



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



Fazendo bem a quem faz um DF melhor

MANUAL DE PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

MANUAL DE PERÍCIA MÉDICA OFICIAL





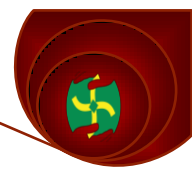
GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA
DOS SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS

Manual de Perícia Médica

Oficial do GDF

2013

Brasília, Patrimônio Cultural da Humanidade



Brasília, Patrimônio Cultural da Humanidade

Copyright © 2013 – Secretaria de Estado de Administração Pública – SEAP/GDF

A reprodução do todo ou parte deste documento é permitida somente com a autorização prévia e oficial da SEAP/GDF.

Título original: Manual de Perícia Médica Oficial do GDF

Disponível em CD-ROM

Tiragem desta edição:

Impresso no Brasil

1ª edição: 2013

Grupo de Trabalho constituído para realização deste manual:

Responsável: Coordenadora de Perícias Médicas

Nome: Thays Rettore Orlando Cabral Zocrato Gomes

Membros:

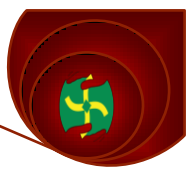
Amana Danyelle de A. Caldas – Gerente de Perícias Médicas

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha – Coordenadora de Saúde e Seg. do Trabalho

Dados Internacionais de catalogação na Publicação

Manual de Perícia Médica Oficial do GDF/
Editado por Thays Rettore Orlando Cabral Zocrato Gomes. –
Brasília: SEAP, 2013. 261 p.

1. Manual de Perícia Médica Oficial do GDF
2. Secretaria de Estado de Administração Pública do Distrito Federal.



AGNELO SANTOS QUEIROZ FILHO

Governador do Distrito Federal

TADEU FILIPELLI

Vice-Governador

WILMAR LACERDA

Secretário de Estado de Administração Pública

LUCIANE KOZICZ REIS ARAÚJO

Subsecretária de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores

THAYS RETTORE CABRAL ZOCRATTO

Coordenadora de Perícias Médicas

AMANDA DANYELLE DE AMORIM CALDAS

Gerente de Perícias Médicas

Subsaúde

Cuidando Bem de quem faz um DF melhor!

Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência
dos Servidores/SEAP

Coordenação de Perícias Médicas

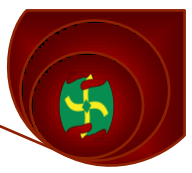
Thays Rettore Cabral Zocratto
Gerência de Perícias Médicas
Amanda Danyelle de Amorim Caldas
Gerência de Epidemiologia e Estatística em Saúde
Maviane Vieira Monteiro Ribeiro

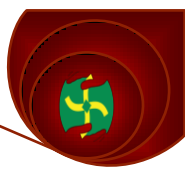
Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha
Gerência de Promoção à Saúde do Servidor
Joyce Pessoa Ferro
Gerência de Segurança do Trabalho
Rogério Campos Oliveira
Gerência de Saúde Mental e Preventiva
Synara Tadeu de Oliveira Ferreira

Coordenação de Previdência

Jeanne Fernandes de Medeiros

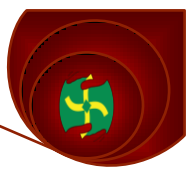


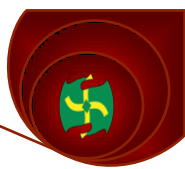


**“Digo: o real não está na saída
nem na chegada:**

**ele se dispõe para a gente é no
meio da travessia.”**

João Guimarães Rosa





AUTORES

AUTORA COORDENADORA:

Thays Rettore Cabral Zocratto

AUTORAS REVISORAS:

Amanda Danyelle de Amorim Caldas

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha

AUTORES COLABORADORES:

Alexandre Omena

Ana Claudia Lopes

Ana Lucia Rezende

Antônio Donizete Jorge

Caroline da Cunha Diniz

Cecília Cardinale Lima de Melo

Clênia dos Santos Monteiro

Douglas Amaral

Flávia da Cunha Diniz

Gilvana de Jesus do Vale Campos

Heline Leal Titan

Jeanne Fernandes de Medeiros

Joyce Pessoa Ferro

M^a do P. Socorro Dourado Seabra

M^a do P. Socorro Aires Souza

Maviane Vieira Machado Ribeiro

Mônica Pacheco de Assis Eira

Nilson Campos

Roberto Rodrigues de Souza Filho

Rogério Campos de Oliveira

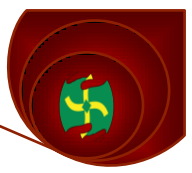
Saulo Saulo Veras Machado

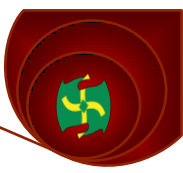
Synara Tadeu de Oliveira Ferreira

Yoná Cristina Prado Lôbo

COORDENAÇÃO GERAL

Luciane Kozicz Reis Araújo





AGRADECIMENTOS:

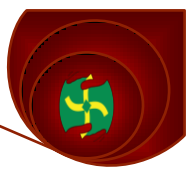
Em especial a todos aqueles que construíram a Perícia Médica no Distrito Federal.

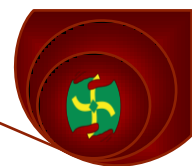
A todos servidores da Subsaúde.

Aos integrantes do Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho.

A todos os servidores do Governo do Distrito Federal.

Somente com vocês é possível escrever esta história.





APRESENTAÇÃO

Não se pode, em princípio, refletir sobre a história da Perícia Médica no Brasil sem que se proceda a uma avaliação, de forma objetiva, de alguns fatos desencadeados pela globalização que influências na condução de Políticas Públicas de Saúde no nosso país e suas consequências de caráter ético e moral. A Medicina Pericial ocorre por meio através de um instrumento de política social e, está em constante atualização.

A publicação deste primeiro Manual de Perícias Médicas do Distrito Federal é a materialização de inúmeras discussões, ideias e propostas de uma equipe multidisciplinar formadora de opinião. Unificar o diálogo dos Médicos Perito com os servidores deixa de ser uma carta de intenção e resume de forma incontestável uma nova e democrática era. Deixando claro, assim, as prioridades deste Governo, que se responsabiliza pelo bem-estar físico, mental e social no trabalho e pela manutenção dos benefícios previdenciários dos Servidores Públicos, deixando como legado uma Política de Estado indelével na história do Distrito Federal.

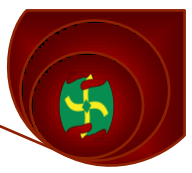
Os princípios que regem as relações nos atos periciais precisam transcender os códigos, os controles e os métodos para individualizar o atendimento ao servidor do Governo do Distrito Federal. É preciso tratar o Servidor Público com honradez e dignidade, reconhecendo-o e valorizando-o, para que reúna condições de oferecer um serviço eficiente e de qualidade à sociedade.

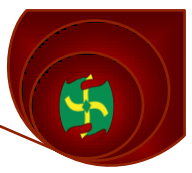
Esse manual simboliza o início da parametrização da Medicina Pericial a ser exercida no âmbito de todo o Governo do Distrito Federal .

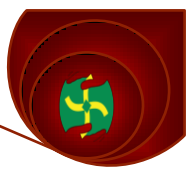
Deixar essa história escrita é a forma que encontramos para que ela se perpetue.

Wilmar Lacerda

Secretario de Administração Pública
Governo de Distrito Federal







Portaria N° 50, de 27 de março de 2013

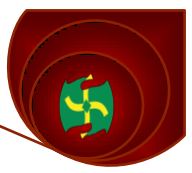
Institui o Manual de Perícias Médicas do Servidor Público do Distrito Federal, no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional.

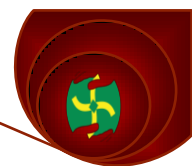
O SECRETÁRIO DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 105, da Lei Orgânica do Distrito Federal, à vista do Decreto n.º 33.653, de 10 de maio de 2012, RESOLVE:

Art. 1º Fica instituído o Manual Perícias Médicas do Servidor Público do Distrito Federal, no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional, cujo teor estará disponível no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Administração Pública: www.seap.df.gov.br.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

