteira de Indentidade	Data de emissão	Orgão Expedidor	19- UF	20- PIS/PASEP/NIT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21- Endereço - Rua/Av/ <input type="text"/>				
Bairro	CEP	22- Município	23- UF	24- Telefone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25- Nome da ocupação	26- CBO	27- Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/> 1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial 8- Médico residente	28- Aposentado? <input type="checkbox"/> 1- sim 2- não	29- Áreas <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Acidente ou Doença				
30- Data do acidente	31- Hora do acidente	32- Após quantas horas de trabalho?	33- tipo <input type="checkbox"/> 1-Típico 2- Doença 3- Trajeto	34- Houve afastamento? <input type="checkbox"/> 1-sim 2-não
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
35- Último dia trabalhado	36- Local do acidente	37 - Especificação do local do acidente	38- CGC/CNPJ	39- UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
40- Município do local do acidente	41- Parte(s) do corpo atingida(s)	42- Agente causador		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença			44- Houve registro policial ? <input type="checkbox"/> 1- sim 2- não	
<input type="text"/>			45- Houve morte ? <input type="checkbox"/> 1- sim 2- não	
<input type="text"/>				
Testemunhas				

46- Nome <input style="width: 90%;" type="text"/>				
47- Endereço - Rua/Av/nº/comp. <input style="width: 95%;" type="text"/>				
Bairro <input style="width: 95%;" type="text"/>	CEP <input style="width: 95%;" type="text"/>	48- Município <input style="width: 95%;" type="text"/>	49- UF <input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefone <input style="width: 95%;" type="text"/>
50- Nome <input style="width: 90%;" type="text"/>				
51- Endereço - Rua/Av/nº/comp. <input style="width: 95%;" type="text"/>				
Bairro <input style="width: 95%;" type="text"/>	CEP <input style="width: 95%;" type="text"/>	52- Município <input style="width: 95%;" type="text"/>	53- UF <input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefone <input style="width: 95%;" type="text"/>
Local e data <input style="width: 80%;" type="text"/>		Assinatura e carimbo do emitente <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>		
II - ATESTADO MÉDICO Deve ser preenchido por profissional médico.				
Atendimento				
54- Unidade de atendimento médico <input style="width: 95%;" type="text"/>			55-Data <input style="width: 95%;" type="text"/>	56- Hora <input style="width: 95%;" type="text"/>
57- Houve internação <input type="checkbox"/> 1-sim 2- não	58- Duração provável do tratamento <input style="width: 50%;" type="text"/> dias	59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/> 1-sim 2-não		
Lesão				

60- Descrição e natureza da lesão	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

Diagnóstico	
61- Diagnóstico provável	62- CID-10
<input type="text"/>	<input type="text"/>

63- Observações:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Local e data	_____
<input type="text"/>	Assinatura e carimbo do médico com CRM

III - INSS

64- Recebida em	65- Código da Unidade	66-Número do CAT	Notas: 1- A inexatidão das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal. 2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
67- Matrícula do servidor			
<input type="text"/>	_____		
Matricula	Assinatura do servidor		

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO

Anexo III-I

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO – SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - CAT/SP

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO – SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - CAT/SP

EMITENTE

Emitente Perito Tipo de CAT * Inicial REABERTURA

DADOS DO SERVIDOR

Nome Sexo Data de Nascimento
CPF RG

ENDEREÇO

Logradouro Número
Complemento CEP
Cidade UF Bairro DDD Telefone
E-mail

DADOS FUNCIONAIS

Identificação Única Órgão
Lotação de Exercício Matrícula SIAPE
Cargo Função

ACIDENTE OU DOENÇA

Tipo * (TÍPICO - DOENÇA - TRAJETO)

Data do Acidente * Hora do Acidente *

Após quantas horas de trabalho? *

Houve Afastamento? * (SIM - NÃO) Último Dia Trabalhado

Parte(s) do corpo atingida(s) * (TABELA I)

Agente Causador Acidente (TABEL II)

Agente Causador Doença (TABELA III)

Situação Geradora do Acidente ou Doença * (TABELA IV)

Houve Registro Policial? * (SIM-NÃO - SEM INFORMAÇÃO) Houve Morte? * (SIM - NÃO)

LOCAL DO ACIDENTE/DOENÇA

Local * Ex: Estabelecimento da empregadora, empresa onde a empregadora presta serviço, via pública, área rural, desconhecido ou outros.

Especificação do Local do Acidente * Ex: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho ou nome da rua.

CGC/CNPJ

Órgão

UF * Município *

TESTEMUNHA 1

Nome	<input type="text"/>	
CEP	<input type="text"/>	
Logradouro	<input type="text"/>	
Número	<input type="text"/>	Complemento <input type="text"/>
Bairro	<input type="text"/>	
UF	<input type="text"/>	Município <input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>	

TESTEMUNHA 2

Nome	<input type="text"/>	
CEP	<input type="text"/>	
Logradouro	<input type="text"/>	
Número	<input type="text"/>	Complemento <input type="text"/>
Bairro	<input type="text"/>	
UF	<input type="text"/>	Município <input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>	

Atendimento de Saúde

ATENDIMENTO

Unidade de Atendimento	<input type="text"/>		
Data	<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
Houve internação?	<input type="text"/> ▼ (NÃO - SIM)	Duração provável do tratamento	<input type="text"/> dias
Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?			<input type="text"/> ▼ (SIM - NÃO)

LESÃO

Descrição e natureza da lesão

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Provável

CID

Observações

Nexo Causal

Houve Nexo Causal? * ▼ **(SIM-NÃO-ENCAMINHAR)**

DATA

ASSINATURA

CARIMBO

As leis, decretos e orientações a seguir apresentam apenas os artigos de interesse da perícia oficial.

I. Critérios para comprovação de deficiência:

a) DECRETO Nº 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999.

Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989,

DECRETA:

CAPÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 1º A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 2º Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Art. 40 É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I - deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

II - deficiência auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

III - deficiência visual – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

IV - deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- ~~d) utilização da comunidade;~~
- d) utilização dos recursos da comunidade; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V - deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

.....
Art. 43. O órgão responsável pela realização do concurso terá a assistência de equipe multiprofissional composta de três profissionais capacitados e atuantes nas áreas das deficiências em questão, sendo um deles médico, e três profissionais integrantes da carreira almejada pelo candidato.

§ 1o A equipe multiprofissional emitirá parecer observando:

I - as informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição;

II - a natureza das atribuições e tarefas essenciais do cargo ou da função a desempenhar;

III - a viabilidade das condições de acessibilidade e as adequações do ambiente de trabalho na execução das tarefas;

IV - a possibilidade de uso, pelo candidato, de equipamentos ou outros meios que habitualmente utilize; e

V - a CID e outros padrões reconhecidos nacional e internacionalmente.

§ 2o A equipe multiprofissional avaliará a compatibilidade entre as atribuições do cargo e a deficiência do candidato durante o estágio probatório.

Art. 44. A análise dos aspectos relativos ao potencial de trabalho do candidato portador de deficiência obedecerá ao disposto no art. 20 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

b) DECRETO Nº 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004.

Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto nas Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000,

DECRETA:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

Art. 2º Ficam sujeitos ao cumprimento das disposições deste Decreto, sempre que houver interação com a matéria nele regulamentada:

I - a aprovação de projeto de natureza arquitetônica e urbanística, de comunicação e informação, de transporte coletivo, bem como a execução de qualquer tipo de obra, quando tenham destinação pública ou coletiva;

II - a outorga de concessão, permissão, autorização ou habilitação de qualquer natureza;

III - a aprovação de financiamento de projetos com a utilização de recursos públicos, dentre eles os projetos de natureza arquitetônica e urbanística, os tocantes à comunicação e informação e os referentes ao transporte coletivo, por meio de qualquer instrumento, tais como convênio, acordo, ajuste, contrato ou similar; e

IV - a concessão de aval da União na obtenção de empréstimos e financiamentos internacionais por entes públicos ou privados.

Art. 3º Serão aplicadas sanções administrativas, cíveis e penais cabíveis, previstas em lei, quando não forem observadas as normas deste Decreto.

Art. 4º O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência, os Conselhos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e as organizações representativas de pessoas portadoras de deficiência terão legitimidade para acompanhar e sugerir medidas para o cumprimento dos requisitos estabelecidos neste Decreto.

CAPÍTULO II

DO ATENDIMENTO PRIORITÁRIO

Art. 5º Os órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, as empresas prestadoras de serviços públicos e as instituições financeiras deverão dispensar atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1º Considera-se, para os efeitos deste Decreto:

I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano,

acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. comunicação;
2. cuidado pessoal;
3. habilidades sociais;
4. utilização dos recursos da comunidade;
5. saúde e segurança;
6. habilidades acadêmicas;
7. lazer; e
8. trabalho;

e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências; e

II - pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

2. Critérios para Isenção de Imposto de Renda:

Critérios para isenção de imposto de renda: Lei nº 7.713/88, com redação dada pela Lei nº 8.541/92 e alterada pelas Leis nº 9.250/95 e nº 11.052/2004

LEI Nº 11.052, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2004.

Altera o inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 6º

XIV – os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, Doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma;

.....” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro do ano subsequente à data de sua publicação. Brasília, 29 de dezembro de 2004; 183ª da Independência e 116ª da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Antonio Palocci Filho

Humberto Sérgio Costa Lima

Amir Lando

ATO DECLARATÓRIO INTERPRETATIVO SRF Nº 11, DE 20 DE OUTUBRO DE 2006

DOU de 23.10.2006

Dispõe sobre a isenção do imposto de renda incidente sobre os proventos de aposentadoria, reforma ou pensão dos portadores de fibrose cística.

O SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL, no uso da atribuição que lhe confere o inciso III do art. 230 do Regimento Interno da Secretaria da Receita Federal, aprovado pela Portaria MF nº 30, de 25 de fevereiro de 2005, e tendo em vista o disposto no inciso XIV do art. 6º, da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004, c/c o § 2º do art. 30 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e o que consta no processo nº 10168.003488/2006-71, declara:

Artigo único. São isentos do imposto de renda os proventos de aposentadoria, reforma ou pensão dos portadores de fibrose cística (mucoviscidose), desde que observada a legislação pertinente à matéria.

JORGE ANTONIO DEHER RACHID

LEGISLAÇÃO GERAL E OUTRAS REFERÊNCIAS:

a) **LEI Nº 8.112, DE 11 DE DEZEMBRO DE 1990** com alteração dada pela Lei 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, e pela Lei 12 269 de 21 de junho de 2010

Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

PUBLICAÇÃO CONSOLIDADA DA LEI Nº 8.112, DE 11 DE DEZEMBRO DE 1990, DETERMINADA PELO ART. 13 DA LEI Nº 9.527, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1997.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Título I

Capítulo Único

Das Disposições Preliminares

Art. 1º Esta Lei institui o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias, inclusive as em regime especial, e das fundações públicas federais.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, servidor é a pessoa legalmente investida em cargo público.

Art. 3º Cargo público é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor.

Parágrafo único. Os cargos públicos, acessíveis a todos os brasileiros, são criados por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos, para provimento em caráter efetivo ou em comissão.

Art. 4º É proibida a prestação de serviços gratuitos, salvo os casos previstos em lei.

Título II

Do Provimento, Vacância, Remoção, Redistribuição e Substituição

Capítulo I

Do Provimento

Seção I

Disposições Gerais

Art. 5º São requisitos básicos para investidura em cargo público:

I - a nacionalidade brasileira;

II - o gozo dos direitos políticos;

III - a quitação com as obrigações militares e eleitorais;

IV - o nível de escolaridade exigido para o exercício do cargo;

V - a idade mínima de dezoito anos;

VI - aptidão física e mental.

§ 1º As atribuições do cargo podem justificar a exigência de outros requisitos estabelecidos em lei.

§ 2º Às pessoas portadoras de deficiência é assegurado o direito de se inscrever em concurso público para provimento de cargo cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência de que são portadoras; para tais pessoas serão reservadas até 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas no concurso.

§ 3º As universidades e instituições de pesquisa científica e tecnológica federais poderão prover seus cargos com professores, técnicos e cientistas estrangeiros, de acordo com as normas e os procedimentos desta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.515, de 20.11.97)

Art. 6º O provimento dos cargos públicos far-se-á mediante ato da autoridade competente de cada Poder.

Art. 7º A investidura em cargo público ocorrerá com a posse.

Art. 8º São formas de provimento de cargo público:

I - nomeação;

II - promoção;

III - (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

IV - (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

V - readaptação;

VI - reversão;

VII - aproveitamento;

VIII - reintegração;

IX - recondução.

Seção II Da Nomeação

Art. 9º A nomeação far-se-á:

I - em caráter efetivo, quando se tratar de cargo isolado de provimento efetivo ou de carreira;

II - em comissão, inclusive na condição de interino, para cargos de confiança vagos. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Parágrafo único. O servidor ocupante de cargo em comissão ou de natureza especial poderá ser nomeado para ter exercício, interinamente, em outro cargo de confiança, sem prejuízo das atribuições do que atualmente ocupa, hipótese em que deverá optar pela remuneração de um deles durante o período da interinidade. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 10. A nomeação para cargo de carreira ou cargo isolado de provimento efetivo depende de prévia habilitação em concurso público de provas ou de provas e títulos, obedecidos a ordem de classificação e o prazo de sua validade.

Parágrafo único. Os demais requisitos para o ingresso e o desenvolvimento do servidor na carreira, mediante promoção, serão estabelecidos pela lei que fixar as diretrizes do sistema de carreira na APF e seus regulamentos. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Seção III

Art. 11. O concurso será de provas ou de provas e títulos, podendo ser realizado em duas etapas, conforme dispuserem a lei e o regulamento do respectivo plano de carreira, condicionada a inscrição do candidato ao pagamento do valor fixado no edital, quando indispensável ao seu custeio, e ressalvadas as hipóteses de isenção nele expressamente previstas. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97) (Regulamento)

Art. 12. O concurso público terá validade de até 2 (dois) anos, podendo ser prorrogado uma única vez, por igual período.

§ 1º O prazo de validade do concurso e as condições de sua realização serão fixados em edital, que será publicado no Diário Oficial da União e em jornal diário de grande circulação.

§ 2º Não se abrirá novo concurso enquanto houver candidato aprovado em concurso anterior com prazo de validade não expirado.

Seção IV

Da Posse e do Exercício

Art. 13. A posse dar-se-á pela assinatura do respectivo termo, no qual deverão constar as atribuições, os deveres, as responsabilidades e os direitos inerentes ao cargo ocupado, que não poderão ser alterados unilateralmente, por qualquer das partes, ressalvados os atos de ofício previstos em lei.

§ 1º A posse ocorrerá no prazo de trinta dias contados da publicação do ato de provimento. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º Em se tratando de servidor, que esteja na data de publicação do ato de provimento, em licença prevista nos incisos I, III e V do art. 81, ou afastado nas hipóteses dos incisos I, IV, VI, VIII, alíneas “a”, “b”, “d”, “e” e “f”, IX e X do art. 102, o prazo será contado do término do impedimento. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º A posse poderá dar-se mediante procuração específica.

§ 4º Só haverá posse nos casos de provimento de cargo por nomeação. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 5º No ato da posse, o servidor apresentará declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e declaração quanto ao exercício ou não de outro cargo, emprego ou função pública.

§ 6º Será tornado sem efeito o ato de provimento se a posse não ocorrer no prazo previsto no § 1º deste artigo.

Art. 14. A posse em cargo público dependerá de prévia inspeção médica oficial.

Parágrafo único. Só poderá ser empossado aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo.

Art. 15. Exercício é o efetivo desempenho das atribuições do cargo público ou da função de confiança. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 1º É de quinze dias o prazo para o servidor empossado em cargo público entrar em exercício, contados da data da posse. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º O servidor será exonerado do cargo ou será tornado sem efeito o ato de sua designação para função de confiança, se não entrar em exercício nos prazos previstos neste artigo, observado o disposto no art. 18. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º À autoridade competente do órgão ou entidade para onde for nomeado ou designado o servidor compete dar-lhe exercício. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 4º O início do exercício de função de confiança coincidirá com a data de publicação do ato de designação, salvo quando o servidor estiver em licença ou afastado por qualquer outro motivo legal, hipótese em que recairá no primeiro dia útil após o término do impedimento, que não poderá exceder a trinta dias da publicação. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 16. O início, a suspensão, a interrupção e o reinício do exercício serão registrados no assentamento individual do servidor.

Parágrafo único. Ao entrar em exercício, o servidor apresentará ao órgão competente os elementos necessários ao seu assentamento individual.

Art. 17. A promoção não interrompe o tempo de exercício, que é contado no novo posicionamento na carreira a partir da data de publicação do ato que promover o servidor. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 18. O servidor que deva ter exercício em outro município em razão de ter sido removido, redistribuído, requisitado, cedido ou posto em exercício provisório terá, no mínimo, dez e, no máximo, trinta dias de prazo, contados da publicação do ato, para a retomada do efetivo desempenho das atribuições do cargo, incluído nesse prazo o tempo necessário para o deslocamento para a nova sede.

(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 1º Na hipótese de o servidor encontrar-se em licença ou afastado legalmente, o prazo a que se refere este artigo será contado a partir do término do impedimento. (Parágrafo renumerado e alterado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º É facultado ao servidor declinar dos prazos estabelecidos no **caput**. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 19. Os servidores cumprirão jornada de trabalho fixada em razão das atribuições pertinentes aos respectivos cargos, respeitada a duração máxima do trabalho semanal de quarenta horas e observados os limites mínimo e máximo de seis horas e oito horas diárias, respectivamente. (Redação dada pela Lei nº 8.270, de 17.12.91)

§ 1º O ocupante de cargo em comissão ou função de confiança submete-se a regime de integral dedicação ao serviço, observado o disposto no art. 120, podendo ser convocado sempre que houver interesse da Administração. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º O disposto neste artigo não se aplica a duração de trabalho estabelecida em leis especiais. (Incluído pela Lei nº 8.270, de 17.12.91)

Art. 20. Ao entrar em exercício, o servidor nomeado para cargo de provimento efetivo ficará sujeito a estágio probatório por período de 24 (vinte e quatro) meses, durante o qual a sua aptidão e capacidade serão objeto de avaliação para o desempenho do cargo, observados os seguintes fatores: (vide EMC nº 19)

I - assiduidade;

II - disciplina;

III - capacidade de iniciativa;

IV - produtividade;

V - responsabilidade.

§ 1º 4 (quatro) meses antes de findo o período do estágio probatório, será submetida à homologação da autoridade competente a avaliação do desempenho do servidor, realizada por comissão constituída para essa finalidade, de acordo com o que dispuser a lei ou o regulamento da respectiva carreira ou cargo, sem prejuízo da continuidade de apuração dos fatores enumerados nos incisos I a V do caput deste artigo. (Redação dada pela Lei nº 11.784, de 2008)

§ 2º O servidor não aprovado no estágio probatório será exonerado ou, se estável, reconduzido ao cargo anteriormente ocupado, observado o disposto no parágrafo único do art. 29.

§ 3º O servidor em estágio probatório poderá exercer quaisquer cargos de provimento em comissão ou funções de direção, chefia ou assessoramento no órgão ou entidade de lotação, e somente poderá ser cedido a outro órgão ou entidade para ocupar cargos de Natureza Especial, cargos de provimento em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, de níveis 6, 5 e 4, ou equivalentes. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 4º Ao servidor em estágio probatório somente poderão ser concedidas as licenças e os afastamentos previstos nos arts. 81, incisos I a IV, 94, 95 e 96, bem assim afastamento para participar de curso de formação decorrente de aprovação em concurso para outro cargo na Administração Pública Federal. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 5º O estágio probatório ficará suspenso durante as licenças e os afastamentos previstos nos arts. 83, 84, § 1º, 86 e 96, bem assim na hipótese de participação em curso de formação, e será retomado a partir do término do impedimento. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Seção V Da Estabilidade

Art. 21. O servidor habilitado em concurso público e empossado em cargo de provimento efetivo adquirirá estabilidade no serviço público ao completar 2 (dois) anos de efetivo exercício. (prazo 3 anos - vide EMC nº 19)

Art. 22. O servidor estável só perderá o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar no qual lhe seja assegurada ampla defesa.

Seção VI Da Transferência

Art. 23. (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Seção VII Da Readaptação

Art. 24. Readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em inspeção médica.

§ 1º Se julgado incapaz para o serviço público, o readaptando será aposentado.

§ 2º A readaptação será efetivada em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos e, na hipótese de inexistência de cargo vago, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Seção VIII Da Reversão (Regulamento Dec. nº 3.644, de 30.11.2000)

Art. 25. Reversão é o retorno à atividade de servidor aposentado: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

I - por invalidez, quando junta médica oficial declarar insubsistentes os motivos da aposentadoria; ou (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

II - no interesse da administração, desde que: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

a) tenha solicitado a reversão; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

b) a aposentadoria tenha sido voluntária; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

c) estável quando na atividade; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

d) a aposentadoria tenha ocorrido nos cinco anos anteriores à solicitação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

e) haja cargo vago. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 1º A reversão far-se-á no mesmo cargo ou no cargo resultante de sua transformação. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 2º O tempo em que o servidor estiver em exercício será considerado para concessão da aposentadoria. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 3º No caso do inciso I, encontrando-se provido o cargo, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 4º O servidor que retornar à atividade por interesse da administração perceberá, em substituição aos proventos da aposentadoria, a remuneração do cargo que voltar a exercer, inclusive com as vantagens de natureza pessoal que percebia anteriormente à aposentadoria. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 5º O servidor de que trata o inciso II somente terá os proventos calculados com base nas regras atuais se permanecer pelo menos cinco anos no cargo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 6º O Poder Executivo regulamentará o disposto neste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

Art. 26. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

Art. 27. Não poderá reverter o aposentado que já tiver completado 70 (setenta) anos de idade.

Seção IX Da Reintegração

Art. 28.

Seção XI Da Disponibilidade e do Aproveitamento

Art. 30. O retorno à atividade de servidor em disponibilidade far-se-á mediante aproveitamento obrigatório em cargo de atribuições e vencimentos compatíveis com o anteriormente ocupado.

Art. 31. O órgão Central do Sistema de Pessoal Civil determinará o imediato aproveitamento de servidor em disponibilidade em vaga que vier a ocorrer nos órgãos ou entidades da Administração Pública Federal.