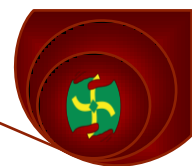
WILMAR LACERDA



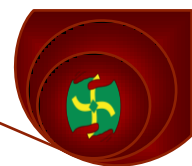


SUMÁRIO

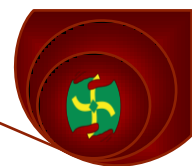
CAPÍTULO 1. SUBSAÚDE.....	26
1.1. Apresentação:.....	26
1.2. Estrutura da Subsaúde:.....	27
1.3. Nossa Missão:.....	28
1.4. Nossa Visão:.....	28
1.5. As Diretrizes:	28
CAPÍTULO 2. CONSELHO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO	31
2.1. O Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho – CSST;	31
2.2. Ações do Conselho:	31
CAPÍTULO 3. CONCEITOS ÚTEIS EM PERÍCIA MÉDICA:	35
3.1. Perícia Médica:.....	35
3.2. Perícia Médica Oficial:.....	35
3.3. Visitas Técnicas:	35
3.4. Unidade de Perícias Médicas:.....	36
3.5. Perito Médico Oficial:	36
3.6. Capacidade Laborativa:	36
3.7. Incapacidade Laborativa:.....	37
3.8. Invalidez:.....	38
3.9. Readaptação Funcional:	38
3.10. Restrição Laboral:.....	39
3.11. Readequação:	39



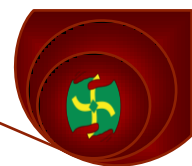
3.12.	Remoção:.....	39
3.13.	Deficiência:.....	39
3.14.	Esforço acrescido:.....	39
3.15.	Acidente em Serviço:.....	39
3.16.	Doenças Relacionadas ao Trabalho:	40
3.17.	Doença Profissional:	40
3.18.	Homologação de Atestado Médico:.....	40
3.19.	Laudo Pericial:	41
CAPÍTULO 4. PRINCÍPIOS ÉTICOS		45
4.1.	Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica	45
4.2.	Em relação à auditoria e perícia médica, o Código de Ética Médica dispõe no capítulo XI, os seguintes artigos:.....	47
4.3.	Resoluções e pareceres do Conselho Federal e Regionais de Medicina que assinalam a conduta Médico pericial.	48
4.4.	CFM - DESPACHO SJ 335/2012	52
CAPÍTULO 5. PRINCÍPIOS MÉDICO PERICIAIS.....		58
5.1.	Perícia Médica Administrativa.....	58
5.2.	Expertise Médica Pericial:	60
5.3.	Relacionamento do Perito Médico Oficial com os Servidores e seus dependentes:	62
5.4.	Relacionamento do Perito com o Médico e Odontólogo Assistente	63
5.5.	Isenção na perícia médica.....	64
5.6.	Alguns cuidados e atitudes que o Médico Perito deve tomar:.....	64
5.7.	Recomendações ao Médico Perito quanto à vestimenta adequada:	65
CAPÍTULO 6. PROCEDIMENTOS EM PERÍCIA MÉDICA		68



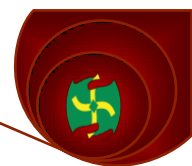
6.1.	Avaliação Médico Pericial:.....	68
6.2.	Documentos Médicos Periciais:.....	68
6.3.	Elementos fundamentais em um laudo Médico pericial	69
6.4.	Homologação de Atestados Médicos:.....	70
6.5.	Análise de Processos:	72
CAPÍTULO 7. AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR		78
7.1.	Da Avaliação da Assistência Social	78
7.2.	Da Avaliação dos Profissionais de Segurança do Trabalho:.....	80
7.3.	Da Avaliação Psicológica	80
7.4.	Da Visita Técnica do Programa de Atenção ao Dependente Químico - PADQ.....	81
CAPÍTULO 8. GERÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA E ESTATÍSTICA EM SAÚDE.....		86
8.1.	Fluxograma.....	88
8.2.	Banco de Dados.....	88
8.3.	Campos.....	88
8.4.	Preparação de Campos.....	89
8.5.	Análises Estatísticas - SPSS	89
CAPÍTULO		90
CAPÍTULO 9. DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI		92
9.1.	TUBERCULOSE ATIVA	94
9.2.	HANSENÍASE.....	97
9.3.	LEUCEMIA;	100
9.4.	PÊNFIGO FOLIÁCEO	102



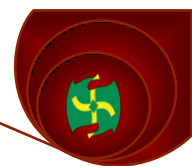
9.5.	ALIENAÇÃO MENTAL.....	104
9.6.	NEOPLASIA MALIGNA	106
9.7.	CEGUEIRA POSTERIOR AO INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO.....	108
9.8.	PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE	111
9.9.	HEPATOPATIA GRAVE.....	113
9.10.	CARDIOPATIA GRAVE	116
9.11.	DOENÇA DE PARKINSON.....	121
9.12.	ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE.....	126
9.13.	NEFROPATIA GRAVE	130
9.14.	ESTADO AVANÇADO DA DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)	132
9.15.	SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA	134
9.16.	NEUROPATIA GRAVE;	137
9.17.	ESCLEROSE MÚLTIPLA	138
9.18.	CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO.....	140
CAPÍTULO 10. A PERÍCIA MÉDICA PSIQUIÁTRICA.....		147
CAPÍTULO 11. COMPROVAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA		155
11.1.	Dos Benefícios aos Servidores com Deficiência:.....	159
11.2.	Do Concurso Público:.....	160
CAPÍTULO 12. ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES DE PERÍCIAS MÉDICAS		166
12.1.	Funções do Coordenador:	166
12.2.	Funções do Gerente de Perícias Médicas:	167
12.3.	Funções dos Médicos Perito:.....	168
12.4.	Funções do Técnico de Enfermagem.....	169



12.5.	Função do Administrativo:	170
12.6.	Funções do Serviço Social	171
12.7.	Função dos Membros da Comissão de Readaptação Profissional:	172
12.8.	Função da Gerência de Epidemiologia e Estatística em Saúde:.....	174
CAPÍTULO 13. READAPTAÇÃO		178
13.1.	A Comissão Permanente de Readaptação Profissional.....	179
13.2.	Do funcionamento:	180
13.3.	Processo de Reabilitação Ocupacional.....	181
13.4.	Cancelamento da Readaptação Funcional	181
CAPÍTULO 14. DO DIREITO DE PETIÇÃO		184
14.1.	PORTARIA Nº 49, DE 26 DE MAIO DE 2011.....	185
14.2.	Fluxograma:	187
CAPÍTULO 15. ASPECTOS PRÁTICOS DA PERÍCIA MÉDICA:.....		190
15.1.	LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE	190
15.2.	PERÍCIA EM TRÂNSITO:	192
15.3.	LICENÇA E PROCEDIMENTOS DECORRENTES DE ACIDENTE EM SERVIÇO OU DOENÇA PROFISSIONAL	193
15.4.	LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA	194
15.5.	LICENÇA MATERNIDADE	195
15.6.	READAPTAÇÃO FUNCIONAL.....	197
15.7.	REMOÇÃO	198
15.8.	APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	199
15.9.	REVERSÃO:.....	200



15.10.	ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA	201
15.11.	INTEGRALIZAÇÃO DE PROVENTOS.....	203
15.12.	CONSTATAÇÃO DE INVALIDEZ E INCLUSÃO DE DEPENDENTES:	204
15.13.	AUXÍLIO-CRECHE:	205
15.14.	PERÍCIA EXTERNA (HOSPITALAR E DOMICILIAR);.....	206
15.15.	PROCESSOS DISCIPLINARES:.....	207
15.16.	CONCESSÃO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA OU PARA SERVIDOR COM FAMILIAR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:	207
15.17.	READEQUAÇÃO:.....	209
CAPÍTULO 16.	CONCLUSÃO PERICIAL:	214
CAPÍTULO 17.	FORMULÁRIOS PADRONIZADOS	223
CAPÍTULO 18.	BIBLIOGRAFIA	256
CAPÍTULO 19.	ANEXOS	260
ANEXO I:	260
ANEXO II:	264



INTRODUÇÃO

A Perícia Médica no Brasil é incipiente em relação a outros países, que apresentam tradição centenária nesta importante especialidade, cujo objetivo primordial é buscar evidências para desvendar a verdade e garantir a justiça.

A palavra “Perito” deriva do latim “Peritus” e significa sábio, experimentado, hábil, prático em uma ciência ou arte. O Perito deve ser um profissional qualificado, que detenha o saber técnico, com conhecimentos especiais para auxiliar a justiça, as autoridades policiais e a administração pública.

Ter expertise em uma determinada especialidade médica, não qualifica o Médico para responder às questões Médico-Periciais. A despeito de seu conhecimento sobre a prática da assistência médica, é provável que desconheça por completo os critérios clínico-periciais para a avaliação da capacidade laborativa, por exemplo.