Parágrafo único. Na hipótese prevista no § 3º do art. 37, o servidor posto em disponibilidade poderá ser mantido sob responsabilidade do órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, até o seu adequado aproveitamento em outro órgão ou entidade. (Parágrafo incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 32. Será tornado sem efeito o aproveitamento e cassada a disponibilidade se o servidor não entrar em exercício no prazo legal, salvo doença comprovada por junta médica oficial.

Capítulo II Da Vacância

Art. 33. A vacância do cargo público decorrerá de:

I

Capítulo III Da Remoção e da Redistribuição

Seção I Da Remoção

Art. 36. Remoção é o deslocamento do servidor, a pedido ou de ofício, no âmbito do mesmo quadro, com ou sem mudança de sede.

Parágrafo único. Para fins do disposto neste artigo, entende-se por modalidades de remoção: (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

I - de ofício, no interesse da Administração; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

II - a pedido, a critério da Administração; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

III - a pedido, para outra localidade, independentemente do interesse da Administração: (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

a) para acompanhar cônjuge ou companheiro, também servidor público civil ou militar, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que foi deslocado no interesse da Administração; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

b) por motivo de saúde do servidor, cônjuge, companheiro ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assentamento funcional, condicionada à comprovação por junta médica oficial; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

c) em virtude de processo seletivo promovido, na hipótese em que o número de interessados for superior ao número de vagas, de acordo com normas preestabelecidas pelo órgão ou entidade em que aqueles estejam lotados. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

**Seção II
Da Redistribuição**

Art. 37.

**Capítulo IV
Da Substituição**

Art. 38.

**Título III
Dos Direitos e Vantagens**

**Capítulo I
Do Vencimento e da Remuneração**

Art. 40.

**Capítulo II
Das Vantagens**

Art. 49.

**Subseção I
Da Ajuda de Custo**

Art. 53.

**Subseção II
Das Diárias**

Art. 58.

**Subseção III
Da Indenização de Transporte**

Art. 60.

**Seção II
Das Gratificações e Adicionais**

Art. 61.

**Subseção I
Da Retribuição pelo Exercício de Função de Direção, Chefia e Assessoramento
(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)**

Art. 62.

Subseção II
Da Gratificação Natalina

Art. 63.

Subseção III
Do Adicional por Tempo de Serviço

Art. 67. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 2001, respeitadas as situações constituídas até 8.3.1999)

Subseção IV
Dos Adicionais de Insalubridade, Periculosidade ou Atividades Penosas

Art. 68. Os servidores que trabalhem com habitualidade em locais insalubres ou em contato permanente com substâncias tóxicas, radioativas ou com risco de vida, fazem jus a um adicional sobre o vencimento do cargo efetivo.

§ 1º O servidor que fizer jus aos adicionais de insalubridade e de periculosidade deverá optar por um deles.

§ 2º O direito ao adicional de insalubridade ou periculosidade cessa com a eliminação das condições ou dos riscos que deram causa a sua concessão.

Art. 69. Haverá permanente controle da atividade de servidores em operações ou locais considerados penosos, insalubres ou perigosos.

Parágrafo único. A servidora gestante ou lactante será afastada, enquanto durar a gestação e a lactação, das operações e locais previstos neste artigo, exercendo suas atividades em local salubre e em serviço não penoso e não perigoso.

Art. 70. Na concessão dos adicionais de atividades penosas, de insalubridade e de periculosidade, serão observadas as situações estabelecidas em legislação específica.

Art. 71. O adicional de atividade penosa será devido aos servidores em exercício em zonas de fronteira ou em localidades cujas condições de vida o justifiquem, nos termos, condições e limites fixados em regulamento.

Art. 72. Os locais de trabalho e os servidores que operam com Raios X ou substâncias radioativas serão mantidos sob controle permanente, de modo que as doses de radiação ionizante não ultrapassem o nível máximo previsto na legislação própria.

Parágrafo único. Os servidores a que se refere este artigo serão submetidos a exames médicos a cada 6 (seis) meses.

Subseção V
Do Adicional por Serviço Extraordinário

Art. 73.

Subseção VI
Do Adicional Noturno

Art. 75.

Subseção VII
Do Adicional de Férias

Art. 76.

Subseção VIII

Da Gratificação por Encargo de Curso ou Concurso (Incluído pela Lei nº 11.314 de 2006)

Art. 76-A.

Das Férias

Art. 77.

Art. 80. As férias somente poderão ser interrompidas por motivo de calamidade pública, comoção interna, convocação para júri, serviço militar ou eleitoral, ou por necessidade do serviço declarada pela autoridade máxima do órgão ou entidade. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97) (Férias de Ministro - Vide)

Parágrafo único. O restante do período interrompido será gozado de uma só vez, observado o disposto no art. 77. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Capítulo IV

Das Licenças

Seção I

Disposições Gerais

Art. 81. Conceder-se-á ao servidor licença:

- I - por motivo de doença em pessoa da família;
- II - por motivo de afastamento do cônjuge ou companheiro;
- III - para o serviço militar;
- IV - para atividade política;
- V - para capacitação; (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)
- VI - para tratar de interesses particulares;
- VII - para desempenho de mandato classista.

§ 1º A licença prevista no inciso I do caput deste artigo bem como cada uma de suas prorrogações serão precedidas de exame por perícia médica oficial, observado o disposto no art. 204 desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 2º (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º É vedado o exercício de atividade remunerada durante o período da licença prevista no inciso I deste artigo.

Art. 82. A licença concedida dentro de 60 (sessenta) dias do término de outra da mesma espécie será considerada como prorrogação.

Seção II

Da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

Art. 83. Poderá ser concedida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado, ou dependente que viva a suas expensas e conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação por perícia médica oficial. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 1º A licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário, na

forma do disposto no inciso II do art. 44. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º A licença de que trata o **caput**, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida a cada período de doze meses nas seguintes condições: (Redação dada pela Lei 12 269 de 21 de junho de 2010)

I - por até sessenta dias, consecutivos ou não, mantida a remuneração do servidor; e (Incluído pela Lei 12 269 de 21 de junho de 2010)

II - por até noventa dias, consecutivos ou não, sem remuneração. (Incluído pela Lei 12 269 de 21 de junho de 2010)

§ 3º O início do interstício de doze meses será contado a partir da data do deferimento da primeira licença concedida. (Redação dada pela Lei 12 269 de 21 de junho de 2010)

§ 4º A soma das licenças remuneradas e das licenças não remuneradas, incluídas as respectivas prorrogações, concedidas em um mesmo período de doze meses, observado o disposto no § 3º, não poderá ultrapassar os limites estabelecidos nos incisos I e II do § 2º. (Incluído pela Lei 12 269 de 21 de junho de 2010)

Seção III

Da Licença por Motivo de Afastamento do Cônjuge

Art. 84. Poderá ser concedida licença ao servidor para acompanhar cônjuge ou companheiro que foi deslocado para outro ponto do território nacional, para o exterior ou para o exercício de mandato eletivo dos Poderes Executivo e Legislativo.

§ 1º A licença será por prazo indeterminado e sem remuneração.

§ 2º No deslocamento de servidor cujo cônjuge ou companheiro também seja servidor público, civil ou militar, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, poderá haver exercício provisório em órgão ou entidade da Administração Federal direta, autárquica ou fundacional, desde que para o exercício de atividade compatível com o seu cargo. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Seção IV

Da Licença para o Serviço Militar

Art. 85.

Seção V

Da Licença para Atividade Política

Art. 86.

Seção VI

Da Licença-Prêmio por Assiduidade

Da Licença para Capacitação

(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 87.

Seção VII

Da Licença para Tratar de Interesses Particulares

Art. 91. A critério da Administração, poderão ser concedidas ao servidor ocupante de cargo efetivo, desde que não esteja em estágio probatório, licenças para o trato de assuntos particulares pelo prazo de até três anos consecutivos, sem remuneração. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

Parágrafo único. A licença poderá ser interrompida, a qualquer tempo, a pedido do servidor ou no interesse do serviço. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

Seção VIII

Da Licença para o Desempenho de Mandato Classist

Art.92.

Capítulo V

Dos Afastamentos

Seção I

Do Afastamento para Servir a Outro Órgão ou Entidade

Art. 93.

Seção II

Do Afastamento para Exercício de Mandato Elvo

Art. 94.

Seção III

Do Afastamento para Estudo ou Missão no Exterior

Art. 95.

Capítulo VI

Das Concessões

Art. 97. Sem qualquer prejuízo, poderá o servidor ausentar-se do serviço:

I - por 1 (um) dia, para doação de sangue;

II - por 2 (dois) dias, para se alistar como eleitor;

III - por 8 (oito) dias consecutivos em razão de :

a) casamento;

b) falecimento do cônjuge, companheiro, pais, madrasta ou padrasto, filhos, enteados, menor sob guarda ou tutela e irmãos.

Art. 98. Será concedido horário especial ao servidor estudante, quando comprovada a incompatibilidade entre o horário escolar e o da repartição, sem prejuízo do exercício do cargo.

§ 1º Para efeito do disposto neste artigo, será exigida a compensação de horário no órgão ou entidade que tiver exercício, respeitada a duração semanal do trabalho. (Parágrafo renumerado e alterado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º Também será concedido horário especial ao servidor portador de deficiência, quando comprovada a necessidade por junta médica oficial, independentemente de compensação de horário. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º As disposições do parágrafo anterior são extensivas ao servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente portador de deficiência física, exigindo-se, porém, neste caso, compensação de horário na forma do inciso II do art. 44. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 4º Será igualmente concedido horário especial, vinculado à compensação de horário a ser efetivada no prazo de até 1 (um) ano, ao servidor que desempenhe atividade prevista nos incisos I e II do caput do art. 76-A desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 11.501, de 2007)

Art. 99. Ao servidor estudante que mudar de sede no interesse da administração é assegurada, na localidade da nova residência ou na mais próxima, matrícula em instituição de ensino congênere, em qualquer época, independentemente de vaga.

Parágrafo único. O disposto neste artigo estende-se ao cônjuge ou companheiro, aos filhos, ou enteados do servidor que vivam na sua companhia, bem como aos menores sob sua guarda, com autorização judicial.

Capítulo VII

Do Tempo de Serviço

Art. 100. É contado para todos os efeitos o tempo de serviço público federal, inclusive o prestado às Forças Armadas.

Art. 101. A apuração do tempo de serviço será feita em dias, que serão convertidos em anos, considerado o ano como de trezentos e sessenta e cinco dias.

Parágrafo único. (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 102. Além das ausências ao serviço previstas no art. 97, são considerados como de efetivo exercício os afastamentos em virtude de:

I - férias;

II - exercício de cargo em comissão ou equivalente, em órgão ou entidade dos Poderes da União, dos Estados, Municípios e Distrito Federal;

III - exercício de cargo ou função de governo ou administração, em qualquer parte do território nacional, por nomeação do Presidente da República;

IV - participação em programa de treinamento regularmente instituído ou em programa de pós-graduação *stricto sensu* no País, conforme dispuser o regulamento; (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

V - desempenho de mandato eletivo federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, exceto para promoção por merecimento;

VI - júri e outros serviços obrigatórios por lei;

VII - missão ou estudo no exterior, quando autorizado o afastamento, conforme dispuser o regulamento; (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

VIII - licença:

a) à gestante, à adotante e à paternidade;

b) para tratamento da própria saúde, até o limite de vinte e quatro meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo; (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

c) para o desempenho de mandato classista ou participação de gerência ou administração em sociedade cooperativa constituída por servidores para prestar serviços a seus membros, exceto para efeito

de promoção por merecimento; (Redação dada pela Lei nº 11.094, de 2005)

d) por motivo de acidente em serviço ou doença profissional;

e) para capacitação, conforme dispuser o regulamento; (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

f) por convocação para o serviço militar;

IX - deslocamento para a nova sede de que trata o art. 18;

X - participação em competição desportiva nacional ou convocação para integrar representação desportiva nacional, no País ou no exterior, conforme disposto em lei específica;

XI - afastamento para servir em organismo internacional de que o Brasil participe ou com o qual coopere. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 103. Contar-se-á apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade:

I - o tempo de serviço público prestado aos Estados, Municípios e Distrito Federal;

II - a licença para tratamento de saúde de pessoal da família do servidor, com remuneração, que exceder a trinta dias em período de doze meses. (Redação dada pela Lei 12 269 de 21 de junho de 2010)

III - a licença para atividade política, no caso do art. 86, § 2º;

IV - o tempo correspondente ao desempenho de mandato eletivo federal, estadual, municipal ou distrital, anterior ao ingresso no serviço público federal;

V - o tempo de serviço em atividade privada, vinculada à Previdência Social;

VI - o tempo de serviço relativo a tiro de guerra;

VII - o tempo de licença para tratamento da própria saúde que exceder o prazo a que se refere a alínea “b” do inciso VIII do art. 102. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 1º O tempo em que o servidor esteve aposentado será contado apenas para nova aposentadoria.

§ 2º Será contado em dobro o tempo de serviço prestado às Forças Armadas em operações de guerra.

§ 3º É vedada a contagem cumulativa de tempo de serviço prestado concomitantemente em mais de um cargo ou função de órgão ou entidades dos Poderes da União, Estado, Distrito Federal e Município, autarquia, fundação pública, sociedade de economia mista e empresa pública.

Capítulo VIII **Do Direito de Petição**

Art. 104. É assegurado ao servidor o direito de requerer aos Poderes Públicos, em defesa de direito ou interesse legítimo.

Art. 105. O requerimento será dirigido à autoridade competente para decidi-lo e encaminhado por intermédio daquela a que estiver imediatamente subordinado o requerente.

Art. 106. Cabe pedido de reconsideração à autoridade que houver expedido o ato ou proferido a primeira decisão, não podendo ser renovado.

Parágrafo único. O requerimento e o pedido de reconsideração de que tratam os artigos anteriores deverão ser despachados no prazo de 5 (cinco) dias e decididos dentro de 30 (trinta) dias.

Art. 107. Caberá recurso:

I - do indeferimento do pedido de reconsideração;

II - das decisões sobre os recursos sucessivamente interpostos.

§ 1º O recurso será dirigido à autoridade imediatamente superior à que tiver expedido o ato ou proferido a decisão, e, sucessivamente, em escala ascendente, às demais autoridades.

§ 2º O recurso será encaminhado por intermédio da autoridade a que estiver imediatamente subordinado o requerente.

Art. 108. O prazo para interposição de pedido de reconsideração ou de recurso é de 30 (trinta) dias,

a contar da publicação ou da ciência, pelo interessado, da decisão recorrida.

Art. 109. O recurso poderá ser recebido com efeito suspensivo, a juízo da autoridade competente.

Parágrafo único. Em caso de provimento do pedido de reconsideração ou do recurso, os efeitos da decisão retroagirão à data do ato impugnado.

Art. 110. O direito de requerer prescreve:

I - em 5 (cinco) anos, quanto aos atos de demissão e de cassação de aposentadoria ou disponibilidade, ou que afetem interesse patrimonial e créditos resultantes das relações de trabalho;

II - em 120 (cento e vinte) dias, nos demais casos, salvo quando outro prazo for fixado em lei.

Parágrafo único. O prazo de prescrição será contado da data da publicação do ato impugnado ou da data da ciência pelo interessado, quando o ato não for publicado.

Art. 111. O pedido de reconsideração e o recurso, quando cabíveis, interrompem a prescrição.

Art. 112. A prescrição é de ordem pública, não podendo ser relevada pela administração.

Art. 113. Para o exercício do direito de petição, é assegurada vista do processo ou documento, na repartição, ao servidor ou a procurador por ele constituído.

Art. 114. A administração deverá rever seus atos, a qualquer tempo, quando eivados de ilegalidade.

Art. 115. São fatais e improrrogáveis os prazos estabelecidos neste Capítulo, salvo motivo de força maior.

Título IV

Do Regime Disciplinar

Capítulo I

Dos Deveres

Art. 116. São deveres do servidor:

I - exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo;

II - ser leal às instituições a que servir;

III - observar as normas legais e regulamentares;

IV - cumprir as ordens superiores, exceto quando manifestamente ilegais;

V - atender com presteza:

a) ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalvadas as protegidas por sigilo;

b) à expedição de certidões requeridas para defesa de direito ou esclarecimento de situações de interesse pessoal;

c) às requisições para a defesa da Fazenda Pública.

VI - levar ao conhecimento da autoridade superior as irregularidades de que tiver ciência em razão do cargo;

VII - zelar pela economia do material e a conservação do patrimônio público;

VIII - guardar sigilo sobre assunto da repartição;

IX - manter conduta compatível com a moralidade administrativa;

X - ser assíduo e pontual ao serviço;

XI - tratar com urbanidade as pessoas;

XII - representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder.

Parágrafo único. A representação de que trata o inciso XII será encaminhada pela via hierárquica e apreciada pela autoridade superior àquela contra a qual é formulada, assegurando-se ao representando ampla defesa.

Capítulo II Das Proibições

Art. 117.

Capítulo III Da Acumulação

Art. 118.

Capítulo IV Das Responsabilidades

Art. 121.

Capítulo V Das Penalidades

Art. 127. São penalidades disciplinares:

- I - advertência;
- II - suspensão;
- III - demissão;
- IV - cassação de aposentadoria ou disponibilidade;
- V - destituição de cargo em comissão;
- VI - destituição de função comissionada.

Art. 128. Na aplicação das penalidades serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o serviço público, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes funcionais.

Parágrafo único. O ato de imposição da penalidade mencionará sempre o fundamento legal e a causa da sanção disciplinar. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 129. A advertência será aplicada por escrito, nos casos de violação de proibição constante do art. 117, incisos I a VIII e XIX, e de inobservância de dever funcional previsto em lei, regulamentação ou norma interna, que não justifique imposição de penalidade mais grave. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 130. A suspensão será aplicada em caso de reincidência das faltas punidas com advertência e de violação das demais proibições que não tipifiquem infração sujeita a penalidade de demissão, não podendo exceder de 90 (noventa) dias.

§ 1º Será punido com suspensão de até 15 (quinze) dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido a inspeção médica determinada pela autoridade competente, cessando os efeitos da penalidade uma vez cumprida a determinação.

§ 2º Quando houver conveniência para o serviço, a penalidade de suspensão poderá ser convertida em multa, na base de 50% (cinquenta por cento) por dia de vencimento ou remuneração, ficando o servidor obrigado a permanecer em serviço.

Art. 131. As penalidades de advertência e de suspensão terão seus registros cancelados, após o decurso de 3 (três) e 5 (cinco) anos de efetivo exercício, respectivamente, se o servidor não houver, nesse período, praticado nova infração disciplinar.

Parágrafo único. O cancelamento da penalidade não surtirá efeitos retroativos.

Art. 132. A demissão será aplicada nos seguintes casos:

- I - crime contra a administração pública;
- II - abandono de cargo;
- III - inassiduidade habitual;
- IV - improbidade administrativa;
- V - incontinência pública e conduta escandalosa, na repartição;
- VI - insubordinação grave em serviço;
- VII - ofensa física, em serviço, a servidor ou a particular, salvo em legítima defesa própria ou de outrem;
- VIII - aplicação irregular de dinheiros públicos;
- IX - revelação de segredo do qual se apropriou em razão do cargo;
- X - lesão aos cofres públicos e dilapidação do patrimônio nacional;
- XI - corrupção;
- XII - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;
- XIII - transgressão dos incisos IX a XVI do art. 117.

Art. 133. Detectada a qualquer tempo a acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas, a autoridade a que se refere o art. 143 notificará o servidor, por intermédio de sua chefia imediata, para apresentar opção no prazo improrrogável de dez dias, contados da data da ciência e, na hipótese de omissão, adotará procedimento sumário para a sua apuração e regularização imediata, cujo processo administrativo disciplinar se desenvolverá nas seguintes fases: (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

I - instauração, com a publicação do ato que constituir a comissão, a ser composta por dois servidores estáveis, e simultaneamente indicar a autoria e a materialidade da transgressão objeto da apuração; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

II - instrução sumária, que compreende indicição, defesa e relatório; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

III - julgamento. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 1º A indicação da autoria de que trata o inciso I dar-se-á pelo nome e matrícula do servidor, e a materialidade pela descrição dos cargos, empregos ou funções públicas em situação de acumulação ilegal, dos órgãos ou entidades de vinculação, das datas de ingresso, do horário de trabalho e do correspondente regime jurídico. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º A comissão lavrará, até três dias após a publicação do ato que a constituiu, termo de indicição em que serão transcritas as informações de que trata o parágrafo anterior, bem como promoverá a citação pessoal do servidor indiciado, ou por intermédio de sua chefia imediata, para, no prazo de cinco dias, apresentar defesa escrita, assegurando-se-lhe vista do processo na repartição, observado o disposto nos arts. 163 e 164. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º Apresentada a defesa, a comissão elaborará relatório conclusivo quanto à inocência ou à responsabilidade do servidor, em que resumirá as peças principais dos autos, opinará sobre a licitude da acumulação em exame, indicará o respectivo dispositivo legal e remeterá o processo à autoridade instauradora, para julgamento. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 4º No prazo de cinco dias, contados do recebimento do processo, a autoridade julgadora proferirá a sua decisão, aplicando-se, quando for o caso, o disposto no § 3º do art. 167. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 5º A opção pelo servidor até o último dia de prazo para defesa configurará sua boa-fé, hipótese em que se converterá automaticamente em pedido de exoneração do outro cargo. (Incluído pela Lei

nº 9.527, de 10.12.97)

§ 6º Caracterizada a acumulação ilegal e provada a má-fé, aplicar-se-á a pena de demissão, destituição ou cassação de aposentadoria ou disponibilidade em relação aos cargos, empregos ou funções públicas em regime de acumulação ilegal, hipótese em que os órgãos ou entidades de vinculação serão comunicados. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 7º O prazo para a conclusão do processo administrativo disciplinar submetido ao rito sumário não excederá trinta dias, contados da data de publicação do ato que constituir a comissão, admitida a sua prorrogação por até quinze dias, quando as circunstâncias o exigirem. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 8º O procedimento sumário rege-se pelas disposições deste artigo, observando-se, no que lhe for aplicável, subsidiariamente, as disposições dos Títulos IV e V desta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 134. Será cassada a aposentadoria ou a disponibilidade do inativo que houver praticado, na atividade, falta punível com a demissão.

Art. 135. A destituição de cargo em comissão exercido por não ocupante de cargo efetivo será aplicada nos casos de infração sujeita às penalidades de suspensão e de demissão.

Parágrafo único. Constatada a hipótese de que trata este artigo, a exoneração efetuada nos termos do art. 35 será convertida em destituição de cargo em comissão.

Art. 136. A demissão ou a destituição de cargo em comissão, nos casos dos incisos IV, VIII, X e XI do art. 132, implica a indisponibilidade dos bens e o ressarcimento ao erário, sem prejuízo da ação penal cabível.

Art. 137. A demissão ou a destituição de cargo em comissão, por infringência do art. 117, incisos IX e XI, incompatibiliza o ex-servidor para nova investidura em cargo público federal, pelo prazo de 5 (cinco) anos.

Parágrafo único. Não poderá retornar ao serviço público federal o servidor que for demitido ou destituído do cargo em comissão por infringência do art. 132, incisos I, IV, VIII, X e XI.

Art. 138. Configura abandono de cargo a ausência intencional do servidor ao serviço por mais de trinta dias consecutivos.

Art. 139. Entende-se por inassiduidade habitual a falta ao serviço, sem causa justificada, por sessenta dias, interpoladamente, durante o período de doze meses.

Art. 140. Na apuração de abandono de cargo ou inassiduidade habitual, também será adotado o procedimento sumário a que se refere o art. 133, observando-se especialmente que: (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

I - a indicação da materialidade dar-se-á: (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

a) na hipótese de abandono de cargo, pela indicação precisa do período de ausência intencional do servidor ao serviço superior a trinta dias; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

b) no caso de inassiduidade habitual, pela indicação dos dias de falta ao serviço sem causa justificada, por período igual ou superior a sessenta dias interpoladamente, durante o período de doze meses; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

II - após a apresentação da defesa a comissão elaborará relatório conclusivo quanto à inocência ou à responsabilidade do servidor, em que resumirá as peças principais dos autos, indicará o respectivo dispositivo legal, opinará, na hipótese de abandono de cargo, sobre a intencionalidade da ausência ao serviço superior a trinta dias e remeterá o processo à autoridade instauradora para julgamento. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 141. As penalidades disciplinares serão aplicadas:

I - pelo Presidente da República, pelos Presidentes das Casas do Poder Legislativo e dos Tribunais Federais e pelo Procurador-Geral da República, quando se tratar de demissão e cassação de aposentadoria ou disponibilidade de servidor vinculado ao respectivo Poder, órgão, ou entidade;

II - pelas autoridades administrativas de hierarquia imediatamente inferior àquelas mencionadas no inciso anterior quando se tratar de suspensão superior a 30 (trinta) dias;

III - pelo chefe da repartição e outras autoridades na forma dos respectivos regimentos ou regulamentos, nos casos de advertência ou de suspensão de até 30 (trinta) dias;

IV - pela autoridade que houver feito a nomeação, quando se tratar de destituição de cargo em comissão.

Art. 142. A ação disciplinar prescreverá:

I - em 5 (cinco) anos, quanto às infrações puníveis com demissão, cassação de aposentadoria ou disponibilidade e destituição de cargo em comissão;

II - em 2 (dois) anos, quanto à suspensão;

III - em 180 (cento e oitenta) dias, quanto á advertência.

§ 1º O prazo de prescrição começa a correr da data em que o fato se tornou conhecido.

§ 2º Os prazos de prescrição previstos na lei penal aplicam-se às infrações disciplinares capituladas também como crime.

§ 3º A abertura de sindicância ou a instauração de processo disciplinar interrompe a prescrição, até a decisão final proferida por autoridade competente.

§ 4º Interrompido o curso da prescrição, o prazo começará a correr a partir do dia em que cessar a interrupção.

Título V Do Processo Administrativo Disciplinar

Capítulo I Disposições Gerais

Art. 143.

Capítulo II Do Afastamento Preventivo

Art. 147.

Capítulo III Do Processo Disciplinar

Art. 148.

Seção I Do Inquérito

Art. 153.

Art. 160. Quando houver dúvida sobre a sanidade mental do acusado, a comissão proporá à autoridade competente que ele seja submetido a exame por junta médica oficial, da qual participe pelo menos um médico psiquiatra.

Parágrafo único. O incidente de sanidade mental será processado em auto apartado e apenso ao

processo principal, após a expedição do laudo pericial.

Art. 161.

Seção II Do Julgamento

Art. 167.

Seção III Da Revisão do Processo

Art. 174.

Título VI Da Seguridade Social do Servidor

Capítulo I Disposições Gerais

Art. 183.

Capítulo II Dos Benefícios

Seção I Da Aposentadoria

Art. 186. O servidor será aposentado: (Vide art. 40 da Constituição)

I - por invalidez permanente, sendo os proventos integrais quando decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificada em lei, e proporcionais nos demais casos;

II - compulsoriamente, aos setenta anos de idade, com proventos proporcionais ao tempo de serviço;

III - voluntariamente:

a) aos 35 (trinta e cinco) anos de serviço, se homem, e aos 30 (trinta) se mulher, com proventos integrais;

b) aos 30 (trinta) anos de efetivo exercício em funções de magistério se professor, e 25 (vinte e cinco) se professora, com proventos integrais;

c) aos 30 (trinta) anos de serviço, se homem, e aos 25 (vinte e cinco) se mulher, com proventos proporcionais a esse tempo;

d) aos 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e aos 60 (sessenta) se mulher, com proventos proporcionais ao tempo de serviço.

§ 1º Consideram-se doenças graves, contagiosas ou incuráveis, a que se refere o inciso I deste artigo, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível e incapacitante, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante), Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e outras que a lei indicar, com base na medicina especializada.

§ 2º Nos casos de exercício de atividades consideradas insalubres ou perigosas, bem como nas hipóteses previstas no art. 71, a aposentadoria de que trata o inciso III, “a” e “c”, observará o disposto

em lei específica.

§ 3º Na hipótese do inciso I o servidor será submetido à junta médica oficial, que atestará a invalidez quando caracterizada a incapacidade para o desempenho das atribuições do cargo ou a impossibilidade de se aplicar o disposto no art. 24. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 187. A aposentadoria compulsória será automática, e declarada por ato, com vigência a partir do dia imediato àquele em que o servidor atingir a idade-limite de permanência no serviço ativo.

Art. 188. A aposentadoria voluntária ou por invalidez vigorará a partir da data da publicação do respectivo ato.

§ 1º A aposentadoria por invalidez será precedida de licença para tratamento de saúde, por período não excedente a 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º Expirado o período de licença e não estando em condições de reassumir o cargo ou de ser readaptado, o servidor será aposentado.

§ 3º O lapso de tempo compreendido entre o término da licença e a publicação do ato da aposentadoria será considerado como de prorrogação da licença.

§ 4º Para os fins do disposto no § 1º deste artigo, serão consideradas apenas as licenças motivadas pela enfermidade ensejadora da invalidez ou doenças correlacionadas. (Incluído pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 5º A critério da Administração, o servidor em licença para tratamento de saúde ou aposentado por invalidez poderá ser convocado a qualquer momento, para avaliação das condições que ensejaram o afastamento ou a aposentadoria. (Incluído pela Lei nº 11.907, de 2009)

Art. 189. O provento da aposentadoria será calculado com observância do disposto no § 3º do art. 41, e revisto na mesma data e proporção, sempre que se modificar a remuneração dos servidores em atividade.

Parágrafo único. São estendidos aos inativos quaisquer benefícios ou vantagens posteriormente concedidas aos servidores em atividade, inclusive quando decorrentes de transformação ou reclassificação do cargo ou função em que se deu a aposentadoria.

Art. 190. O servidor aposentado com provento proporcional ao tempo de serviço se acometido de qualquer das moléstias especificadas no § 1º do art. 186 desta Lei e, por esse motivo, for considerado inválido por junta médica oficial passará a perceber provento integral, calculado com base no fundamento legal de concessão da aposentadoria. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

Art. 191. Quando proporcional ao tempo de serviço, o provento não será inferior a 1/3 (um terço) da remuneração da atividade.

Art. 192. (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 193. (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 194. Ao servidor aposentado será paga a gratificação natalina, até o dia vinte do mês de dezembro, em valor equivalente ao respectivo provento, deduzido o adiantamento recebido.

Art. 195. Ao ex-combatente que tenha efetivamente participado de operações bélicas, durante a Segunda Guerra Mundial, nos termos da Lei nº 5.315, de 12 de setembro de 1967, será concedida aposentadoria com provento integral, aos 25 (vinte e cinco) anos de serviço efetivo.

Seção II

Do Auxílio-Natalidade

Art. 196. O auxílio-natalidade é devido à servidora por motivo de nascimento de filho, em quantia equivalente ao menor vencimento do serviço público, inclusive no caso de natimorto.

§ 1º Na hipótese de parto múltiplo, o valor será acrescido de 50% (cinquenta por cento), por nascituro.

§ 2º O auxílio será pago ao cônjuge ou companheiro servidor público, quando a parturiente não for servidora.

Seção III Do Salário-Família

Art. 197. O salário-família é devido ao servidor ativo ou ao inativo, por dependente econômico.

Parágrafo único. Consideram-se dependentes econômicos para efeito de percepção do salário-família:

I - o cônjuge ou companheiro e os filhos, inclusive os enteados até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se estudante, até 24 (vinte e quatro) anos ou, se inválido, de qualquer idade;

II - o menor de 21 (vinte e um) anos que, mediante autorização judicial, viver na companhia e às expensas do servidor, ou do inativo;

III - a mãe e o pai sem economia própria.

.....
.....

Seção IV Da Licença para Tratamento de Saúde

Art. 202. Será concedida ao servidor licença para tratamento de saúde, a pedido ou de ofício, com base em perícia médica, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus.

Art. 203. A licença de que trata o art. 202 desta Lei será concedida com base em perícia oficial. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 1º Sempre que necessário, a inspeção médica será realizada na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar onde se encontrar internado.

§ 2º Inexistindo médico no órgão ou entidade no local onde se encontra ou tenha exercício em caráter permanente o servidor, e não se configurando as hipóteses previstas nos parágrafos do art. 230, será aceito atestado passado por médico particular. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º No caso do § 2º deste artigo, o atestado somente produzirá efeitos depois de recepcionado pela unidade de recursos humanos do órgão ou entidade. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 4º A licença que exceder o prazo de 120 (cento e vinte) dias no período de 12 (doze) meses a contar do primeiro dia de afastamento será concedida mediante avaliação por junta médica oficial. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 5º A perícia oficial para concessão da licença de que trata o caput deste artigo, bem como nos demais casos de perícia oficial previstos nesta Lei, será efetuada por cirurgiões-dentistas, nas hipóteses em que abranger o campo de atuação da odontologia. (Incluído pela Lei nº 11.907, de 2009)

Art. 204. A licença para tratamento de saúde inferior a 15 (quinze) dias, dentro de 1 (um) ano, poderá ser dispensada de perícia oficial, na forma definida em regulamento. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

Art. 205. O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, § 1º.

Art. 206. O servidor que apresentar indícios de lesões orgânicas ou funcionais será submetido a inspeção médica.

Art. 206-A. O servidor será submetido a exames médicos periódicos, nos termos e condições definidos em regulamento. (Incluído pela Lei nº 11.907, de 2009) (Regulamento).

Seção V

Da Licença à Gestante, à Adotante e da Licença-Paternidade

Art. 207. Será concedida licença à servidora gestante por 120 (cento e vinte) dias consecutivos, sem prejuízo da remuneração. (Vide Decreto nº 6.690, de 2008)

§ 1º A licença poderá ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica.

§ 2º No caso de nascimento prematuro, a licença terá início a partir do parto.

§ 3º No caso de natimorto, decorridos 30 (trinta) dias do evento, a servidora será submetida a exame médico, e se julgada apta, reassumirá o exercício.

§ 4º No caso de aborto atestado por médico oficial, a servidora terá direito a 30 (trinta) dias de repouso remunerado.

Art. 208. Pelo nascimento ou adoção de filhos, o servidor terá direito à licença-paternidade de 5 (cinco) dias consecutivos.

Art. 209. Para amamentar o próprio filho, até a idade de seis meses, a servidora lactante terá direito, durante a jornada de trabalho, a uma hora de descanso, que poderá ser parcelada em dois períodos de meia hora.

Art. 210. À servidora que adotar ou obtiver guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade, serão concedidos 90 (noventa) dias de licença remunerada. (Vide Decreto nº 6.691, de 2008)

Parágrafo único. No caso de adoção ou guarda judicial de criança com mais de 1 (um) ano de idade, o prazo de que trata este artigo será de 30 (trinta) dias.

Seção VI

Da Licença por Acidente em Serviço

Art. 211. Será licenciado, com remuneração integral, o servidor acidentado em serviço.

Art. 212. Configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Parágrafo único. Equipara-se ao acidente em serviço o dano:

I - decorrente de agressão sofrida e não provocada pelo servidor no exercício do cargo;

II - sofrido no percurso da residência para o trabalho e vice-versa.

Art. 213. O servidor acidentado em serviço que necessite de tratamento especializado poderá ser tratado em instituição privada, à conta de recursos públicos.

Parágrafo único. O tratamento recomendado por junta médica oficial constitui medida de exceção e somente será admissível quando inexistirem meios e recursos adequados em instituição pública.

Art. 214. A prova do acidente será feita no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem.

Seção VII

Da Pensão

Art. 215. Por morte do servidor, os dependentes fazem jus a uma pensão mensal de valor correspondente ao da respectiva remuneração ou provento, a partir da data do óbito, observado o limite estabelecido no art. 42.

Art. 216. As pensões distinguem-se, quanto à natureza, em vitalícias e temporárias.

§ 1º A pensão vitalícia é composta de cota ou cotas permanentes, que somente se extinguem ou reverterem com a morte de seus beneficiários.

§ 2º A pensão temporária é composta de cota ou cotas que podem se extinguir ou reverter por motivo de morte, cessação de invalidez ou maioridade do beneficiário.

Art. 217. São beneficiários das pensões:

I - vitalícia:

- a) o cônjuge;
- b) a pessoa desquitada, separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;
- c) o companheiro ou companheira designado que comprove união estável como entidade familiar;
- d) a mãe e o pai que comprovem dependência econômica do servidor;
- e) a pessoa designada, maior de 60 (sessenta) anos e a pessoa portadora de deficiência, que vivam sob a dependência econômica do servidor;

II - temporária:

- a) os filhos, ou enteados, até 21 (vinte e um) anos de idade, ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- b) o menor sob guarda ou tutela até 21 (vinte e um) anos de idade;
- c) o irmão órfão, até 21 (vinte e um) anos, e o inválido, enquanto durar a invalidez, que comprovem dependência econômica do servidor;
- d) a pessoa designada que viva na dependência econômica do servidor, até 21 (vinte e um) anos, ou, se inválida, enquanto durar a invalidez.

§ 1º A concessão de pensão vitalícia aos beneficiários de que tratam as alíneas “a” e “c” do inciso I deste artigo exclui desse direito os demais beneficiários referidos nas alíneas “d” e “e”.

§ 2º A concessão da pensão temporária aos beneficiários de que tratam as alíneas “a” e “b” do inciso II deste artigo exclui desse direito os demais beneficiários referidos nas alíneas “c” e “d”.

Art. 218. A pensão será concedida integralmente ao titular da pensão vitalícia, exceto se existirem beneficiários da pensão temporária.

§ 1º Ocorrendo habilitação de vários titulares à pensão vitalícia, o seu valor será distribuído em partes iguais entre os beneficiários habilitados.

§ 2º Ocorrendo habilitação às pensões vitalícia e temporária, metade do valor caberá ao titular ou titulares da pensão vitalícia, sendo a outra metade rateada em partes iguais, entre os titulares da pensão temporária.

§ 3º Ocorrendo habilitação somente à pensão temporária, o valor integral da pensão será rateado, em partes iguais, entre os que se habilitarem.

Art. 219. A pensão poderá ser requerida a qualquer tempo, prescrevendo tão-somente as prestações exigíveis há mais de 5 (cinco) anos.

Parágrafo único. Concedida a pensão, qualquer prova posterior ou habilitação tardia que implique exclusão de beneficiário ou redução de pensão só produzirá efeitos a partir da data em que for oferecida.

Art. 220. Não faz jus à pensão o beneficiário condenado pela prática de crime doloso de que tenha resultado a morte do servidor.

Art. 221. Será concedida pensão provisória por morte presumida do servidor, nos seguintes casos:

- I - declaração de ausência, pela autoridade judiciária competente;
- II - desaparecimento em desabamento, inundação, incêndio ou acidente não caracterizado como em serviço;
- III - desaparecimento no desempenho das atribuições do cargo ou em missão de segurança.

Parágrafo único. A pensão provisória será transformada em vitalícia ou temporária, conforme o

caso, decorridos 5 (cinco) anos de sua vigência, ressalvado o eventual reaparecimento do servidor, hipótese em que o benefício será automaticamente cancelado.

Art. 222. Acarreta perda da qualidade de beneficiário:

I - o seu falecimento;

II - a anulação do casamento, quando a decisão ocorrer após a concessão da pensão ao cônjuge;

III - a cessação de invalidez, em se tratando de beneficiário inválido;

IV - a maioridade de filho, irmão órfão ou pessoa designada, aos 21 (vinte e um) anos de idade;

V - a acumulação de pensão na forma do art. 225;

VI - a renúncia expressa.

Parágrafo único. A critério da Administração, o beneficiário de pensão temporária motivada por invalidez poderá ser convocado a qualquer momento para avaliação das condições que ensejaram a concessão do benefício. *(Incluído pela Lei nº 11.907, de 2009)*

Art. 223. Por morte ou perda da qualidade de beneficiário, a respectiva cota reverterá:

I - da pensão vitalícia para os remanescentes desta pensão ou para os titulares da pensão temporária, se não houver pensionista remanescente da pensão vitalícia;

II - da pensão temporária para os co-beneficiários ou, na falta destes, para o beneficiário da pensão vitalícia.

Art. 224. As pensões serão automaticamente atualizadas na mesma data e na mesma proporção dos reajustes dos vencimentos dos servidores, aplicando-se o disposto no parágrafo único do art. 189.

Art. 225. Ressalvado o direito de opção, é vedada a percepção cumulativa de mais de duas pensões.

Seção VIII

Do Auxílio-Funeral

Art. 226.

Seção IX

Do Auxílio-Reclusão

Art. 229.

Capítulo III

Da Assistência à Saúde

Capítulo IV

Do Custeio

Art. 231. *(Revogado pela Lei nº 9.783, de 28.01.99)*

Título VII

Capítulo Único

Da Contratação Temporária de Excepcional Interesse Público

Art. 232......

Título VIII

Capítulo Único

Das Disposições Gerais

Art. 236. O Dia do Servidor Público será comemorado a vinte e oito de outubro.

Art. 237. Poderão ser instituídos, no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, os seguintes incentivos funcionais, além daqueles já previstos nos respectivos planos de carreira:

I - prêmios pela apresentação de idéias, inventos ou trabalhos que favoreçam o aumento de produtividade e a redução dos custos operacionais;

II - concessão de medalhas, diplomas de honra ao mérito, condecoração e elogio.

Art. 238. Os prazos previstos nesta Lei serão contados em dias corridos, excluindo-se o dia do começo e incluindo-se o do vencimento, ficando prorrogado, para o primeiro dia útil seguinte, o prazo vencido em dia em que não haja expediente.

Art. 239. Por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, o servidor não poderá ser privado de quaisquer dos seus direitos, sofrer discriminação em sua vida funcional, nem eximir-se do cumprimento de seus deveres.

Art. 240. Ao servidor público civil é assegurado, nos termos da Constituição Federal, o direito à livre associação sindical e os seguintes direitos, entre outros, dela decorrentes:

- a) de ser representado pelo sindicato, inclusive como substituto processual;
- b) de inamovibilidade do dirigente sindical, até um ano após o final do mandato, exceto se a pedido;
- c) de descontar em folha, sem ônus para a entidade sindical a que for filiado, o valor das mensalidades e contribuições definidas em assembléia geral da categoria.
- d) (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)
- e) (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 241. Consideram-se da família do servidor, além do cônjuge e filhos, quaisquer pessoas que vivam às suas expensas e constem do seu assentamento individual.

Parágrafo único. Equipara-se ao cônjuge a companheira ou companheiro, que comprove união estável como entidade familiar.

Art. 242. Para os fins desta Lei, considera-se sede o município onde a repartição estiver instalada e onde o servidor tiver exercício, em caráter permanente.

Título IX

Capítulo Único

Das Disposições Transitórias e Finais

Art. 243. Ficam submetidos ao regime jurídico instituído por esta Lei, na qualidade de servidores públicos, os servidores dos Poderes da União, dos ex-Territórios, das autarquias, inclusive as em regime especial, e das fundações públicas, regidos pela Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952 - Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, ou pela Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, exceto os contratados por prazo determinado, cujos contratos não poderão ser prorrogados após o vencimento do prazo de prorrogação.

§ 1º Os empregos ocupados pelos servidores incluídos no regime instituído por esta Lei ficam transformados em cargos, na data de sua publicação.

§ 2º As funções de confiança exercidas por pessoas não integrantes de tabela permanente do órgão ou entidade onde têm exercício ficam transformadas em cargos em comissão, e mantidas enquanto não for implantado o plano de cargos dos órgãos ou entidades na forma da lei.

§ 3º As Funções de Assessoramento Superior - FAS, exercidas por servidor integrante de quadro ou tabela de pessoal, ficam extintas na data da vigência desta Lei.

§ 4º (VETADO).

§ 5º O regime jurídico desta Lei é extensivo aos serventuários da Justiça, remunerados com recursos da União, no que couber.

§ 6º Os empregos dos servidores estrangeiros com estabilidade no serviço público, enquanto não adquirirem a nacionalidade brasileira, passarão a integrar tabela em extinção, do respectivo órgão ou entidade, sem prejuízo dos direitos inerentes aos planos de carreira aos quais se encontrem vinculados os empregos.

§ 7º Os servidores públicos de que trata o **caput** deste artigo, não amparados pelo art. 19 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, poderão, no interesse da Administração e conforme critérios estabelecidos em regulamento, ser exonerados mediante indenização de um mês de remuneração por ano de efetivo exercício no serviço público federal. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 8º Para fins de incidência do imposto de renda na fonte e na declaração de rendimentos, serão considerados como indenizações isentas os pagamentos efetuados a título de indenização prevista no parágrafo anterior. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 9º Os cargos vagos em decorrência da aplicação do disposto no § 7º poderão ser extintos pelo Poder Executivo quando considerados desnecessários. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 244. Os adicionais por tempo de serviço, já concedidos aos servidores abrangidos por esta Lei, ficam transformados em anuênio.

Art. 245. A licença especial disciplinada pelo art. 116 da Lei nº 1.711, de 1952, ou por outro diploma legal, fica transformada em licença-prêmio por assiduidade, na forma prevista nos arts. 87 a 90.