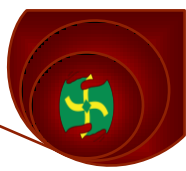
A especialidade de Medicina Legal e Perícias Médicas envolve complexa rede de conhecimentos médicos, jurídicos, matemáticos e filosóficos, demandando, portanto, técnica apurada e elevado nível de formação, que devem ser mantidos e atualizados continuamente.

Especificamente, a Perícia Administrativa versa sobre a avaliação da capacidade laboral e concessão de benefícios previdenciários. Para a realização desses procedimentos é necessária minuciosa anamnese pericial, com coleta dos dados relativos aos sinais e sintomas apresentados, proceder ao exame físico objetivo e detalhado, descrever os achados no Laudo Pericial de forma isenta, realizar a correta interpretação de todos os dados obtidos, avaliar pareceres médicos e exames complementares, buscar dados e informações na literatura médica, contatar com o próprio Médico assistente do periciando, assim como com especialistas isentos para discussão dos casos, e tudo mais que o Médico Perito julgar necessário para subsidiar uma conclusão técnica, isenta e legalmente correta.

O objetivo do Médico Perito não é diagnosticar nem tratar a doença, muito embora, na maioria das vezes o diagnóstico etiológico, nosológico e diferencial sejam determinados, mas, estabelecer a relação de causalidade existente entre agravos e o meio; estabelecer a extensão dos efeitos sobre a capacidade laborativa e seu prognóstico, realizar enquadramentos técnicos e legais e identificar os critérios clínicos para concessão de determinados benefícios.

O Médico Perito, durante a perícia administrativa, faz a análise da entidade nosológica e a extensão dos efeitos sobre a capacidade laborativa e sobre os critérios clínicos para concessão de determinados benefícios.

Por isso, a Medicina Pericial é uma atividade gratificante e apaixonante, pois exige do Médico amplo conhecimento, atualização contínua, humildade, interesse, isenção,



compromisso e ética. Esta capacidade está ao alcance de todos os médicos interessados e treinados nas questões relativas à atividade pericial não necessitando, em absoluto, que seja um especialista na doença em cujo caso atuar como Perito.

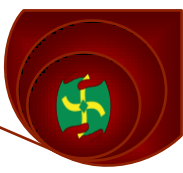
Os protocolos, aqui apresentados, estão embasados em diversas discussões entre os médicos peritos do Distrito Federal e, do Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho. Essa parametrização que tem como desígnio firmar a unicidade do atendimento pericial e estabelecer uma avaliação objetiva do servidor distrital.

A nossa expectativa é que este Manual sirva de guia para uma consulta rápida promovendo significativa padronização nos procedimentos, autonomia e segurança para os Médicos Perito, princípios indispensáveis para a perícia médica. O manual é apenas o início da construção coletiva de algo maior.

Que tenhamos todos uma ótima leitura e excelente aproveitamento deste material.

Thays Rettore Cabral Zocatto

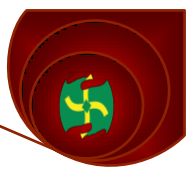
Coordenadora de Perícias Médicas
Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores
Secretaria de Administração Pública - GDF

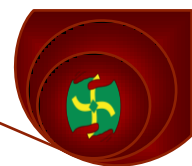


Capítulo I – Subsaúde

**“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser
interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho
novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”**

Fernando Sabino



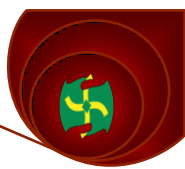


CAPÍTULO 1. SUBSAÚDE

1.1. Apresentação:

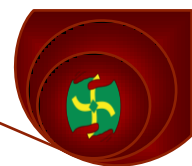
A Secretaria de Estado de Administração Pública do Distrito Federal, criada pelo Decreto nº 32.716 de 1º de janeiro de 2011, por intermédio de sua Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores - Subsaúde (instituída pelo meio do Decreto nº 32.795/2011) tem priorizado a busca da excelência no serviço público prestado à área da saúde dos servidores e aplicado esforços para aprimoramento e adequação das atividades.

A Subsaúde, é o órgão de gerenciamento central em saúde, segurança e previdência dos servidores, e, é de sua competência realizar estudos, normatizar, propor diretrizes, planejar, controlar e auditar as ações em matéria de saúde, segurança do trabalho e do regime próprio de previdência no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal. Essa política tem o seu tripé formado pela: Prevenção, Promoção e Vigilância; Previdência; e Perícia Médica Oficial.