Art. 246. (VETADO).

Art. 247. Para efeito do disposto no Título VI desta Lei, haverá ajuste de contas com a Previdência Social, correspondente ao período de contribuição por parte dos servidores celetistas abrangidos pelo art. 243. (Redação dada pela Lei nº 8.162, de 8.1.91)

Art. 248. As pensões estatutárias, concedidas até a vigência desta Lei, passam a ser mantidas pelo órgão ou entidade de origem do servidor.

Art. 249. Até a edição da lei prevista no § 1º do art. 231, os servidores abrangidos por esta Lei contribuirão na forma e nos percentuais atualmente estabelecidos para o servidor civil da União conforme regulamento próprio.

Art. 250. O servidor que já tiver satisfeito ou vier a satisfazer, dentro de 1 (um) ano, as condições necessárias para a aposentadoria nos termos do inciso II do art. 184 do antigo Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952, aposentar-se-á com a vantagem prevista naquele dispositivo. (Mantido pelo Congresso Nacional)

Art. 251. (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 252. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir do primeiro dia do mês subsequente.

Art. 253. Ficam revogadas a Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952, e respectiva legislação complementar, bem como as demais disposições em contrário.

Brasília, 11 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Jarbas Passarinho

b) Lei 12 269 de 21 de junho de 2010.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º

Art. 23. Os arts. 83, 96-A e 103 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 83.

§ 2º A licença de que trata o **caput**, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida a cada período de doze meses nas seguintes condições:

I - por até sessenta dias, consecutivos ou não, mantida a remuneração do servidor; e

II - por até noventa dias, consecutivos ou não, sem remuneração.

§ 3º O início do interstício de doze meses será contado a partir da data do deferimento da primeira licença concedida.

§ 4º A soma das licenças remuneradas e das licenças não remuneradas, incluídas as respectivas prorrogações, concedidas em um mesmo período de doze meses, observado o disposto no § 3º, não poderá ultrapassar os limites estabelecidos nos incisos I e II do § 2º” (NR)

“Art. 96-A.

§ 3º Os afastamentos para realização de programas de pós-doutorado somente serão concedidos aos servidores titulares de cargos efetivo no respectivo órgão ou entidade há pelo menos quatro anos, incluído o período de estágio probatório, e que não tenham se afastado por licença para tratar de assuntos particulares ou com fundamento neste artigo, nos quatro anos anteriores à data da solicitação de afastamento.

.....” (NR)

“Art. 103.

II - a licença para tratamento de saúde de pessoal da família do servidor, com remuneração, que exceder a trinta dias em período de doze meses.

.....” (NR)

Art. 24. Para fins de aplicação do disposto no § 3º do art. 83 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, com a redação dada por esta Medida Provisória, será considerado como início do interstício a data da primeira licença por motivo de doença em pessoa da família concedida a partir de 29 de dezembro de 2009.

Art. 25. O servidor titular de cargo de provimento efetivo, regido pela Lei nº 8.112, de 1990, pertencente aos quadros de pessoal de órgãos e entidades da Administração Pública Federal, enquanto estiver em exercício no âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, perceberá as gratificações a que faria jus em virtude da titularidade de seu cargo efetivo, calculada com base nas regras aplicáveis, como se estivesse em efetivo exercício no respectivo órgão ou entidade de lotação.

Parágrafo único. A atuação do servidor no ambiente físico de funcionamento das unidades do SIASS não implica mudança de órgão ou entidade de lotação ou de exercício.

Art. 26.

Art. 39. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de dezembro de 2009; 188ª da Independência e 121ª da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Paulo Bernardo Silva

c) DECRETO Nº 977, DE 10 DE SETEMBRO DE 1993

Dispõe sobre a assistência pré-escolar destinada aos dependentes dos servidores públicos da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e considerando o disposto no art. 54, inciso IV, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, DECRETA:

Art. 1º A assistência pré-escolar será prestada aos dependentes dos servidores públicos da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, nos termos do presente decreto.

Art. 2º Os órgãos e entidades da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional deverão adotar planos de assistência pré-escolar, destinados aos dependentes dos servidores, contemplando as formas de assistência a serem utilizadas: berçário, maternal, ou assemelhados, jardim de infância e pré-escola, quantitativo de beneficiários, previsão de custos e cotas-partes dos servidores beneficiados.

Parágrafo único. A Secretaria da Administração Federal da Presidência da República baixará ato normalizando os procedimentos a serem obedecidos pelos órgãos e entidades na elaboração dos respectivos planos de assistência pré-escolar.

Art. 3º A assistência pré-escolar de que trata este decreto tem por objetivo oferecer aos servidores, durante a jornada de trabalho, condições de atendimento aos seus dependentes, que propiciem:

I - educação anterior ao 1º grau, com vistas ao desenvolvimento de sua personalidade e a sua integração ao ambiente social;

II - condições para crescerem saudáveis, mediante assistência médica, alimentação e recreação adequadas;

III - proteção à saúde, através da utilização de métodos próprios de vigilância sanitária e profilaxia;

IV - assistência afetiva, estímulos psicomotores e desenvolvimento de programas educativos específicos para cada faixa etária;

V - condições para que se desenvolvam de acordo com suas características individuais, oferecendo-lhes ambiente favorável ao desenvolvimento da liberdade de expressão e da capacidade de pensar com independência.

Art. 4º A assistência pré-escolar alcançará os dependentes na faixa etária compreendida desde o nascimento até seis anos de idade, em período integral ou parcial, a critério do servidor.

1º Consideram-se como dependentes para efeito da assistência pré-escolar o filho e o menor sob tutela do servidor, que se encontrem na faixa etária estabelecida no *caput* deste artigo.

2º Tratando-se de dependentes excepcionais, será considerada como limite para atendimento a idade mental, correspondente à fixada no *caput* deste artigo, comprovada mediante laudo médico.

Art. 5º O benefício de que trata este decreto não será:

I - percebido cumulativamente pelo servidor que exerça mais de um cargo em regime de acumulação;

II - deferido simultaneamente ao servidor e cônjuge, ou companheiro(a).

Parágrafo único. Na hipótese de divórcio ou separação judicial, o benefício será concedido ao servidor que mantiver a criança sob sua guarda.

Art. 6º Os planos de assistência pré-escolar serão custeados pelo órgão ou entidade e pelos servidores.

Art. 7º A assistência pré-escolar poderá ser prestada nas modalidades de assistência direta, através de creches próprias, e indireta, através de auxílio pré-escolar, que consiste em valor expresso em moeda referente ao mês em curso, que o servidor receberá do órgão ou entidade.

1º Fica vedada a criação de novas creches, maternais ou jardins de infância como unidades integrantes da estrutura organizacional do órgão ou entidade, podendo ser mantidas as já existentes, desde que atendam aos padrões exigidos a custos compatíveis com os do mercado.

2º Os contratos e convênios existentes à época da publicação deste decreto serão mantidos até o prazo final previsto nas cláusulas contratuais firmadas, vedada a prorrogação, ficando assegurada aos dependentes dos servidores a continuidade da assistência pré-escolar através da modalidade auxílio pré-escolar.

Art. 8º A Secretaria da Administração Federal da Presidência da República fixará e atualizará o valor-teto para a assistência pré-escolar, nas diversas localidades do País, considerando-se as diferenciações de valores das mensalidades escolares.

Parágrafo único. Entende-se como valor-teto o limite mensal máximo do benefício, expresso em unidade monetária, o qual será atualizado, tendo como base a legislação vigente, cuja periodicidade será definida pela Secretaria da Administração Federal da Presidência da República.

Art. 9º O valor-teto estabelecido, assim como as formas de participação (cota-parte) do servidor no custeio do benefício serão mantidas para todas as modalidades de atendimento previstas no art. 7º.

Parágrafo único. A cota-parte do servidor será proporcional ao nível de sua remuneração e, com sua anuência, consignada em folha de pagamento, de acordo com critérios gerais fixados pela Secretaria da Administração Federal da Presidência da República.

Art. 10. Os órgãos e entidades mencionados no art. 2º deverão incluir na proposta orçamentária anual os valores previstos para implantação e manutenção deste benefício, devendo, ainda, manter sistema de controle dos servidores beneficiários, com informações mensais sobre a evolução das despesas.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades deverão cadastrar os dependentes beneficiados junto ao Siape (Sistema Integrado de Administração de Pessoal), no prazo de 180 dias, contados da data de publicação deste decreto, para garantirem sua permanência nos planos de assistência pré-escolar.

Art. 11. A fiscalização de assistência pré-escolar far-se-á através de comissões designadas pelos dirigentes das áreas de recursos humanos de cada órgão e entidade.

Art. 12. Os planos de assistência pré-escolar de que trata este decreto serão aprovados, no âmbito de cada Ministério e Secretaria, pelos respectivos Ministros de Estado, após a devida apreciação:

I - pela Secretaria da Administração Federal da Presidência da República, quanto à observância das normas que regulamentam a administração do benefício;

II - pela Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação da Presidência da República, quanto à viabilidade orçamentária.

Art. 13. À Secretaria da Administração Federal da Presidência da República compete o controle sistemático da fiscalização estabelecida nos arts. 10 e 11, assim como o acompanhamento da aplicação e da prática deste benefício.

Art. 14. Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Ficam revogados os Decretos nºs 93.408, de 10 de outubro de 1986, e 99.548, de 25 de setembro de 1990.

Brasília, 10 de novembro de 1993; 172º da Independência e 105º da República.

ITAMAR FRANCO

Romildo Canhim

d) DECRETO Nº 6.690, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2008.

Institui o Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante, estabelece os critérios de adesão ao Programa e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 2º da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional, o Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante.

Art. 2º Serão beneficiadas pelo Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante as servidoras públicas federais lotadas ou em exercício nos órgãos e entidades integrantes da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional.

§ 1º A prorrogação será garantida à servidora pública que requeira o benefício até o final do primeiro mês após o parto e terá duração de sessenta dias.

§ 2º A prorrogação a que se refere o § 1º iniciará-se no dia subsequente ao término da vigência da licença prevista no art. 207 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, ou do benefício de que trata o art. 71 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

§ 3º O benefício a que fazem jus as servidoras públicas mencionadas no **caput** será igualmente garantido a quem adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança, na seguinte proporção:

I - para as servidoras públicas em gozo do benefício de que trata o art. 71-A da Lei nº 8.213, de 1991:

- a) sessenta dias, no caso de criança de até um ano de idade;
- b) trinta dias, no caso de criança de mais de um e menos de quatro anos de idade; e
- c) quinze dias, no caso de criança de quatro a oito anos de idade.

II - para as servidoras públicas em gozo do benefício de que trata o art. 210 da Lei nº 8.112, de 1990:

- a) quarenta e cinco dias, no caso de criança de até um ano de idade; e
- b) quinze dias, no caso de criança com mais de um ano de idade.

§ 4º Para os fins do disposto no § 3º, inciso II, alínea "b", considera-se criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos, nos termos do art. 2º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

§ 5º A prorrogação da licença será custeada com recurso do Tesouro Nacional.

Art. 3º No período de licença-maternidade e licença à adotante de que trata este Decreto, as servidoras públicas referidas no art. 2º não poderão exercer qualquer atividade remunerada e a criança não poderá ser mantida em creche ou organização similar.

Parágrafo único. Em caso de ocorrência de quaisquer das situações previstas no **caput**, a beneficiária perderá o direito à prorrogação, sem prejuízo do devido ressarcimento ao erário.

Art. 4º A servidora em gozo de licença-maternidade na data de publicação deste Decreto poderá solicitar a prorrogação da licença, desde que requerida até trinta dias após aquela data.

Art. 5º Este Decreto aplica-se à servidora pública que tenha o seu período de licença-maternidade concluído entre 10 de setembro de 2008 e a data de publicação deste Decreto.

Parágrafo único. A servidora pública mencionada no **caput** terá direito ao gozo da licença pelos dias correspondentes à prorrogação, conforme o caso.

Art. 6º O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão poderá expedir normas complementares para execução deste Decreto.

Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de dezembro de 2008; 187º da Independência e 120º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
André Peixoto Figueiredo Lima
José Gomes Temporão
Paulo Bernardo Silva

e) LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991.

Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

Art. 1
.....

Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

§ 1º A empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador.

§ 2º Constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho.

§ 3º É dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular.

§ 4º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social fiscalizará e os sindicatos e entidades representativas de classe acompanharão o fiel cumprimento do disposto nos parágrafos anteriores, conforme dispuser o Regulamento.

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mórbidas:

I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

§ 1º Não são consideradas como doença do trabalho:

a) a doença degenerativa;

b) a inerente a grupo etário;

c) a que não produza incapacidade laborativa;

d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

§ 2º Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho.

Art. 21. Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:

I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em conseqüência de:

a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;

b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;

c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;

d) ato de pessoa privada do uso da razão;

e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

§ 1º Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

§ 2º Não é considerada agraviação ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior.

Art. 21-A. A perícia médica do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexos técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravado, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças - CID, em conformidade com o que dispuser o regulamento. (Incluído pela Lei nº 11.430, de 2006)

§ 1º A perícia médica do INSS deixará de aplicar o disposto neste artigo quando demonstrada a inexistência do nexo de que trata o caput deste artigo. (Incluído pela Lei nº 11.430, de 2006)

§ 2º A empresa poderá requerer a não aplicação do nexo técnico epidemiológico, de cuja decisão caberá recurso com efeito suspensivo, da empresa ou do segurado, ao Conselho de Recursos da Previdência Social. (Incluído pela Lei nº 11.430, de 2006)

Art. 22. A empresa deverá comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o 1º (primeiro) dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social.

§ 1º Da comunicação a que se refere este artigo receberão cópia fiel o acidentado ou seus dependentes, bem como o sindicato a que corresponda a sua categoria.

§ 2º Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o prazo previsto neste artigo.

§ 3º A comunicação a que se refere o § 2º não exime a empresa de responsabilidade pela falta do cumprimento do disposto neste artigo.

§ 4º Os sindicatos e entidades representativas de classe poderão acompanhar a cobrança, pela Previdência Social, das multas previstas neste artigo.

§ 5º A multa de que trata este artigo não se aplica na hipótese do caput do art. 21-A. (Incluído pela Lei nº 11.430, de 2006)

Art. 23. Considera-se como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que for realizado o diagnóstico, valendo para este efeito o que ocorrer primeiro.

Seção II **Dos Períodos de Carência**

Art. 24. Período de carência é o número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício, consideradas a partir do transcurso do primeiro dia dos meses de suas competências.

Parágrafo único. Havendo perda da qualidade de segurado, as contribuições anteriores a essa data só serão computadas para efeito de carência depois que o segurado contar, a partir da nova filiação à Previdência Social, com, no mínimo, 1/3 (um terço) do número de contribuições exigidas para o cumprimento da carência definida para o benefício a ser requerido. (Vide Medida Provisória nº 242, de 2005)

Art. 25. A concessão das prestações pecuniárias do Regime Geral de Previdência Social depende dos seguintes períodos de carência, ressalvado o disposto no art. 26:

I - auxílio-doença e aposentadoria por invalidez: 12 (doze) contribuições mensais;

II - aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de serviço e aposentadoria especial: 180 contribuições mensais. (Redação dada pela Lei nº 8.870, de 1994)

III - salário-maternidade para as seguradas de que tratam os incisos V e VII do art. 11 e o art. 13: dez contribuições mensais, respeitado o disposto no parágrafo único do art. 39 desta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.876, de 26.11.99)

Parágrafo único. Em caso de parto antecipado, o período de carência a que se refere o inciso III será reduzido em número de contribuições equivalente ao número de meses em que o parto foi antecipado." (Incluído pela Lei nº 9.876, de 26.11.99)

Art. 26. Independe de carência a concessão das seguintes prestações:

I - pensão por morte, auxílio-reclusão, salário-família e auxílio-acidente; (Redação dada pela Lei nº 9.876, de 26.11.99)

II - auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa e de doença profissional ou do trabalho, bem como nos casos de segurado que, após filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social, for acometido de alguma das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Previdência Social a cada três anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência, ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado;

III - os benefícios concedidos na forma do inciso I do art. 39, aos segurados especiais referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei;

IV - serviço social;

V - reabilitação profissional.

VI - salário-maternidade para as seguradas empregada, trabalhadora avulsa e empregada doméstica. (Incluído pela Lei nº 9.876, de 26.11.99)

Art. 27. Para cômputo do período de carência, serão consideradas as contribuições:

I - referentes ao período a partir da data da filiação ao Regime Geral de Previdência Social, no caso dos segurados empregados e trabalhadores avulsos referidos nos incisos I e VI do art. 11;

II - realizadas a contar da data do efetivo pagamento da primeira contribuição sem atraso, não sendo consideradas para este fim as contribuições recolhidas com atraso referentes a competências anteriores, no caso dos segurados empregado doméstico, contribuinte individual, especial e facultativo, referidos, respectivamente, nos incisos II, V e VII do art. 11 e no art. 13. (Redação dada pela Lei nº 9.876, de 26.11.99)

Seção V Dos Benefícios

Subseção I

Da Aposentadoria por Invalidez

Art. 42. A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição.

§ 1º A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança.

§ 2º A doença ou lesão de que o segurado já era portador ao filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social não lhe conferirá direito à aposentadoria por invalidez, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

Art. 43. A aposentadoria por invalidez será devida a partir do dia imediato ao da cessação do auxílio-doença, ressalvado o disposto nos §§ 1º, 2º e 3º deste artigo.

§ 1º Concluindo a perícia médica inicial pela existência de incapacidade total e definitiva para o trabalho, a aposentadoria por invalidez será devida: (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)

a) ao segurado empregado, a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade ou a partir da entrada do requerimento, se entre o afastamento e a entrada do requerimento decorrerem mais de trinta dias; (Redação Dada pela Lei nº 9.876, de 26.11.99)

b) ao segurado empregado doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual, especial e facultativo, a contar da data do início da incapacidade ou da data da entrada do requerimento, se entre essas datas decorrerem mais de trinta dias. (Redação Dada pela Lei nº 9.876, de 26.11.99)

§ 2º Durante os primeiros quinze dias de afastamento da atividade por motivo de invalidez, caberá à empresa pagar ao segurado empregado o salário. (Redação Dada pela Lei nº 9.876, de 26.11.99)

§ 3º . (Revogado pela Lei nº 9.032, de 1995)

Art. 44. A aposentadoria por invalidez, inclusive a decorrente de acidente do trabalho, consistirá numa renda mensal correspondente a 100% (cem por cento) do salário-de-benefício, observado o disposto na Seção III, especialmente no art. 33 desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)

§ 1º (Revogado pela Lei nº 9.528, de 1997)

§ 2º Quando o acidentado do trabalho estiver em gozo de auxílio-doença, o valor da aposentadoria por invalidez será igual ao do auxílio-doença se este, por força de reajustamento, for superior ao previsto neste artigo.

Art. 45. O valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25% (vinte e cinco por cento).

Parágrafo único. O acréscimo de que trata este artigo:

- a) será devido ainda que o valor da aposentadoria atinja o limite máximo legal;
- b) será recalculado quando o benefício que lhe deu origem for reajustado;
- c) cessará com a morte do aposentado, não sendo incorporável ao valor da pensão.

Art. 46. O aposentado por invalidez que retornar voluntariamente à atividade terá sua aposentadoria automaticamente cancelada, a partir da data do retorno.

Art. 47. Verificada a recuperação da capacidade de trabalho do aposentado por invalidez, será observado o seguinte procedimento:

- I - quando a recuperação ocorrer dentro de 5 (cinco) anos, contados da data do início da aposenta-

doria por invalidez ou do auxílio-doença que a antecedeu sem interrupção, o benefício cessará:

a) de imediato, para o segurado empregado que tiver direito a retornar à função que desempenhava na empresa quando se aposentou, na forma da legislação trabalhista, valendo como documento, para tal fim, o certificado de capacidade fornecido pela Previdência Social; ou

b) após tantos meses quantos forem os anos de duração do auxílio-doença ou da aposentadoria por invalidez, para os demais segurados;

II - quando a recuperação for parcial, ou ocorrer após o período do inciso I, ou ainda quando o segurado for declarado apto para o exercício de trabalho diverso do qual habitualmente exercia, a aposentadoria será mantida, sem prejuízo da volta à atividade:

a) no seu valor integral, durante 6 (seis) meses contados da data em que for verificada a recuperação da capacidade;

b) com redução de 50% (cinquenta por cento), no período seguinte de 6 (seis) meses;

c) com redução de 75% (setenta e cinco por cento), também por igual período de 6 (seis) meses, ao término do qual cessará definitivamente.

Subseção II Da Aposentadoria por Idade

Art. 48. A aposentadoria por idade será devida ao segurado que, cumprida a carência exigida nesta Lei, completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e 60 (sessenta), se mulher. (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)

§ 1º Os limites fixados no *caput* são reduzidos para sessenta e cinquenta e cinco anos no caso de trabalhadores rurais, respectivamente homens e mulheres, referidos na alínea *a* do inciso I, na alínea *g* do inciso V e nos incisos VI e VII do art. 11. (Redação dada pela Lei nº 9.876, de 1999)

§ 2º Para os efeitos do disposto no § 1º deste artigo, o trabalhador rural deve comprovar o efetivo exercício de atividade rural, ainda que de forma descontínua, no período imediatamente anterior ao requerimento do benefício, por tempo igual ao número de meses de contribuição correspondente à carência do benefício pretendido, computado o período a que se referem os incisos III a VIII do § 9º do art. 11 desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 11.718, de 2008)

§ 3º Os trabalhadores rurais de que trata o § 1º deste artigo que não atendam ao disposto no § 2º deste artigo, mas que satisfaçam essa condição, se forem considerados períodos de contribuição sob outras categorias do segurado, farão jus ao benefício ao completarem 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e 60 (sessenta) anos, se mulher. (Incluído pela Lei nº 11.718, de 2008)

§ 4º Para efeito do § 3º deste artigo, o cálculo da renda mensal do benefício será apurado de acordo com o disposto no inciso II do *caput* do art. 29 desta Lei, considerando-se como salário-de-contribuição mensal do período como segurado especial o limite mínimo de salário-de-contribuição da Previdência Social. (Incluído pela Lei nº 11.718, de 2008)

Art. 49. A aposentadoria por idade será devida:

I - ao segurado empregado, inclusive o doméstico, a partir:

a) da data do desligamento do emprego, quando requerida até essa data ou até 90 (noventa) dias depois dela; ou

b) da data do requerimento, quando não houver desligamento do emprego ou quando for requerida após o prazo previsto na alínea "a";

II - para os demais segurados, da data da entrada do requerimento.

Art. 50. A aposentadoria por idade, observado o disposto na Seção III deste Capítulo, especialmente no art. 33, consistirá numa renda mensal de 70% (setenta por cento) do salário-de-benefício, mais 1%

(um por cento) deste, por grupo de 12 (doze) contribuições, não podendo ultrapassar 100% (cem por cento) do salário-de-benefício.

Art. 51. A aposentadoria por idade pode ser requerida pela empresa, desde que o segurado empregado tenha cumprido o período de carência e completado 70 (setenta) anos de idade, se do sexo masculino, ou 65 (sessenta e cinco) anos, se do sexo feminino, sendo compulsória, caso em que será garantida ao empregado a indenização prevista na legislação trabalhista, considerada como data da rescisão do contrato de trabalho a imediatamente anterior à do início da aposentadoria.

Subseção III

Da Aposentadoria por Tempo de Serviço

Art. 52. A aposentadoria por tempo de serviço será devida, cumprida a carência exigida nesta Lei, ao segurado que completar 25 (vinte e cinco) anos de serviço, se do sexo feminino, ou 30 (trinta) anos, se do sexo masculino.

Art. 53. A aposentadoria por tempo de serviço, observado o disposto na Seção III deste Capítulo, especialmente no art. 33, consistirá numa renda mensal de:

I - para a mulher: 70% (setenta por cento) do salário-de-benefício aos 25 (vinte e cinco) anos de serviço, mais 6% (seis por cento) deste, para cada novo ano completo de atividade, até o máximo de 100% (cem por cento) do salário-de-benefício aos 30 (trinta) anos de serviço;

II - para o homem: 70% (setenta por cento) do salário-de-benefício aos 30 (trinta) anos de serviço, mais 6% (seis por cento) deste, para cada novo ano completo de atividade, até o máximo de 100% (cem por cento) do salário-de-benefício aos 35 (trinta e cinco) anos de serviço.

Art. 54. A data do início da aposentadoria por tempo de serviço será fixada da mesma forma que a da aposentadoria por idade, conforme o disposto no art. 49.

Art. 55. O tempo de serviço será comprovado na forma estabelecida no Regulamento, compreendendo, além do correspondente às atividades de qualquer das categorias de segurados de que trata o art. 11 desta Lei, mesmo que anterior à perda da qualidade de segurado:

I - o tempo de serviço militar, inclusive o voluntário, e o previsto no § 1º do art. 143 da Constituição Federal, ainda que anterior à filiação ao Regime Geral de Previdência Social, desde que não tenha sido contado para inatividade remunerada nas Forças Armadas ou aposentadoria no serviço público;

II - o tempo intercalado em que esteve em gozo de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez;

III - o tempo de contribuição efetuada como segurado facultativo; (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)

IV - o tempo de serviço referente ao exercício de mandato eletivo federal, estadual ou municipal, desde que não tenha sido contado para efeito de aposentadoria por outro regime de previdência social; (Redação dada pela Lei nº 9.506, de 1997)

V - o tempo de contribuição efetuado por segurado depois de ter deixado de exercer atividade remunerada que o enquadrava no art. 11 desta Lei;

VI - o tempo de contribuição efetuado com base nos artigos 8º e 9º da Lei nº 8.162, de 8 de janeiro de 1991, pelo segurado definido no artigo 11, inciso I, alínea “g”, desta Lei, sendo tais contribuições computadas para efeito de carência. (Incluído pela Lei nº 8.647, de 1993)

§ 1º A averbação de tempo de serviço durante o qual o exercício da atividade não determinava filiação obrigatória ao anterior Regime de Previdência Social Urbana só será admitida mediante o recolhimento das contribuições correspondentes, conforme dispuser o Regulamento, observado o disposto no § 2º.

§ 2º O tempo de serviço do segurado trabalhador rural, anterior à data de início de vigência desta Lei, será computado independentemente do recolhimento das contribuições a ele correspondentes,

exceto para efeito de carência, conforme dispuser o Regulamento.

§ 3º A comprovação do tempo de serviço para os efeitos desta Lei, inclusive mediante justificação administrativa ou judicial, conforme o disposto no art. 108, só produzirá efeito quando baseada em início de prova material, não sendo admitida prova exclusivamente testemunhal, salvo na ocorrência de motivo de força maior ou caso fortuito, conforme disposto no Regulamento.

§ 4º Não será computado como tempo de contribuição, para efeito de concessão do benefício de que trata esta subseção, o período em que o segurado contribuinte individual ou facultativo tiver contribuído na forma do § 2º do art. 21 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, salvo se tiver complementado as contribuições na forma do § 3º do mesmo artigo. (Incluído pela Lei Complementar nº 123, de 2006)

Art. 56. O professor, após 30 (trinta) anos, e a professora, após 25 (vinte e cinco) anos de efetivo exercício em funções de magistério poderão aposentar-se por tempo de serviço, com renda mensal correspondente a 100% (cem por cento) do salário-de-benefício, observado o disposto na Seção III deste Capítulo.

Subseção IV Da Aposentadoria Especial

Art. 57. A aposentadoria especial será devida, uma vez cumprida a carência exigida nesta Lei, ao segurado que tiver trabalhado sujeito a condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física, durante 15 (quinze), 20 (vinte) ou 25 (vinte e cinco) anos, conforme dispuser a lei. (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)

§ 1º A aposentadoria especial, observado o disposto no art. 33 desta Lei, consistirá numa renda mensal equivalente a 100% (cem por cento) do salário-de-benefício. (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)

§ 2º A data de início do benefício será fixada da mesma forma que a da aposentadoria por idade, conforme o disposto no art. 49.

§ 3º A concessão da aposentadoria especial dependerá de comprovação pelo segurado, perante o Instituto Nacional do Seguro Social–INSS, do tempo de trabalho permanente, não ocasional nem intermitente, em condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física, durante o período mínimo fixado. (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)

§ 4º O segurado deverá comprovar, além do tempo de trabalho, exposição aos agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física, pelo período equivalente ao exigido para a concessão do benefício. (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)

§ 5º O tempo de trabalho exercido sob condições especiais que sejam ou venham a ser consideradas prejudiciais à saúde ou à integridade física será somado, após a respectiva conversão ao tempo de trabalho exercido em atividade comum, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, para efeito de concessão de qualquer benefício. (Incluído pela Lei nº 9.032, de 1995)

§ 6º O benefício previsto neste artigo será financiado com os recursos provenientes da contribuição de que trata o inciso II do art. 22 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, cujas alíquotas serão acrescidas de doze, nove ou seis pontos percentuais, conforme a atividade exercida pelo segurado a serviço da empresa permita a concessão de aposentadoria especial após quinze, vinte ou vinte e cinco anos de contribuição, respectivamente. (Redação dada pela Lei nº 9.732, de 11.12.98) (Vide Lei nº 9.732, de 11.12.98)

§ 7º O acréscimo de que trata o parágrafo anterior incide exclusivamente sobre a remuneração do segurado sujeito às condições especiais referidas no **caput**. (Incluído pela Lei nº 9.732, de 11.12.98)

§ 8º Aplica-se o disposto no art. 46 ao segurado aposentado nos termos deste artigo que continuar

no exercício de atividade ou operação que o sujeite aos agentes nocivos constantes da relação referida no art. 58 desta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.732, de 11.12.98)

Art. 58. A relação dos agentes nocivos químicos, físicos e biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física considerados para fins de concessão da aposentadoria especial de que trata o artigo anterior será definida pelo Poder Executivo. (Redação dada pela Lei nº 9.528, de 1997)

§ 1º A comprovação da efetiva exposição do segurado aos agentes nocivos será feita mediante formulário, na forma estabelecida pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, emitido pela empresa ou seu preposto, com base em laudo técnico de condições ambientais do trabalho expedido por médico do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho nos termos da legislação trabalhista. (Redação dada pela Lei nº 9.732, de 11.12.98)

§ 2º Do laudo técnico referido no parágrafo anterior deverão constar informação sobre a existência de tecnologia de proteção coletiva ou individual que diminua a intensidade do agente agressivo a limites de tolerância e recomendação sobre a sua adoção pelo estabelecimento respectivo. (Redação dada pela Lei nº 9.732, de 11.12.98)

§ 3º A empresa que não mantiver laudo técnico atualizado com referência aos agentes nocivos existentes no ambiente de trabalho de seus trabalhadores ou que emitir documento de comprovação de efetiva exposição em desacordo com o respectivo laudo estará sujeita à penalidade prevista no art. 133 desta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.528, de 1997)

§ 4º A empresa deverá elaborar e manter atualizado perfil profissiográfico abrangendo as atividades desenvolvidas pelo trabalhador e fornecer a este, quando da rescisão do contrato de trabalho, cópia autêntica desse documento. (Incluído pela Lei nº 9.528, de 1997)

Subseção V

Do Auxílio-Doença

Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

Parágrafo único. Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

Art. 60. O auxílio-doença será devido ao segurado empregado a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade, e, no caso dos demais segurados, a contar da data do início da incapacidade e enquanto ele permanecer incapaz. (Redação dada pela Lei nº 9.876, de 26.11.99)

§ 1º Quando requerido por segurado afastado da atividade por mais de 30 (trinta) dias, o auxílio-doença será devido a contar da data da entrada do requerimento.

§ 2º (Revogado pela Lei nº 9.032, de 1995)

§ 3º Durante os primeiros quinze dias consecutivos ao do afastamento da atividade por motivo de doença, incumbirá à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário integral. (Redação dada pela Lei nº 9.876, de 26.11.99)

§ 4º A empresa que dispuser de serviço médico, próprio ou em convênio, terá a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes ao período referido no § 3º, somente devendo encaminhar o segurado à perícia médica da Previdência Social quando a incapacidade ultrapassar 15 (quinze) dias.

Art. 61. O auxílio-doença, inclusive o decorrente de acidente do trabalho, consistirá numa renda

mensal correspondente a 91% (noventa e um por cento) do salário-de-benefício, observado o disposto na Seção III, especialmente no art. 33 desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)

Art. 62. O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade. Não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não-recuperável, for aposentado por invalidez.

Art. 63. O segurado empregado em gozo de auxílio-doença será considerado pela empresa como licenciado.

Parágrafo único. A empresa que garantir ao segurado licença remunerada ficará obrigada a pagar-lhe durante o período de auxílio-doença a eventual diferença entre o valor deste e a importância garantida pela licença.

f) DECRETO Nº 6.833, DE 29 DE ABRIL DE 2009.

Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 30 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, criado pelo Decreto nº 67.326, de 5 de outubro de 1970.

Art. 2º O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo.

Art. 3º Para os fins deste Decreto, considera-se:

I - assistência à saúde: ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;

II - perícia oficial: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e

III - promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, com as seguintes atribuições:

I - aprovar as diretrizes para aplicação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, e para a capacitação dos servidores em exercício nas unidades do SIASS;

II - deliberar sobre as propostas de criação, jurisdição e funcionamento das unidades do SIASS;

III - deliberar, em relação às unidades do SIASS, sobre os instrumentos de cooperação e as iniciativas para provimento de materiais e equipamentos, força de trabalho, imóveis e instalações, bem como sobre contratos de segurança, limpeza e conservação;

IV - deliberar sobre os procedimentos para uniformização e padronização das ações relativas ao SIASS;

V - orientar e acompanhar a execução das ações e programas no âmbito do SIASS; e

VI - aprovar regras e procedimentos para guarda e utilização das informações pessoais sobre a saúde dos servidores, de acesso restrito às pessoas a que elas se referirem ou a servidores autorizados na forma da lei.

§ 1º A força de trabalho do SIASS será formada exclusivamente por servidores federais, ficando vedadas a terceirização de mão-de-obra e a contratação de pessoal por tempo determinado.

§ 2º O Comitê Gestor pautará suas ações visando tornar célere o atendimento ao servidor, especialmente no que se refere às ações preventivas, e reduzir o tempo de ausência do servidor do seu ambiente de trabalho.

Art. 5º O Comitê Gestor será composto por um representante de cada órgão a seguir indicado:

I - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que o coordenará;

II - Casa Civil da Presidência da República;

III - Ministério da Saúde;

IV - Ministério da Previdência Social;

V - Ministério da Educação;

VI - Ministério da Fazenda; e

VII - Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 1º A Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão exercerá as funções de secretaria-executiva do Comitê Gestor.

§ 2º As deliberações do Comitê Gestor serão adotadas por maioria simples, presentes pelo menos cinco dos seus membros, cabendo ao coordenador exercer, além do próprio voto, o de desempate.

§ 3º Os membros do Comitê Gestor, titular e suplente, serão indicados pelos titulares dos seus respectivos órgãos e designados pelo Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, para mandato de três anos, permitida uma única recondução.

§ 4º As regras para organização e funcionamento do Comitê Gestor serão definidas em seu regimento interno, aprovado na forma do § 2º, observadas as disposições deste Decreto.

§ 5º A participação no Comitê Gestor é considerada de relevante interesse público e não será remunerada.

Art. 6º O exercício do servidor no âmbito do SIASS não implica mudança de unidade de lotação ou de órgão de origem.

Art. 7º Caberá ao Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão decidir sobre as deliberações do Comitê Gestor e celebrar os instrumentos de cooperação ou parceria com os órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogado o Decreto nº 5.961, de 13 de novembro de 2006.

Brasília, 29 de abril de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Paulo Bernardo Silva

Este texto não substitui o publicado no DOU de 30.4.2009

g) DECRETO Nº 7.003, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2009.

Regulamenta a licença para tratamento de saúde, de que tratam os arts. 202 a 205 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 202 a 205 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990,

DECRETA:

Art. 1º Este Decreto regulamenta a concessão de licença para tratamento de saúde do servidor da administração federal direta, autárquica e fundacional, e os casos em que poderá ser dispensada a perícia oficial.

Art. 2º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - perícia oficial: a avaliação técnica presencial, realizada por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado, destinada a fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto neste Decreto;

II - avaliação por junta oficial: perícia oficial realizada por grupo de três médicos ou de três cirurgiões-dentistas; e

III - perícia oficial singular: perícia oficial realizada por apenas um médico ou um cirurgião-dentista.

Art. 3º A licença para tratamento de saúde será concedida ao servidor, a pedido ou de ofício:

I - por perícia oficial singular, em caso de licenças que não excederem o prazo de cento e vinte dias no período de doze meses a contar do primeiro dia de afastamento; e

II - mediante avaliação por junta oficial, em caso de licenças que excederem o prazo indicado no inciso I.

Parágrafo único. Nos casos previstos no inciso I, a perícia oficial deverá ser solicitada pelo servidor no prazo de cinco dias contados da data de início do seu afastamento.

Art. 4º A perícia oficial poderá ser dispensada para a concessão de licença para tratamento de saúde, desde que:

I - não ultrapasse o período de cinco dias corridos; e

II - somada a outras licenças para tratamento de saúde gozadas nos doze meses anteriores, seja inferior a quinze dias.

§ 1º A dispensa da perícia oficial fica condicionada à apresentação de atestado médico ou odontológico, que será recepcionado e incluído no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE, módulo de Saúde.

§ 2º No atestado a que se refere o § 1º, deverá constar a identificação do servidor e do profissional emitente, o registro deste no conselho de classe, o código da Classificação Internacional de Doenças - CID ou diagnóstico e o tempo provável de afastamento.

§ 3º Ao servidor é assegurado o direito de não autorizar a especificação do diagnóstico em seu atestado, hipótese em que deverá submeter-se à perícia oficial, ainda que a licença não exceda o prazo de cinco dias.

§ 4º O atestado deverá ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade no prazo máximo de cinco dias contados da data do início do afastamento do servidor.

§ 5º A não apresentação do atestado no prazo estabelecido no § 4º, salvo por motivo justificado, caracterizará falta ao serviço, nos termos do art. 44, inciso I, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

§ 6º A unidade de recursos humanos do órgão ou entidade do servidor deverá encaminhar o ates-

tado à unidade de atenção à saúde do servidor para registro dos dados indispensáveis, observadas as normas vigentes de preservação do sigilo e da segurança das informações.

§ 7º Ainda que configurados os requisitos para a dispensa da perícia oficial, previstos nos incisos I e II do caput, o servidor será submetido a perícia oficial a qualquer momento, mediante recomendação do perito oficial, a pedido da chefia do servidor ou da unidade de recursos humanos do órgão ou entidade.

Art. 5º Na impossibilidade de locomoção do servidor, a avaliação pericial será realizada no estabelecimento hospitalar onde ele se encontrar internado ou em domicílio.

Art. 6º Inexistindo perito oficial, unidade de saúde do órgão ou entidade no local onde tenha exercício o servidor, o órgão ou entidade do servidor celebrará acordo de cooperação com outro órgão ou entidade da administração federal, ou firmará convênio com unidade de atendimento do sistema público de saúde ou com entidade da área de saúde, sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública.

Parágrafo único. Na impossibilidade de aplicação do disposto no caput, que deverá ser devidamente justificada, o órgão ou entidade promoverá a contratação da prestação de serviços por pessoa jurídica, nas condições previstas no art. 230, § 2º, da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 7º O laudo pericial deverá conter a conclusão, o nome do perito oficial e respectivo registro no conselho de classe, mas não se referirá ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, § 1º, da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 8º A perícia oficial para concessão de licença para tratamento de saúde, nas hipóteses em que abranger o campo de atuação da odontologia, será efetuada por cirurgiões-dentistas.

Art. 9º A perícia oficial poderá ser dispensada para a concessão da licença por motivo de doença em pessoa da família de que trata o art. 83 da Lei nº 8.112, de 1990, desde que não ultrapasse o período de três dias corridos, mediante apresentação de atestado médico ou odontológico, conforme o caso, que contenha justificativa quanto à necessidade de acompanhamento por terceiro.

Parágrafo único. Observado o disposto no caput, aplicam-se as demais disposições deste Decreto à licença por motivo de doença em pessoa na família.

Art. 10. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 9 de novembro de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Paulo Bernardo Silva

DOU – 10 de novembro de 2009 – Seção I – Página 02

h) DECRETO Nº 7.613, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011.

Altera o Decreto nº 5.992, de 19 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a concessão de diárias no âmbito da administração federal direta, autárquica e fundacional.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 58 e 59 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, no art. 4º da Lei nº 8.162, de 8 de janeiro de 1991, e no art. 4º da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovados por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, com **status** de emenda constitucional, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009,

DECRETA:

Art. 1º O Decreto nº 5.992, de 19 de dezembro de 2006, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 3º-B. Aplica-se o disposto neste decreto ao servidor ou colaborador eventual que acompanhar servidor com deficiência em deslocamento a serviço.

§ 1º A concessão de diárias para o acompanhante será autorizada a partir do resultado de perícia oficial no âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal que ateste a necessidade de acompanhante no deslocamento do servidor.

§ 2º A perícia de que trata o § 1º terá validade máxima de cinco anos, podendo ser revista a qualquer tempo, de ofício ou mediante requerimento.

§ 3º O valor da diária do acompanhante será igual ao valor da diária do servidor acompanhado.

§ 4º O servidor com deficiência poderá indicar o seu acompanhante, fornecendo as informações necessárias para os trâmites administrativos no caso de pessoa indicada sem vínculo com a administração pública federal direta, autárquica ou fundacional.

§ 5º No caso de o indicado ser servidor, a concessão de diária dependerá da concordância de sua chefia imediata.” (NR)

“**Art. 10.**

§ 1º O dirigente do órgão concedente da diária estabelecerá o nível de equivalência da atividade a ser cumprida pelo colaborador eventual com a tabela de diárias, ressalvado o disposto no § 3º do art. 3º-B.” (NR)

“**Art. 12.** O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão poderá editar normas complementares para a execução do disposto neste Decreto.” (NR)

Art. 2º Este Decreto entra em vigor no dia 5 de dezembro de 2011.

Brasília, 17 de novembro de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF

Miriam Belchior

Maria do Rosário Nunes

Este texto não substitui o publicado no DOU de 18.11.2011

i) ORIENTAÇÃO NORMATIVA SRH/MP Nº3, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2010, REPUBLICADA EM 18 DE MARÇO DE 2010.

Estabelece orientação aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal quanto à aplicação do Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, que regulamenta a licença para tratamento de saúde de que tratam os arts. 202 a 205, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS, DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhe confere o art. 35 do Anexo I do Decreto nº 7.063, de 13 de janeiro de 2010, resolve:

Art. 1º A presente Orientação Normativa tem por objetivo uniformizar procedimentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC, acerca da aplicação do Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, publicado no Diário Oficial da União do dia 10 de novembro de 2009, que regulamenta a licença para tratamento de saúde de que tratam os arts. 202 a 205, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e também a licença por motivo de doença em pessoa da família, de que trata o art. 83 da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 2º Considera-se perícia oficial a avaliação técnica presencial realizada por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado, destinada a fundamentar as decisões da Administração no tocante ao disposto nesta Orientação.

Parágrafo único. A avaliação pericial de que trata o **caput** deste artigo pode ser realizada por junta oficial composta por 3 (três) médicos ou 3 (três) cirurgiões-dentistas, e por perícia singular quando a avaliação for realizada por apenas 1 (um) médico ou 1 (um) cirurgião-dentista.

Art. 3º Será realizada perícia oficial singular, em caso de licenças para tratamento da própria saúde que não excederem o prazo de 120 (cento e vinte) dias no período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de afastamento; e, perícia por junta oficial, em caso de licenças que excederem o prazo anteriormente referido ou nas demais hipóteses previstas na Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 4º Nos casos de perícia oficial, o servidor deverá solicitar a sua realização no prazo de 5 (cinco) dias contados da data de início do seu afastamento, salvo excepcionalidades devidamente justificadas.

Art. 5º O servidor poderá ser dispensado da perícia oficial para a concessão de licença para tratamento de saúde, por razões médicas ou odontológicas, desde que sua licença não ultrapasse o período de 5 (cinco) dias corridos, e, a soma dessas licenças, dentro de uma mesma espécie, não ultrapasse 14 (quatorze) dias, consecutivos ou não, nos 12 (doze) meses anteriores.

Art. 6º A concessão de licença por motivo de doença em pessoa da família, por razões médicas ou odontológicas, poderá ser dispensada de perícia oficial, desde que a licença não ultrapasse o período de 3 (três) dias corridos, e, a soma dessas licenças, dentro de uma mesma espécie, não ultrapasse 14 (quatorze) dias, consecutivos ou não, nos 12 (doze) meses anteriores.

§ 1º A concessão de licença por motivo de doença em pessoa da família exige justificativa quanto à necessidade de acompanhamento do servidor.

§ 2º A dispensa da perícia oficial fica condicionada à apresentação ou encaminhamento de atestado médico ou odontológico, que deverá ser entregue na unidade de atenção à saúde do servidor ou na unidade de recursos humanos do órgão ou entidade em que esteja em exercício, até 5 (cinco) dias a contar do início do seu afastamento.

§ 3º Os atestados sobre as condições de saúde do servidor ou da pessoa da família deverão tramitar em

envelope lacrado, identificado com nome, matrícula, último dia trabalhado, telefone para contato e órgão/entidade de exercício do servidor, bem como, informado o tipo de documento, e marcado como confidencial.

Art. 7º Nos atestados deverão constar a identificação do servidor ou da pessoa da família, identificação do profissional emitente e de seu registro em conselho de classe, data de emissão do documento, o Código da Classificação Internacional de Doenças - CID ou diagnóstico e o tempo provável de afastamento, de forma legível.

§ 1º Na hipótese do pleito não atender aos requisitos da regulamentação, a unidade de atenção à saúde do servidor, responsável pela apreciação dos atestados, comunicará à unidade de recursos humanos do servidor sobre a inconformidade, devendo solicitar sua avaliação pericial.

§ 2º Caso o servidor não autorize a especificação do diagnóstico ou a CID em seu atestado ou da pessoa da família, o licenciado deverá submeter-se à perícia oficial, ainda que a licença cumpra todos os demais requisitos previstos em regulamento.

Art. 8º O cômputo dos 12 (doze) meses, para as licenças para tratamento da própria saúde inferiores a 15 (quinze) dias, inicia-se no dia 10 de novembro de 2009, data da publicação do Decreto nº 7.003, de 2009, e para as licenças por motivo de doença em pessoa da família inferiores a 15 (quinze) dias, no dia 29 de dezembro de 2009, nos termos do art. 24 da Medida Provisória nº 479, de 30 de dezembro de 2009.

Art. 9º A não apresentação do atestado no prazo estabelecido, salvo por motivo justificado, caracterizará falta ao serviço, nos termos do art. 44, I, da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 10. Os atestados médicos e odontológicos inferiores a 15 (quinze) dias serão incluídos no sistema informatizado de perícia oficial no SIAPE – Saúde, em funcionalidade específica para este cadastramento.

§ 1º As unidades de atenção à saúde do servidor receberão e apreciarão os atestados quanto à conformidade com o que estabelece o regulamento, cabendo a estas unidades comunicar à unidade de recursos humanos do servidor, sobre o afastamento, para fins de registro no módulo de afastamento do SIAPECAD.

§ 2º No comunicado deverá constar a fundamentação legal referente ao pleito atendido, os dias de licença concedidos, sendo vedada a anexação do atestado em folha de ponto.

§ 3º Os órgãos e entidades deverão incluir as licenças inferiores a 15 dias no SIAPECAD, sob os códigos de afastamento nº 248, para licença para tratamento da própria saúde e nº 249, para licença por motivo de doença em pessoa da família.

Art. 11. Ainda que configurados os requisitos para a dispensa da perícia oficial, o servidor poderá ser submetido à avaliação pericial a qualquer momento, mediante recomendação do perito oficial, a pedido da chefia do servidor ou da unidade de recursos humanos do órgão ou entidade.

Art. 12. Nos casos em que não seja possível a locomoção do servidor, a perícia realizar-se-á em domicílio ou no estabelecimento hospitalar onde ele se encontrar internado.

Art. 13. Inexistindo perito oficial ou unidade de saúde do órgão ou entidade no local onde tenha exercício o servidor, o órgão ou entidade do servidor celebrará acordo de cooperação com outro órgão ou entidade da administração federal, ou firmará convênio com unidade de atendimento do sistema público de saúde ou com entidade da área de saúde, sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública, e somente na total impossibilidade das hipóteses anteriores e mediante justificativa, poderá haver contratação da prestação de serviços por pessoa jurídica, nas condições previstas no art. 230, § 2º, da Lei nº 8.112, de 1990.

Art 14. Os servidores que apresentarem atestados médicos ou odontológicos para justificativa de licenças por motivo de acidentes em serviço ou doença profissional devem ser submetidos à perícia oficial independentemente do quantitativo de dias de licença.

Art. 15. Esta Orientação Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

DUVANIER PAIVA FERREIRA

j) PORTARIA Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011

Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

51

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os parágrafos 2º e 3º do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando o inciso I do art. 8º do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional 2005, aprovado na 58ª Assembleia Geral, da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando a Portaria nº 2.259/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, que estabelece o Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica no âmbito do Mercosul;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast);

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância em saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Definir as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005).

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para cau-

sar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN: é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata; e

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII: é evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 2º Adotar, na forma do Anexo I a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Art. 3º As doenças e eventos constantes no Anexo I a esta Portaria serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

§ 1º Os casos de malária na região da Amazônia Legal deverão ser registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Malária - SIVEP-Malária, sendo que na região extraamazônica deverão ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

§ 2º Os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas serão registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE e os casos de formas graves deverão ser registrados no Sinan, sendo que, nas áreas não endêmicas, todos os casos devem ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 4º Adotar, na forma do Anexo II a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

§ 1º As doenças, agravos e eventos constantes do Anexo II a esta Portaria, devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial, e às SES e às SMS que também deverão informar imediatamente à SVS/MS.

§ 2º Diante de doenças ou eventos constantes no Anexo II a esta Portaria, deve-se aplicar a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, para classificação da situação como uma potencial ESPIN ou ESPII.

Art. 5º A notificação imediata será realizada por telefone como meio de comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica da SMS, cabendo a essa instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número na rede de serviços de saúde, pública e privada.

§ 1º Na impossibilidade de comunicação à SMS, a notificação será realizada à SES, cabendo a esta instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número junto aos Municípios de sua abrangência;

§ 2º Na impossibilidade de comunicação à SMS e à SES, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação será realizada à SVS/MS por um dos seguintes meios:

I - disque notifica (0800-644-6645) ou;

II - notificação eletrônica pelo e-mail (notifica@saude.gov.br) ou diretamente pelo sítio eletrônico da SVS/MS (www.saude.gov.br/svs).

§ 3º O serviço Disque Notifica da SVS/MS é de uso exclusivo dos profissionais de saúde para a realização das notificações imediatas.

§ 4º A notificação imediata realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

§ 5º Os casos suspeitos ou confirmados da LNCI deverão ser registrados no Sinan no prazo máximo de 7 (sete) dias, a partir da data de notificação.

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada.

Art. 6º Adotar, na forma do Anexo III a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS).

Parágrafo único. As doenças e eventos constantes no Anexo III a esta Portaria devem ser registrados no Sinan, obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 8º A definição de caso para cada doença, agravo e evento relacionados nos Anexos a esta Portaria, obedecerão à padronização definida no Guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS.

Art. 9º É vedado aos gestores estaduais e municipais do SUS a exclusão de doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos a esta Portaria.

Art. 10. É facultada a elaboração de listas estaduais ou municipais de Notificação Compulsória, no âmbito de sua competência e de acordo com perfil epidemiológico local.

Art. 11. As normas complementares relativas às doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e demais disposições contidas nesta Portaria serão publicadas por ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. As normas de vigilância das doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos I, II e III serão regulamentadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogada a Portaria nº 2.472/GM/MS de 31 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 168, Seção 1, págs. 50 e 51, de 1º de setembro de 2010.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

Lista de Notificação Compulsória - LNC

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;

12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites Virais;
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana -HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola; e
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

ANEXO II

Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI

I - Caso suspeito ou confirmado de:

1. Botulismo;

2. Carbúnculo ou Antraz;
 3. Cólera;
 4. Dengue nas seguintes situações:
 - Dengue com complicações (DCC),
 - Síndrome do Choque da Dengue (SCD),
 - Febre Hemorrágica da Dengue (FHD),
 - Óbito por Dengue
 - Dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo;
 5. Doença de Chagas Aguda;
 6. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não constam no Anexo I desta Portaria, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, Ilhéus, Mor-mo, Encefalites Equinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chikungunya, Encefalite Japonesa, entre outras;
 7. Febre Amarela;
 8. Febre do Nilo Ocidental;
 9. Hantavirose;
 10. Influenza humana por novo subtipo;
 11. Peste;
 12. Poliomielite;
 13. Raiva Humana;
 14. Sarampo;
 15. Rubéola;
 16. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
 17. Varíola;
 18. Tularemia; e
 19. Síndrome de Rubéola Congênita (SRC).
- II - Surto ou agregação de casos ou óbitos por:
1. Difteria;
 2. Doença Meningocócica;
 3. Doença Transmitida por Alimentos (DTA) em embarcações ou aeronaves;
 4. Influenza Humana;
 5. Meningites Virais;
 6. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se:
 - a. Alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar no Anexo I desta Portaria;
 - b. Doença de origem desconhecida;
 - c. Exposição a contaminantes químicos;
 - d. Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS;
 - e. Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA;
 - f. Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU.

- g. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados;
- h. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento.

III - Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destaca-se entre outras classes de animais:

1. Primatas não humanos
2. Eqüinos
3. Aves
4. Morcegos

Raiva: Morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: vôos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes.

5. Canídeos

Raiva: canídeos domésticos ou silvestres que apresentaram doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte num período de até 10 dias ou confirmado laboratorialmente para raiva. Leishmaniose visceral: primeiro registro de canídeo doméstico em área indene, confirmado por meio da identificação laboratorial da espécie *Leishmania chagasi*.

6. Roedores silvestres

Peste: Roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste.

ANEXO III

Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas LNCS

1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
2. Acidente de trabalho com mutilações;
3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes;
4. Acidente de trabalho fatal;
5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
6. Dermatoses ocupacionais;
7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)
8. Influenza humana;
9. Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho;
10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
11. Pneumonias;
12. Rotavírus;
13. oxoplasmose adquirida na gestação e congênita; e
14. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

ANEXO QUADRO SINÓPTICO DAS DOENÇAS GRAVES OU INCAPACITANTES AMPARADAS POR DIPLOMAS LEGAIS.

ENFERMIDADE	LEI Nº 8.112/90 REGIME JURÍDICO ÚNICO	LEI Nº 8.213/91 PREVIDÊNCIA SOCIAL	LEI Nº 11.052/04 IMPOSTO DE RENDA
Alienação mental	Sim	Sim	Sim
Cardiopatía grave	Sim	Sim	Sim
Cegueira posterior ao ingresso no serviço público	Sim	Sim	Sim
Doenças decorrentes de contaminação por radiação	Não	Sim	Sim
Doença de Parkinson	Sim	Sim	Sim
Esclerose múltipla	Sim	Não	Sim
Espondiloartrose anquilosante	Sim	Sim	Sim
Estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante)	Sim	Sim	Sim
Hanseníase	Sim	Sim	Sim
Hepatopatía grave	Não	Não	Sim
Nefropatía grave	Sim	Sim	Sim
Neoplasia maligna	Sim	Sim	Sim
Paralisia irreversível e incapacitante	Sim	Sim	Sim
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)	Sim	Sim	Sim
Tuberculose ativa	Sim	Sim	Sim

K) LEI Nº 6.259, DE 30 DE OUTUBRO DE 1975.

Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art 1º Consoante as atribuições que lhe foram conferidas dentro do Sistema Nacional de Saúde, na forma do artigo 1º da Lei nº 6.229, inciso I e seus itens a e d, de 17 de julho de 1975, o Ministério da Saúde, ordenará as ações relacionadas com o controle das doenças transmissíveis, orientando sua execução inclusive quanto à vigilância epidemiológica, à aplicação da notificação compulsória, ao programa de

imunizações e ao atendimento de agravos coletivos à saúde, bem como os decorrentes de calamidade pública.

Parágrafo único. Para o controle de epidemias e na ocorrência de casos de agravo à saúde decorrentes de calamidades públicas, o Ministério da Saúde, na execução das ações de que trata este artigo, coordenará a utilização de todos os recursos médicos e hospitalares necessários, públicos e privados, existentes nas áreas afetadas, podendo delegar essa competência às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

Título I

Da Ação de Vigilância Epidemiológica

Art 2º A ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde.

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde definir, em Regulamento, a organização e as atribuições dos serviços incumbidos da ação de Vigilância Epidemiológica, promover a sua implantação e coordenação.

§ 2º A ação de Vigilância Epidemiológica será efetuada pelo conjunto dos serviços de saúde, públicos e privados, devidamente habilitados para tal fim.

Título II

Do Programa Nacional de Imunizações

Art 3º Cabe ao Ministério da Saúde a elaboração do Programa Nacional de Imunizações, que definirá as vacinações, inclusive as de caráter obrigatório.

Parágrafo único. As vacinações obrigatórias serão praticadas de modo sistemático e gratuito pelos órgãos e entidades públicas, bem como pelas entidades privadas, subvencionadas pelos Governos Federal, Estaduais e Municipais, em todo o território nacional.

Art 4º O Ministério da Saúde coordenará e apoiará, técnica, material e financeiramente, a execução do programa, em âmbito nacional e regional.

§ 1º As ações relacionadas, com a execução do programa, são de responsabilidade das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, ou órgãos e entidades equivalentes, nas áreas dos seus respectivos territórios.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá participar, em caráter supletivo, das ações previstas no programa e assumir sua execução, quando o interesse nacional ou situações de emergência o justificarem.

§ 3º Ficará, em geral, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social, por intermédio da Central de Medicamentos, o esquema de aquisição e distribuição de medicamentos, a ser custeado pelos órgãos federais interessados.

Art 5º O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações será comprovado através de Atestado de Vacinação.

§ 1º O Atestado de Vacinação será emitido pelos serviços públicos de saúde ou por médicos em exercício de atividades privadas, devidamente credenciados para tal fim pela autoridade de saúde competente.

§ 2º O Atestado de Vacinação, em qualquer caso, será fornecido gratuitamente, com prazo de validade determinado, não podendo ser retido, por nenhum motivo, por pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado.

§ 3º Anualmente, para o pagamento do salário-família, será exigida do segurado a apresentação dos

Atestados de Vacinação dos seus beneficiários, que comprovarem o recebimento das vacinações obrigatórias, na forma que vier a ser estabelecida em regulamento.

Art 6º Os governos estaduais, com audiência prévia do Ministério da Saúde, poderão propor medidas legislativas complementares visando ao cumprimento das vacinações, obrigatórias por parte da população, no âmbito dos seus territórios.

Parágrafo único. As medidas de que trata este artigo serão observadas pelas entidades federais, estaduais e municipais, públicas e privadas, no âmbito do respectivo Estado.

Título III

Da Notificação Compulsória de Doenças

Art 7º São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada periodicamente.

§ 1º Na relação de doenças de que trata o inciso II deste artigo será incluído item para casos de “agravo inusitado à saúde”.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá exigir dos Serviços de Saúde a notificação negativa da ocorrência de doenças constantes da relação de que tratam os itens I e II deste artigo.

Art 8º É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º.

Art 9º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art 10. A notificação compulsória de casos de doenças tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação do paciente de doenças referidas neste artigo, fora do âmbito médico sanitário, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de grande risco à comunidade a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio do paciente ou do seu responsável.

Art 11. Recebida a notificação, a autoridade sanitária é obrigada a proceder à investigação epidemiológica pertinente para elucidação do diagnóstico e averiguação da disseminação da doença na população sob o risco.

Parágrafo único. A autoridade poderá exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e a grupos populacionais determinados, sempre que julgar oportuno visando à proteção da saúde pública.

Art 12. Em decorrência dos resultados, parciais ou finais, das investigações, dos inquéritos ou levantamentos epidemiológicos de que tratam o artigo 11 e seu parágrafo único, a autoridade sanitária fica obrigada a adotar, prontamente, as medidas indicadas para o controle da doença, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente.

Art 13. As pessoas físicas e as entidades públicas ou privadas, abrangidas pelas medidas referidas no artigo 12, ficam sujeitas ao controle determinado pela autoridade sanitária.

Título IV

Disposições Finais

Art 14. A inobservância das obrigações estabelecidas na presente Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sujeitando o infrator às penalidades previstas no Decreto-lei nº 785, de 25 de agosto de 1969, sem prejuízo das demais sanções penais cabíveis.

Art 15. O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art 16. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 30 de outubro de 1975; 154º da Independência e 87º da República.

ERNESTO GEISEL

José Carlos Seixas L. G. do Nascimento e Silva

Este texto não substitui o publicado no DOU de 31.10.1975

L) DECRETO Nº 78.231, DE 12 DE AGOSTO DE 1976.

Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição e tendo em vista o disposto no artigo 15 da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, DECRETA:

Art. 1º As ações de vigilância epidemiológica e a notificação compulsória de doenças, o Programa Nacional de Imunizações e as vacinações de caráter obrigatório serão organizados e disciplinados, em todo o território nacional, pelo disposto na Lei número 6.259, de 30 de outubro de 1975, neste regulamento e demais normas complementares estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Título I

Do Sistema de Vigilância Epidemiológica e da Notificação Compulsória de Doenças

Art. 2º Fica instituído o Sistema Nacional e Vigilância Epidemiológica, organizado e disciplinado em conformidade com o disposto neste decreto.

Art. 3º A vigilância epidemiológica será exercida, em todo o território nacional pelo conjunto de serviços de saúde, públicos e privados, habilitados para tal fim, organizados em Sistema específico, sob a coordenação do Ministério da Saúde, observadas as diretrizes gerais do Sistema Nacional de Saúde.

Art. 4º O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica é da responsabilidade institucional do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios Federais.

Art. 5º As ações de vigilância epidemiológica serão da responsabilidade imediata de uma rede especial de serviços de saúde, de complexidade crescente, cujas unidades disporão de meios para:

I - Coleta das informações básicas necessárias ao controle de doenças;

II - Diagnóstico das doenças que estejam sob o regime de notificação compulsória;

III - Averiguação da disseminação da doença notificada e a determinação da população sob risco;

IV - Proposição e execução das medidas de controle pertinentes;

V - Adoção de mecanismos de comunicação e coordenação do Sistema;

Art. 6º A rede de que trata o artigo anterior será composta por Unidades de Vigilância Epidemiológica, integrantes dos serviços de saúde a serem indicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, cada um com atuação junto à população residente ou em trânsito, em áreas geográficas delimitadas, contínuas e contíguas, abrangendo todo o território de cada Unidade da Federação.

§ 1º As áreas referidas neste artigo poderão abranger parte de um Município, todo o Município ou mais de um Município.

§ 2º Em Municípios onde não for identificado serviço de saúde para assumir funções próprias do Sistema, e não houver possibilidade de instalar um Posto de Notificação, a Secretaria de Saúde definirá o detentor de cargo público para executar as ações de vigilância epidemiológica que neste caso se resumirão à recepção e ao encaminhamento das notificações de doenças.

Art. 7º Constituem elementos do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica:

I - Órgão Central - aquele mantido pelo Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde;

II - Órgãos Regionais - aqueles mantidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios Federais, através de órgãos específicos de Epidemiologia integrantes de suas respectivas estruturas;

III - Órgãos Micro-Regionais - aqueles mantidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, quando houver regionalização administrativa das primeiras;

IV - Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE) - aquela componente de órgão local de saúde indicado pela Secretaria de Saúde das Unidades Federadas, dentre os estabelecimentos de saúde instalados no âmbito de seus respectivos territórios, e reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

Parágrafo único. Os demais serviços de saúde, os estabelecimentos de ensino, os Postos de Notificação e os profissionais obrigados a notificação compulsória de doenças ficarão vinculados às Unidades de Vigilância Epidemiológica de sua área geográfica na qualidade de agentes de notificação.

Art. 8º Constituem funções de Órgãos Central do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica:

I - Elaborar, atualizar e publicar plenamente, a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional;

II - Analisar e aprovar propostas das Secretarias de Saúde das Unidades da Federação, para incluir no âmbito de seus respectivos territórios outras doenças de notificação compulsória;

III - Estabelecer normas sobre a organização, procedimentos e funcionamento do Sistema, principalmente no que concerne às atividades de investigação epidemiológica e profilaxia, específica para cada doença, bem como no que se refere aos fluxos de informações;

IV - Supervisionar, controlar e avaliar a execução das ações de vigilância epidemiológica no território nacional, principalmente no que se refere ao desempenho dos Órgãos Regionais;

V - Centralizar, analisar e divulgar as informações decorrentes das ações de vigilância;

VI - Prestar apoio técnico e financeiro aos elementos subjacentes do Sistema, sobretudo aos Órgãos Regionais;

VII - Manter atualizada a relação das Unidades de Vigilância Epidemiológica de cada Unidade da Federação, divulgando-a anualmente.

Art. 9º Constituem funções dos Órgãos Regionais:

I - Observar as normas estabelecidas pelo Órgão Central e dispor, supletivamente, sobre a ação dos

elementos subjacentes no Sistema, inclusive, no que se refere à elaboração e atualização da relação de doenças de notificação compulsória, no território da Unidade Federada;

II - Supervisionar, coordenar, controlar, avaliar e apoiar a execução das ações de vigilância no território da Unidade Federada principalmente aquelas desempenhadas pelos Órgãos Micro-Regionais;

III - Centralizar, analisar e transmitir ao Órgão Central as informações decorrentes da ação de vigilância epidemiológica, divulgando-as;

IV - Apropriar os recursos necessários à manutenção e desenvolvimento dos elementos do Sistema sob sua responsabilidade, inclusive aqueles vinculados a outras instituições;

V - Buscar apoio para as suas ações no Órgão Central do Sistema;

VI - Manter atualizada a relação das Unidades de Vigilância Epidemiológica da respectiva Unidade da Federação, encaminhando-a anualmente ao Órgão Central do Sistema.

Art. 10. Constituem funções dos Órgãos Micro-Regionais:

I - Observar as normas estabelecidas pelos Órgãos Regionais;

II - Centralizar, analisar e transferir ao Órgão Regional as informações decorrentes de ações de vigilância epidemiológica;

III - Gerir, supervisionar e apoiar a execução das ações a cargo das Unidades de Vigilância Epidemiológica;

IV - Buscar apoio para as suas ações no Órgão Regional.

Art. 11. Constituem funções das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE):

I - Receber notificações;

II - Cumprir as normas comunicadas pelo Órgão Micro-Regional;

III - Registrar e transmitir informações sobre a ocorrência de doenças ao Órgão Micro-Regional;

IV - Executar investigações epidemiológicas e ações de profilaxia decorrentes das mesmas;

V - Supervisionar a atuação dos Postos Locais de Notificação e estabelecer as vinculações necessárias com os demais agentes de notificação, informando-os dos resultados decorrentes de suas notificações;

VI - Buscar apoio para suas ações no Órgão Micro-Regional.

Art. 12. Constituem funções dos Postos de Notificação:

I - Cumprir as normas comunicadas pela Unidade de Vigilância Epidemiológica;

II - Receber e buscar informações sobre os casos confirmados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória;

III - Notificar a ocorrência de doenças notificáveis à Unidade de Vigilância Epidemiológica.

Art. 13. Consideram-se informações básicas para o funcionamento do Sistema Nacional e Vigilância Epidemiológica:

I - As notificações compulsórias de doenças;

II - As declarações e atestados de óbitos;

III - Os resultados de estudos epidemiológicos pelas Autoridades Sanitárias;

IV - As notificações de quadros mórbidos inusitados e das demais doenças que, pela ocorrência de casos julgada anormal, sejam de interesse para a tomada de medidas de caráter coletivo.

Parágrafo único. Consideram-se de notificação compulsória:

I - As doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentena, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional;

II - As doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação, a ser atualizada, periodicamente, observado o artigo 7º, item II, e seu § 1º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 14. As notificações a que se referem os itens I e IV do artigo anterior deverão conter:

I - A indicação precisa que permita a Autoridade Sanitária identificar a pessoa portadora da doença e o local ou locais onde possa ser encontrada;

II - A indicação precisa da doença suspeita ou confirmada;

III - A data da notificação o nome e a residência do notificante.

Parágrafo único. A notificação compulsória de doenças deverá ser realizada, imediata ou posteriormente ao conhecimento do fato, por escrito e no modelo padronizado.

Art. 15. Para efeito deste Regulamento, são consideradas Autoridades Sanitárias, os responsáveis pelas Unidades de Vigilância Epidemiológica e pelos órgãos de epidemiologia bem como os seus superiores hierárquicos.

Art. 16. São componentes para o recebimento das notificações, os elementos componentes do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, segundo o disposto neste decreto que deverão proporcionar todas as facilidades ao seu alcance para o aperfeiçoamento e a celeridade do processo de notificação.

Art. 17. As Unidades de Vigilância Epidemiológica, face a uma notificação recebida, providenciarão o registro e arquivamento da mesma como documento hábil para desencadeamento das ações de investigação epidemiológica e eventual aplicação das medidas legais pertinentes, comunicando o fato às autoridades superiores.

Art. 18. Para cada doença de notificação compulsória, serão definidos a urgência e o modo de promover a notificação.

Art. 19. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica estará formalmente articulado com a rede de Laboratórios de Saúde Pública de modo a possibilitar a todas as Unidades de Vigilância Epidemiológica os necessários exames laboratoriais indicados para esclarecimentos de diagnósticos, clínico e epidemiológico.

Parágrafo único. Os demais laboratórios de análise de interesse para a saúde existentes nas áreas geográficas de responsabilidade das Unidades de Vigilância Epidemiológica proporcionarão às mesmas o apoio necessário para o esclarecimento do diagnóstico, através de mecanismos administrativos adequados.

Art. 20. Todas as unidades de prestação de serviços integrantes do Sistema Nacional de Saúde deverão estar vinculadas às Unidades de Vigilância Epidemiológica, de suas respectivas áreas, facilitando-lhes os meios para os esclarecimentos, clínico e laboratorial, do diagnóstico.

Art. 21. As ações de vigilância epidemiológica de doenças, objeto de programações verticais desenvolvidas pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde, constituirão um subsistema especial de serviços com atribuições e mecanismos de coordenação e comunicação próprios, diretamente vinculados aos subsistemas das Unidades Federadas.

Art. 22. Estão particularmente obrigados à notificação de doenças constantes das relações a que se refere o item I do artigo 8º deste Decreto:

I - Os médicos, no exercício de suas funções profissionais;

II - O dirigente de cada um dos estabelecimentos componentes do Sistema Nacional de Saúde que proporcionem serviços de saúde, em regime ambulatorial ou de internação, o qual será solidariamente responsável pela notificação, juntamente com os médicos que estejam atendendo paciente com suspeita ou confirmação de doença de notificação compulsória;

III - O dirigente de cada um dos estabelecimentos componentes do Sistema Nacional de Saúde que executem exames complementares para diagnóstico e tratamento, que serão solidariamente responsáveis pela notificação, juntamente com os médicos que recebam os resultados dos exames;

IV - O dirigente de estabelecimento de ensino em geral, público ou particular, sobretudo quando lhe

houver sido feita a comunicação de suspeita de doença de notificação compulsória em pessoa de seu estabelecimento de ensino, por qualquer membro do corpo docente, pais ou responsáveis por seus alunos;

V - As pessoas que, na forma deste Decreto, exercerem as funções de agente de notificação em Postos de Notificação.

Art. 23. Todos os encarregados de ações de vigilância epidemiológica manterão sigilo quanto à identificação pública do portador de doença notificada.

Parágrafo único. No caso de grave risco a comunidade, a juízo da autoridade sanitária e com o conhecimento prévio do paciente ou de seu responsável, será permitida a identificação do paciente fora do âmbito médico-sanitário.

Art. 24. Face à notificação de doença de notificação compulsória a Autoridade Sanitária mobilizará os recursos do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica de modo a possibilitar, na forma regulamentar, as ações necessárias ao esclarecimento do diagnóstico, a investigação epidemiológica e adoção das medidas de controle adequadas.

Art. 25. As pessoas naturais e jurídicas, de direito público e de direito privado, ficarão sujeitas às medidas de controle determinadas pela Autoridade Sanitária, quer para a investigação epidemiológica, quer para profilaxia decorrentes de notificação da doença.

Título II

Do Programa Nacional de Imunizações e das Vacinações de Caráter Obrigatório

Art. 26. O Ministério da Saúde elaborará, fará publicar e atualizará, bianualmente, o Programa Nacional de Imunizações que definirá as vacinações em todo o território nacional, inclusive as de caráter obrigatório.

Art. 27. Serão obrigatórias, em todo o território nacional, as vacinações como tal definidas pelo Ministério da Saúde, contra as doenças controláveis por essa técnica de prevenção, consideradas relevantes no quadro nosológico nacional.

Parágrafo único. Para efeito do disposto neste artigo o Ministério Saúde elaborará relações dos tipos de vacina cuja aplicação será obrigatória em todo o território nacional e em determinadas regiões do País, de acordo com comportamento epidemiológico das doenças.

Art. 28. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Territórios poderão tornar obrigatório o uso de outros tipos de vacina para a população de suas áreas geográficas desde que:

I - Obedeçam ao disposto neste Decreto e nas demais normas complementares baixadas para sua execução pelo Ministério da Saúde;

II - O Ministério da Saúde aprove previamente, a conveniência da medida;

III - Reunam condições operacionais para a execução das ações.

Art. 29. É dever de todo cidadão submeter-se e os menores dos quais tenha a guarda ou responsabilidade, à vacinação obrigatória.

Parágrafo único. Só será dispensada da vacinação obrigatória, a pessoa que apresentar Atestado Médico de contra-indicação explícita da aplicação da vacina.

Art. 30. São responsáveis institucionais pela vacinação obrigatória:

I - O Ministério da Saúde, em âmbito nacional;

II - As Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, no âmbito de seus respectivos territórios.

Parágrafo único. O complexo de serviços que constitui o Sistema Nacional de Saúde apoiará as ações de vacinação, principalmente aquelas de caráter obrigatório, na forma estabelecida por este regulamento e suas demais normas complementares.

Art. 31. A vacinação obrigatória será da responsabilidade imediata de uma rede de serviços de saúde cujas unidades deverão dispor de meios para:

- I - Executar as vacinações;
- II - Coordenar e controlar as vacinações executadas pelos demais serviços de saúde;
- III - Abastecer regularmente com vacinas os demais serviços de saúde;

§ 1º A rede de serviços de que trata este artigo será composta por Centros de Vacinação que integrarão determinados estabelecimentos de saúde definidos pelas Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, cada um com atuação junto à população residente ou em trânsito em áreas geográficas contínuas ou contíguas de modo a assegurar uma cobertura integral.

§ 2º As áreas a que se refere o § 1º poderão cobrir uma parte, o todo ou mais de um Município.

Art. 32. Ao Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde, compete:

- I - Implantar e implementar as ações do Programa relacionado com as vacinações de caráter obrigatório;
- II - Estabelecer critérios e prestar apoio técnico e financeiro a elaboração, implantação e implementação dos programas de vacinação a cargo das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas;
- III - Estabelecer normas básicas para a execução das vacinações;
- IV - Supervisionar, controlar e avaliar a execução das vacinações no território nacional principalmente o desempenho dos órgãos das Secretarias de Saúde, encarregados dos programas de vacinação;
- V - Centralizar, analisar e divulgar as informações referentes ao Programa Nacional de Imunizações.

Art. 33. Constituem funções das Secretarias de Saúde, através de seus órgãos responsáveis pelos programas de vacinação:

- I - Elaborar, implantar e implementar programas de imunizações, principalmente aqueles referentes a vacinação obrigatória;
- II - Designar os serviços de saúde que deverão incorporar os Centros de Vacinação constituindo a rede especial a que se refere o artigo 31 deste Regulamento;
- III - Limitar a área geográfica a que deve estender-se a influência dos Centros de Vacinação;
- IV - Manter a rede Centro de Vacinação;
- V - Manter Postos de Vacinação nos demais estabelecimentos de saúde que operam sob sua responsabilidade;
- VI - Promover a criação de Postos de Vacinação em todos os serviços de saúde de natureza pública e particular;
- VII - Credenciar médicos, como Agentes, para a execução das vacinações;
- VIII - Estabelecer normas complementares às baixadas pelo Ministério para a execução das vacinações;
- IX - Supervisionar, controlar e avaliar a execução das vacinações no território da Unidade Federada, pelos Centros, Postos e Agentes de Vacinação;
- X - Centralizar, analisar e transferir ao Ministério da Saúde as informações referentes às vacinações realizadas em períodos anteriores, divulgando-as.

Art. 34. Constituem funções dos Centros de Vacinação:

- I - Programar e garantir a vacinação da população residente ou em trânsito na sua área de influência, em conformidade com o Programa da respectiva Secretaria de Saúde;
- II - Distribuir e controlar o uso das vacinas pelos Postos e Agentes de Vacinação;
- III - Informar ao órgão imediatamente superior na estrutura da Secretaria de Saúde de que é inte-

grante, as vacinações realizadas em períodos anteriores;

IV - Manter o registro das vacinações realizadas;

V - Expedir Atestados de Vacinação para as pessoas que vacinar;

VI - Expedir Atestados da impossibilidade de obtenção das vacinações nos casos previstos neste Regulamento.

Art. 35. Constituem funções dos Postos e Agentes de Vacinação:

I - Vacinar as pessoas a quem estiverem prestando serviços de saúde;

II - Registrar as vacinações que executarem;

III - Expedir Atestados de Vacinação para as pessoas que vacinarem.

Parágrafo único. O credenciamento de serviços de saúde e de profissionais pelas Secretarias de Saúde para atuarem como Postos e Agentes de Vacinação deverá obedecer a critérios estabelecidos pelas primeiras, observadas as seguintes condições:

I - Existência de meios para armazenamento das vacinas e sua perfeita conservação, e de equipamentos destinados à aplicação das mesmas;

II - Registro do uso das vacinas nas fichas clínicas das pessoas vacinadas;

III - Compromisso de afixar em local visível as datas e horários para a aplicação das vacinas;

IV - Compromisso de comunicar as vacinações praticadas nos formulários distribuídos e nos prazos estipulados pelas Secretarias de Saúde.

Art. 36. Em situações especiais como na ocorrência de surtos epidêmicos, e a Juízo da Autoridade Sanitária vinculada ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a coordenação e execução do programa de vacinação serão transferidas às Unidades de Vigilância Epidemiológica atuantes nas áreas em que essas situações se verificarem.

Art. 37. O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações será comprovado através de Atestados de Vacinação, emitidos pelos serviços de saúde que aplicarem as vacinas.

§ 1º O atestado das vacinações de caráter obrigatório será consubstanciado em documento único, padronizado pelo Ministério da Saúde e deverá conter:

I - Os elementos de identificação civil da pessoa vacinada;

II - O tipo e a data da vacina aplicada;

III - A identificação do serviço de saúde onde a vacinação se realizou;

IV - A rubrica do executor da vacinação.

§ 2º Continuam em vigor os Atestados de Vacinação previstos no Regulamento Sanitário Internacional, para o caso das Doenças Quarentenáveis.

Art. 38. Toda pessoa vacinada tem o direito de exigir correspondente atestado comprobatório da vacinação obrigatória recebida, inclusive em segunda via, a fim de satisfazer exigências legais ou regulamentares.

§ 1º A pessoa que, durante o ano anterior, recorrer aos serviços de saúde autorizados para a realização de vacinações obrigatórias e não conseguir a aplicação das mesmas, poderá exigir desses estabelecimentos um atestado comprobatório da impossibilidade da vacinação, a fim de eximir-se nas datas aprazadas, das obrigações e sanções estabelecidas na legislação específica.

§ 2º Em situações excepcionais em que a coordenação das vacinações estiver sob a responsabilidade da Unidade de Vigilância Epidemiológica a Autoridade Sanitária poderá dispensar a emissão de Atestado.

Título III

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 39. Os atestados de vacinação obrigatória só serão exigidos a partir de 1º de julho de 1978, salvo a hipótese de emergência reconhecida pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Para efeito de pagamento de salário-família por dependentes de segurados de diferentes sistemas de previdência social, os atestados de vacinação obrigatória, somente serão exigidos a partir de 1º de julho de 1978, em relação aos dependentes nascidos a partir 1º de julho de 1977.

§ 2º O Ministério da Saúde por solicitação das Secretarias de Saúde poderá estabelecer novas datas quando ficar comprovada a impossibilidade do cumprimento da obrigação contida neste artigo e no seu § 1º.

Art. 40. As vacinas obrigatórias e seus respectivos Atestados serão gratuitos, inclusive quando executados por profissionais em suas clínicas ou consultórios, ou por estabelecimentos privados de prestação de serviços de saúde.

Art. 41. Os Atestados de Vacinação Obrigatória não poderão ser retidos, em qualquer hipótese e sob qualquer motivo, por pessoa natural ou jurídica.

Art. 42. Sem prejuízo do disposto no artigo 22 e seus itens, é dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, relacionada em conformidade com o artigo 8º, item I.

Art. 43. A inobservância das obrigações estabelecidas na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, neste Regulamento e em suas normas complementares, configura infração da legislação referente à Saúde Pública, sujeitando o infrator às penalidades previstas no Decreto-lei nº 785 de 25 de agosto de 1969, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 44. Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir os atos complementares visando à execução deste Regulamento.

Art. 45. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de agosto de 1976; 155º da Independência e 88º da República.

ERNESTO GEISEL

Paulo de Almeida Machado

DIRETRIZ BRASILEIRA DE CARDIOPATIA GRAVE

INTRODUÇÃO

Inúmeras pesquisas têm demonstrado que, se por um lado a expectativa de vida do brasileiro cresceu nos últimos dez anos, há, por outro, um índice muito maior de doenças cardiovasculares. Verificou-se, entre essas, o incremento de situações graves, que impedem o retorno de muitos pacientes ao trabalho. Tornou-se, então, fundamental conceituar cardiopatia grave, para a orientação tanto do cardiologista quanto de colegas de outras especialidades. Com essa intenção, a Sociedade Brasileira de Cardiologia propôs esta Diretriz.

O termo “cardiopatia grave” aparece pela primeira vez na legislação brasileira com a Lei n.º 1.711 (item III, do art. 178) do Estatuto dos Funcionários Civis da União, sancionada em 28 de outubro de 1952, que visava beneficiar os pacientes acometidos de moléstia profissional, acidente em serviço, tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave e estados avançados da doença de Pajé (osteíte deformante). Essa lei foi reeditada em outras ocasiões, sem modificações significativas. A partir de 1.º de janeiro de 1989, passou a vigorar como a Lei n.º 7.713/88, incluindo, então, a síndrome de imunodeficiência adquirida (Sida/Aids) e beneficiando os pacientes acometidos pelas mesmas doenças listadas na lei anterior, mesmo que tenham sido contraídas depois da aposentadoria ou reforma (arts. 6.º, XVI, e 57. Em 30 de dezembro de 2004, foi publicada, no Diário Oficial da União, a inclusão das hepatopatias graves, nefropatias graves, doenças causadas por radiação ionizante e a Doença de Parkinson como merecedoras do mesmo benefício.

Em 1952, uma comissão multidisciplinar de médicos enunciou o conceito de cardiopatia grave como doença que leva, em caráter temporário ou permanente, à redução da capacidade funcional do coração, a ponto de acarretar risco à vida ou impedir o servidor de exercer as suas atividades. A incapacitação laboral deve ser avaliada por perícia médica. Nesse procedimento, o segurado ou paciente, vítima de uma doença ou acidente de trabalho, é examinado por um profissional especializado (médico-perito), que avalia as condições de saúde e a capacidade laborativa, decidindo sobre a conveniência do afastamento ou o retorno às atividades laborativas habituais, de acordo com as normatizações contidas nos Estatutos do Funcionalismo Público Civil ou Militar dos municípios, estados e federação (Manual do Médico-Perito, 1980; Perícia Médica, 1990).

O médico-perito, diferentemente do médico cardiologista-clínico, não exerce a medicina clínica, pois não cuida de enfermos. Utiliza os conhecimentos médicos apenas para estabelecer o diagnóstico e o prognóstico clínico, para julgar a capacidade laborativa e sua imputabilidade. Assim, a atividade e o conhecimento pericial sugerem uma especialidade de cunho médico-judicial, na qual, além dos conhecimentos profundos de clínica, existe, como fim, a necessidade de uma postura, raciocínio e julgamento. A adaptação do conhecimento médico às exigências das normas legais realiza-se com critérios e princípios diferentes dos que regem a apreciação dos problemas clínicos. As exigências da medicina clínica são diferentes das exigências periciais.

A medicina pericial exercida atualmente em muito difere da praticada há 30 ou 40 anos. Mais do que nunca, passou-se a exigir a comprovação diagnóstica por meio de uma rigorosa avaliação clínica e comprovação laboratorial (métodos complementares não invasivos e invasivos), evitando-se as conclusões baseadas em impressões subjetivas ou alegações emanadas dos pacientes, sem o corroborativo laboratorial, tão sujeitas a erros ou interpretações enganosas.

CONCEITUAÇÃO

O conceito de cardiopatia grave engloba tanto doenças cardíacas crônicas quanto agudas. São consideradas cardiopatias graves:

- a) cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, que se tornam crônicas, caracterizadas por perda da capacidade física e funcional do coração;
- b) as cardiopatias crônicas, quando limitam progressivamente a capacidade física e funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação), apesar do tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado;
- c) cardiopatias crônicas ou agudas que apresentam dependência total de suporte inotrópico farmacológico (como dobutamina, dopamina) ou mecânico (tipo Biopump, balão intra-aórtico);
- d) cardiopatia terminal: forma de cardiopatia grave em que a expectativa de vida se encontra extremamente reduzida, geralmente não responsiva à terapia farmacológica máxima ou ao suporte hemodinâmico externo. Esses pacientes não são candidatos à terapia cirúrgica para correção do distúrbio de base (valvopatia, cardiopatia isquêmica, cardiopatia congênita...), ou ao transplante cardíaco, devido à severidade do quadro clínico ou a comorbidades associadas (hipertensão arterial pulmonar, disfunção renal severa, neoplasia avançada).

A limitação da capacidade física e funcional é definida, habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana e arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia. A gravidade dessas síndromes será definida nas seções posteriores.

A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em classes ou graus, assim descritos:

- a) Grau I: pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispneias, nem angina de peito, nem sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral;
- b) Grau II: pacientes portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispneia, palpitações ou angina de peito;
- c) Grau III: pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispneia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;
- d) Grau IV: pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Esses pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispneia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

Os meios de diagnósticos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração são: história clínica, com dados evolutivos da doença; exame clínico; eletrocardiograma, em repouso; eletrocardiografia dinâmica (Holter); teste ergométrico; teste de caminhada de 6 minutos; ergoespirometria (VO_2 pico $< 14\text{ml/kg/min}$); questionário de qualidade de vida SF-36; ecocardiograma, em repouso; ecocardiograma associado a esforço ou a procedimentos farmacológicos; estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências; cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (tálio, Mibi, tecnécio); cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos; cinecoronarioventriculografia; angiotomografia computadorizada, tomografia coronariana computadorizada, angioressonância magnética e ressonância magnética cardíaca.

Nos portadores de doença cardíaca não identificável pelos meios de diagnósticos citados, podem ser

utilizados outros exames e métodos complementares, como biópsia miocárdica.

Os achados fortuitos em exames complementares especializados não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave.

O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave, estão relacionados às seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias, pericardiopatias, aortopatias e cor pulmonale crônico.

Em algumas condições, determinado item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção $< 0,35$); porém, na grande maioria dos casos, para melhor conceituá-la é necessária avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares.

Nas seções a seguir, serão definidos os tópicos importantes a serem valorizados na definição de gravidade das diferentes cardiopatias.

I - CARDIOPATIA ISQUÊMICA

Forma aguda (infarto agudo do miocárdio/angina instável):

Síndromes coronarianas agudas sem supradesnivelamento de segmento ST com^{1,2} – sinais de baixo débito cardíaco; sinais de insuficiência cardíaca aguda; presença de arritmia ventricular maligna; sinais de disfunção ventricular mecânica; os tópicos acima, em paciente já revascularizado, sem condições de tratamento cirúrgico ou percutâneo.

Síndromes coronarianas agudas com supradesnivelamento do segmento ST ou BRE novo – choque cardiogênico (Killip IV); sinais de insuficiência cardíaca aguda (Killip II-III); presença de arritmia ventricular maligna; complicação mecânica do IAM (ruptura de parede livre, CIV, disfunção de músculo papilar); IAM anterior extenso (V1-V6 DI aVL); presença de BAV II, grau Mobitz II, BAVT, ou distúrbio de condução intraventricular; infarto perioperatório de CRM; quadro clínico de infarto agudo do miocárdio, em paciente já com infarto prévio de grande extensão, ou com IC já estabelecida.

Forma crônica (angina estável):

Quadro clínico de forma crônica – angina classes III e IV da CCS (Canadian Cardiovascular Society), apesar da terapêutica máxima adequadamente usada; manifestações clínicas de insuficiência cardíaca, associada à isquemia aguda nas formas crônicas; a presença de disfunção ventricular progressiva; arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extras-sístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada – devem-se associar dados do ECG e Holter).

Eletrocardiograma (repouso) – zona elétrica inativa (localização e magnitude), alterações permanentes e significativas na repolarização ventricular; alterações isquêmicas de ST-T (tipo segmento ST permanentemente elevado, configurando a possibilidade de aneurisma ventricular); distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular (QRS maior que 120 ms); hipertrofia ventricular esquerda, de grande magnitude; fibrilação atrial crônica; arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).

Radiografia do tórax – cardiomegalia com índice cardiorácico superior a 0,5, o qual possui valor prognóstico definido; congestão venocapilar pulmonar; derrame pleural bilateral ou unilateral importante.

Teste ergométrico – limitação da capacidade funcional (<5 MET); angina em carga baixa (<5MET); infradesnível do segmento ST: precoce (carga baixa), acentuada (>3mm), morfologia horizontal ou descendente, múltiplas derivações, duração prolongada (>6 min no período de recuperação). Supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio; comportamento anormal da pressão arterial diastólica: queda de PAS >30mmHg; insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca, descartado o uso de drogas que possam alterar o cronotropismo); sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço; arritmias ventriculares complexas, durante ou pós-esforço.

Cintilografia miocárdica associada a teste ergométrico (tálio, Mibi, tecnécio) – defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias); dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço; hipercaptação pulmonar; fração de ejeção (FE) em repouso ou esforço \leq (40 %) (valor específico para o método); comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE<5%); mobilidade parietal regional ou global anormal.

Cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos – interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico.

Ecocardiograma (em repouso) – fração de ejeção <0,40 (valor específico para o método). Alterações segmentares de grande magnitude ou vários segmentos que modificam a contratilidade ventricular, levando à redução da fração ventricular; dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associadas à hipertrofia ventricular esquerda; complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários; complicações associadas ao esforço ou aos procedimentos farmacológicos; aparecimento de alterações da contratilidade segmentar inexistentes no ecocardiograma em repouso. Anormalidades em dois segmentos da parede ventricular em repouso ou induzidas com doses baixas de dobutamina; resposta inotrópica inadequada ao uso de drogas cardioestimulantes; acentuação das alterações de contratilidade preexistentes; comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE <5%).

Eletrocardiografia dinâmica (Holter) – alterações isquêmicas dinâmicas (ST-T), associadas ou não à dor anginosa, com ou sem sintomas de disfunção ventricular esquerda; isquemia miocárdica silenciosa; arritmias ventriculares complexas, transitórias ou não; fibrilação atrial e *flutter* atrial associados à isquemia; distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia – bloqueios de ramos induzidos pelo esforço físico.

Cinecoronarioventriculografia – lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio), e, eventualmente, no leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de > 70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerdas; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

Fatores de risco e condições associadas – idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.

Pós-infarto do miocárdio – cintilografia com tálio / PET com FDG /RNM para pesquisa de viabilidade e demarcação de necrose, pois a extensão da necrose é marca de gravidade; disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia); isquemia à distância (em outra área que não a do infarto); arritmias ventriculares complexas; idade avançada (> 70 anos); comorbidades associadas, como diabetes mellitus; doença pulmonar obstrutiva severa, neoplasias, doença arterial periférica, comprometendo vários leitos arteriais. Quando o tratamento adequado – clínico, intervencionista ou cirúrgico – melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deve ser reconsiderado e reavaliado. No entanto, o critério de gravidade deve ser mantido se a fração de ejeção detectada permanecer com valores inferiores a 40%, ou a área de necrose quantificada por um dos métodos acima apresentar valor >20%, ou ainda houver detecção de arritmias malignas.

2 - CARDIOPATIA HIPERTENSIVA

A definição de cardiopatia grave na doença hipertensiva não depende exclusivamente dos níveis tensionais, mas da concomitância de lesões em órgãos-alvo: rins, coração, cérebro, retina e artérias periféricas.

Se a pressão diastólica for menor que 110mmHg e estiver acompanhada de danos a órgão(s)-alvo, é definida como cifra baixa complicada. Se a pressão diastólica for >110mmHg e estiver acompanhada de dano a órgão(s)-alvo, é definida como cifra alta complicada. Os órgãos-alvo que podem ser comprometidos por uma cifra baixa durante longo tempo ou por cifras altas durante curto tempo são coração, cérebro, rins, retina e artérias periféricas.

O comprometimento do coração na hipertensão arterial identifica a cardiopatia hipertensiva. Quando isso ocorre, frequentemente os demais órgãos-alvo também podem estar comprometidos. De outra parte, em alguns casos, um ou mais dos órgãos-alvo podem estar envolvidos, sem que o coração também o esteja. Nesses casos, não se trata de cardiopatia hipertensiva, mas de hipertensão arterial complicada.

Na cardiopatia hipertensiva, a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições: hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG, com alterações da repolarização ventricular; ou ecocardiograma com massa ventricular esquerda acima de 163 g/m em homens e de 121 g/m em mulheres e que não regride com o tratamento; disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção <0,40%; arritmias supraventriculares e ventriculares complexas relacionadas à hipertensão arterial; e cardiopatia isquêmica grave associada.

A cardiopatia hipertensiva é agravada, ainda, pelo comprometimento de outros órgãos-alvo, como discriminado a seguir:

E Cérebro: isquemia cerebral transitória, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico;

Rins : creatinina >3,0 mg/dl, ou DCE abaixo de 30ml/min; presença de albuminúria e/ou sinais de insuficiência renal crônica (redução do tamanho dos rins, disfunção plaquetária, anemia crônica, distúrbio do equilíbrio ácido-básico, hiperazotemia);

Artérias periféricas: : aneurisma e/ou dissecação da aorta, trombose arterial periférica, estenose de carótida >70% assintomática e > 50% com sintomas.

Retina: hemorragias, exsudato e papiledema, especialmente quando não regridem com tratamento adequado.

3 - MIOCARDIOPATIAS

Miocardiopatias hipertróficas – presença de um ou mais fatores abaixo: paciente sintomático, es-

pecialmente com história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica; diagnóstico na infância (baixa idade); hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T; cardiomegalia; disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção abaixo de 40%; fibrilação atrial; síndrome de Wolff-Parkinson-White associada; arritmias ventriculares complexas; regurgitação mitral importante; doença arterial coronariana grave associada; forma obstrutiva com gradiente de via de saída >50mmHg; perfil citogenético de alto risco.

Miocardopatias dilatadas (primárias ou secundárias) – presença de um ou mais destes fatores: história de fenômenos tromboembólicos sistêmicos; cardiomegalia importante; ritmo de galope (B3); insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; fração de ejeção <0,40; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; distúrbios da condução intraventricular, com complexos QRS > 120mms, ou presença de assincronia ventricular demonstrada por ecocardiograma, com Doppler tissular.

Miocardiopatia restritiva (endomiocardiofibrose, fibroelastose, miocardopatias infiltrativas-amiloidose) – presença de um ou mais fatores abaixo: história de fenômenos tromboembólicos; cardiomegalia acentuada; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; envolvimento do ventrículo direito; fibrose miocárdica acentuada; regurgitação mitral e/ou de tricúspide importante.

Cardiopatia chagásica crônica – história de síncope; fenômenos tromboembólicos; cardiomegalia acentuada; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; bloqueio bi ou trifascicular sintomático; bloqueio atrioventricular total.

4 – VALVOPATIAS

Insuficiência mitral

Quadro clínico – insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; frêmito sistólico palpável na região da ponta; primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética no foco mitral; sopro holossistólico no foco mitral, de intensidade > 3/6, com irradiação em faixa ou círculo; segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar; desdobramento amplo e constante da segunda bulha no foco pulmonar; insuficiência mitral aguda associada ou não a processo isquêmico.**Eletrocardiograma** – sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas, com alterações da repolarização ventricular; fibrilação atrial.

Radiografia de tórax – aumento acentuado da área cardíaca, como predominância das cavidades esquerdas; sinais de congestão venocapilar pulmonar; sinais de hipertensão pulmonar.

Ecocardiograma – presença de jato regurgitante de grande magnitude; comprometimento progressivo da função ventricular sistólica; aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo; inversão do fluxo sistólico em veia pulmonar; sinais de hipertensão pulmonar.

Hemodinâmica e angiografia – onda “v” com valor > 3 vezes em relação à média do capilar pulmonar; opacificação do átrio esquerdo igual ou maior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers; fração de regurgitação >60% (FR – volume de regurgitação/volume sistólico total).

Estenose mitral

Quadro clínico – história de comissurotomia mitral prévia; fenômenos tromboembólicos; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; episódios de edema pulmonar agudo; escarros hemópticos; fibrilação atrial; estalido precoce de abertura da valva mitral; impulsão sistólica de ventrículo direito;

segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar; sinais de insuficiência tricúspide.

Eletrocardiograma – fibrilação atrial; sinais de sobrecarga de câmaras direitas.

Estudo radiográfico – inversão do padrão vascular pulmonar; sinais de hipertensão venocapilar pulmonar; sinais de hipertensão arteriolar pulmonar.

Ecocardiograma – área valvar <1,0cm²; tempo de ½ pressão > 200ms; gradiente transvalvar mitral médio >15 mmHg; sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar >50mmHg); presença de trombo no átrio esquerdo.

Hemodinâmica – área valvar <1,0cm²; gradiente diastólico mitral médio >15 mmHg; pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo >20 mmHg; pressão sistólica da artéria pulmonar >50 mmHg.

Insuficiência aórtica

Quadro clínico – insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotimia, síncope); síndrome de Marfan associada; presença de galope ventricular (B3); sopro de Austin-Flint na ponta; íctus hipercinético, deslocado externamente; pressão diastólica próxima a zero; queda progressiva da pressão arterial sistólica; presença de aneurisma do seio de Valsalva.

Eletrocardiograma – sinais de sobrecarga ventricular esquerda com onda T negativa em precordiais esquerdas; sinais de sobrecarga atrial esquerda; fibrilação atrial.

Estudo radiográfico – aumento importante da área cardíaca, com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em “bota”); dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente; dilatação do átrio esquerdo.

Ecocardiograma – jato regurgitante Ao/VE largo e extenso; fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente; abertura valvar mitral somente com a sístole atrial; piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda; queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço, abaixo de 40%.

Cintilografia miocárdica – comportamento anormal da fração de ejeção, abaixo de 40%.

Hemodinâmica e angiografia – baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoventriculares; pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (>20 mmHg); opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (graus III e IV de Sellers); fração de regurgitação > 60%.

Estenose aórtica

Quadro clínico – sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotimia, síncope); angina de peito; presença de terceira bulha; insuficiência cardíaca; pressão arterial diferencial reduzida; pico tardio de intensidade máxima do sopro; desdobramento paradoxal da segunda bulha; fibrilação atrial.

Eletrocardiograma – sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnivelamento de ST e onda T negativa em precordiais esquerdas; sobrecarga atrial esquerda; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; bloqueio atrioventricular total.

Ecocardiograma – área valvar <0,75 cm²; gradiente médio de pressão transvalvar aórtica > 50 mmHg; gradiente máximo > 70 mmHg; sinais de hipocinesia ventricular esquerda.

Hemodinâmica – área valvar <0,75 cm²; hipocinesia ventricular esquerda; coronariopatia associada.

Situação pós-cirúrgica – dadas as condições hemodinâmicas que uma troca proporciona, é de consenso que a obstrução permanece, embora com um gradiente menor, mantendo, portanto, a condição fisiopatológica. A permanência da definição de cardiopatia grave dependerá do gesto profissional.

Prolapso valvar mitral

História familiar de morte súbita; história de síncope; fenômenos tromboembólicos; síndrome de Marfan associada; arritmias ventriculares complexas; fibrilação atrial; disfunção ventricular esquerda; regurgitação mitral importante; prolapso valvar tricúspide associado; cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas); rotura de cordoalhas tendíneas.

Pacientes portadores de prótese cardíaca

Presença de hemólise com necessidade de hemoterapia; sinais de disfunção protética aguda ou crônica; história de endocardite progressiva ou atual; presença de gradiente não funcional, acarretando disfunção/dilatação ventricular.

5 - PERICARDITES

As pericardiopatias podem ser consideradas graves, principalmente nas situações de extrema restrição do enchimento ventricular, por inflamação crônica. Devem estar presentes também achados clínicos associados ao quadro de restrição ventricular, como congestão circulatória periférica, pulso paradoxal, turgência jugular, refluxo hepato-jugular, hepatomegalia.

As grandes restrições pericárdicas devem-se às seguintes patologias:

- a) por tuberculose – forma decorrente da infecção pericárdica pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Em muitos adultos, a pericardite por Tbc representa reativação da doença. A pericardite por Tbc pode ser dividida em estágios: 1) seco; 2) efusivo; 3) absortivo; 4) constritivo (como sequela tardia);
- b) por radiação – pericardite tardia pode ocorrer de forma abrupta, ou como derrame pericárdico de instalação gradual, ou como forma constritiva. Na lesão por radiação, pode ocorrer doença também das coronárias e do miocárdio.

6 - COR PULMONALE CRÔNICO

Quadro clínico – manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor); insuficiência cardíaca direita; angina de peito classe III a IV da Nyha. Crises sincopais; hiperfonese clangorosa da segunda bulha no foco pulmonar; galope ventricular direito (B3). Gasometria arterial com PO₂ <60mmHg; PCO₂ >50mmHg.

Eletrocardiograma – sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.

Ecocardiografia – hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica; grande dilatação do átrio direito; pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada com base nas pressões do VD e AD, >60mmHg; insuficiência tricúspide importante; inversão do fluxo venoso na sístole atrial.

Estudo hemodinâmico – dilatação do tronco da artéria pulmonar. Dilatação do ventrículo direito; dilatação do átrio direito; pressão na artéria pulmonar >60mmHg; pressão no átrio direito > 15 mmHg; insuficiência pulmonar; insuficiência tricúspide.

7 - CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

Caracterizam-se como graves as cardiopatias congênitas que apresentam:

Do ponto de vista clínico – crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca (classe III e IV); hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

Do ponto de vista anatômico – doença arterial pulmonar; necrose miocárdica por doença coronariana ou de origem anômala das artérias coronarianas; drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas; hipotrofia ventricular direita; agenesias valvares (pulmonar e aórtica); hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral; hipoplasia ou atresia do coração esquerdo; estenose mitral; transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações; ventrículos únicos com atresias valvares; ectopias cardíacas com alterações múltiplas; cardiopatias complexas.

Do ponto de vista anátomo-funcional – sobrecargas diastólicas ventriculares associadas à hipotratilidade ventricular acentuada, com manifestações clínicas; sobrecargas sistólicas ventriculares com hipertrofia importante e desproporcionada ou com miocardioesclerose e manifestações clínicas; cardiopatias hipertróficas acentuadas, com manifestações clínicas; nas formas crônicas, com defeitos corrigidos, a presença de ICE, ICD ou ICC e seus achados clínicos – enteropatia perdedora de proteínas, ascite refratária, cirrose cardíaca.

8 - DOENÇAS DA AORTA

As doenças da aorta, principalmente em sua porção torácica, são patologias com morbimortalidade elevada. Tanto o tratamento clínico quanto o cirúrgico ainda estão relacionados a elevadas taxas de mortalidade, tornando esse grupo de patologias alvo de extrema importância no tópico das cardiopatias graves.

Aneurisma de aorta torácica

Considera-se a cirurgia cardíaca necessária quando o diâmetro encontra-se: maior que 5,5 cm na porção ascendente da aorta; maior que 6 cm na porção descendente da aorta; entre 6 e 7 cm nos pacientes de alto risco cirúrgico; maior que 5 cm nos portadores de síndrome de Marfan ou com válvula aórtica bicúspide; maior que 4 cm, em pacientes com válvula aórtica bicúspide, que necessitem de correção cirúrgica da valvopatia; ou com qualquer diâmetro associado a sintomas por compressão de estruturas vizinhas (rouquidão, dor e dispneia). A cirurgia é indicada também nos aneurismas de aorta associado a rápida progressão, história familiar de dissecação ou estados de hipermetabolismo (gestação).

Dissecção de aorta

Dissecção aguda de aorta (menos de 15 dias entre os sintomas e o diagnóstico), envolvendo porção ascendente (tipo A – Stanford), com ou sem envolvimento da válvula aórtica; dissecação aguda de aorta (Tipo B – Stanford), associada a comprometimento de órgão-alvo, ruptura ou iminência de ruptura (formação sacular), extensão retrógrada e nos portadores de síndrome de Marfan; dissecação não aguda da aorta associada a envolvimento de órgão-alvo, sintomas recorrentes, progressão retrógrada ou anterógrada da lesão intimal, já preestabelecida.

Hematoma de aorta

Os hematomas intramurais de aorta apresentam prognóstico semelhante ao da dissecação clássica de aorta; aqueles localizados na porção proximal da aorta são de pior prognóstico.

CONCLUSÃO

É correta a afirmativa de Besser de que “é preciso não confundir gravidade de uma cardiopatia com cardiopatia grave, uma entidade médico-pericial”.

Essencialmente, a classificação de uma cardiopatia grave não é baseada em dados que caracterizam uma entidade clínica, e, sim, nos aspectos de gravidade das cardiopatias, colocados em perspectiva com a capacidade de o servidor exercer as funções laborativas e na relação desses aspectos com o prognóstico de longo prazo e com a sobrevivência do indivíduo. Verifica-se uma dificuldade ainda maior na extensão do benefício aos inativos (aposentados), uma vez que esses indivíduos não mais exercem a atividade laborativa (esforço físico), um dos fatores considerados importantes no julgamento pericial de incapacitação.

Embora os procedimentos intervencionistas e cirúrgicos sejam considerados na medicina pericial apenas parte da estratégia terapêutica aplicada aos doentes, e, portanto, não sejam considerados doenças, sabemos que a cada intervenção corresponde uma enfermidade cardiovascular importante subjacente, a qual deverá ser avaliada em relação a uma ação deletéria e a deficiências funcionais que se possam imputar sobre a capacitação laboral do doente, como em todas as cardiopatias. Sabemos, também, que em grande número de pacientes a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação. Esse é o conceito dinâmico de “reversibilidade” da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente. De qualquer forma, nunca devemos achar, de antemão, que pacientes submetidos a quaisquer das intervenções mencionadas tenham cardiopatia grave, como erroneamente interpretado por muitos. Considera-se que um servidor (ativo ou inativo) é portador de cardiopatia grave quando existe uma doença cardíaca que acarrete o total e definitivo impedimento das condições laborativas, existindo, implicitamente, uma expectativa de vida reduzida ou diminuída, baseando-se o avaliador na documentação e no diagnóstico da cardiopatia.

Agravo

É qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas.

Assistente Técnico

Assistente técnico é um profissional de confiança da parte que o indicou e exercerá o seu mister com vistas a assegurar que a prova pericial seja realizada dentro dos limites da legalidade e da ética. A sua função é de acompanhar o ato pericial e emitir o seu parecer, contribuindo para a busca da verdade, indicando situações que possam não ter sido observadas pelo perito judicial.

A indicação é de livre escolha da parte e o assistente não estará sujeito às causas de impedimento e suspeição, ainda que tenha parentesco com a parte ou amizade íntima com ela.

Atestado Médico ou Odontológico

Documento emitido por médico ou cirurgião-dentista para atestar a condição de saúde.

Cargo Comissionado

Cargo público criado por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos, que compreende o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional atribuídas a um servidor, cuja investidura não depende de aprovação em concurso público para provimento em comissão, sendo de livre nomeação e exoneração. O cargo pode ser ocupado por servidor detentor de cargo efetivo ou não. O servidor que ocupa apenas cargo comissionado é segurado do Regime Geral de Previdência Social – RGPS.

Cargo Efetivo

Cargo público criado por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos, que compreende o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional atribuídas a um servidor, cuja investidura depende de aprovação em concurso público para provimento efetivo.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID

Publicação realizada pela Organização Mundial de Saúde com vistas a padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, incluindo grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. Trata-se de uma publicação de revisão periódica que se encontra em sua décima versão (CID 10/2008).

Declaração de Comparecimento

Documento emitido pelo profissional assistente para justificar o comparecimento a consulta com profissional de saúde, tratamento, procedimento ou exame, por uma fração do dia, não gerando licença, ficando a critério da chefia imediata do servidor autorizar a compensação do horário, nos termos do art. 44 da Lei nº 8.112, de 1990.

Doença

É a alteração do estado clínico do indivíduo, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar dano físico ou mental significativo para o ser humano.

Laudo Pericial

Documento técnico formulado por peritos oficiais em saúde com o objetivo de comunicar a conclusão pericial.

Licença de Ofício

A perícia de ofício é aquela onde o afastamento é concedido sem a anuência do servidor, mas não sem que ele seja visto e avaliado, e seu quadro médico/odontológico de incapacidade muito bem documentado. Se ele não reconhece a incapacidade e não concorda com o afastamento cabe a licença por ofício.

À equipe multiprofissional cabe o acompanhamento do servidor e orientação à família.

Parecer Técnico

É o resultado de avaliação específica fundamentada em legislações, conhecimentos e protocolos que subsidiam as conclusões e laudos periciais.

Perícia Judicial ou Forense

Trata-se de ato praticado por profissional que possui formação em determinada área, como por exemplo, médico, cirurgião-dentista, engenheiro de segurança do trabalho, assistente social, psicólogo. Este profissional é designado especificamente por juiz para atuar em processos judiciais a fim de auxiliar a atividade julgadora do magistrado. Nestas perícias poderão atuar os profissionais designados peritos e assistentes técnicos das partes.

Readaptação

É a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade laborativa física ou mental, constatada por avaliação pericial.

Reabilitação Funcional

É o processo de duração limitada, com objetivo definido, destinado a recuperar pessoa com incapacidade adquirida para alcançar níveis físicos, mentais e funcionais que possibilitem o seu retorno ao trabalho.

Relatório de Profissional Assistente

Documento emitido por profissional de saúde que assiste o periciado para subsidiar as decisões periciais.

Restrição de Atividade Laboral

É a recomendação para a não realização de uma ou mais atribuições do cargo, função ou emprego, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença do servidor ou risco a terceiro.

Servidor

Pessoa legalmente investida em cargo público, seja efetivo ou comissionado, nos termos da Lei nº 8.112, de 1990.