1.2. Estrutura da Subsaúde:





1.3. Nossa Missão:

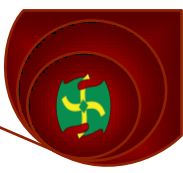
Contribuir para a melhoria dos processos ambientais, sociais, psicológicos, políticos, econômicos e organizacionais, que afetam a saúde dos servidores públicos no ambiente de trabalho.

1.4. Nossa Visão:

Ser um instrumento efetivo para elaboração e o cumprimento da Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor.

1.5. As Diretrizes:

- a) Proposição de políticas voltadas à saúde do servidor do Governo do Distrito Federal.
- b) Garantia de efetivo cumprimento das ações em saúde, por meio do acordo de cooperação técnica;
- c) Utilização de instrumentos científicos que viabilizem a leitura de indicadores psicossociais no trabalho, para atuar na prevenção desses riscos;
- d) Supervisão da equipe multidisciplinar da Subsaúde aos gestores de pessoas dos órgãos atendidos na implantação do Plano de Ação na referida área;
- e) Normatização das práticas dos serviços de saúde oferecidos ao servidor.

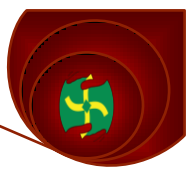


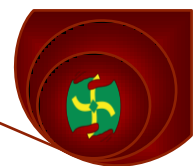
Capítulo II - Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho

Saber não é suficiente; temos que aplicar.

Ter vontade não é suficiente: temos que implementá-la.

Goethe





CAPÍTULO 2. CONSELHO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

2.1. O Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho – CSST;

É órgão colegiado de segundo grau, de caráter consultivo e deliberativo, de natureza permanente, criado pelo Decreto 32.716/2011, regimentado pela Portaria 42/2012, presidido pelo Secretário de Estado de Administração Pública do Distrito Federal. Esse Conselho tem por finalidade atuar na formulação, implantação e controle da execução da Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor – PIASS, em conjunto com a Subsaúde, elaborando estratégias de ação conjunta, e diretrizes no processo de construção em toda a sua amplitude, no âmbito dos órgãos públicos da Administração Direta Autárquica e Fundacional do Distrito Federal, como uma Política de Estado permanente.

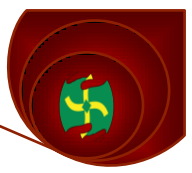
Em outras palavras, esse colegiado é o local onde expressam o exercício concreto de poder decisório, na medida em que permitem a interferência direta e legítima nas disposições das ações relacionadas à de saúde e segurança dos servidores do Distrito Federal.

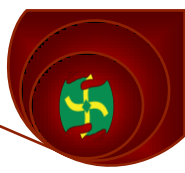
2.2. Ações do Conselho:

Dentre várias ações normativas instituída pelo CSST com o objetivo de melhorar a qualidade de vida no trabalho do servidor do Distrito Federal. Iniciado formalmente pelos protocolos instituídos no Manual de Saúde e Segurança do Trabalho, pela Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho/ Subsaúde.

E, sabendo que as ações em Perícia Médica interferem diretamente vida funcional dos servidores, pensou-se a necessidade de padronização dos procedimentos de atendimento e formulários para as Unidades de Perícias Médicas.

Todo o material descrito nos próximos capítulos é embasado em diversas discussões do Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho – CSST e aprovado na reunião ordinária do dia 15 de março de 2013.

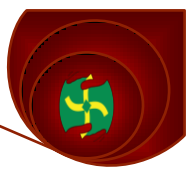


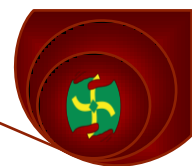


Capítulo III - Conceitos Úteis em Perícia Médica:

“Quem não conhece o que procura, não sabe interpretar o que encontra”

Claude Bernard





CAPÍTULO 3. CONCEITOS ÚTEIS EM PERÍCIA MÉDICA:

3.1. Perícia Médica:

Segundo Hermes Rodrigues de Alcântara, é em sentido amplo todo e qualquer ato propedêutico ou exame, feito por médico, com a finalidade de contribuir com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias na formação de juízos a que estão obrigados.

3.2. Perícia Médica Oficial:

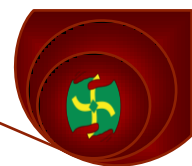
Pode ser conceituada, como o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do servidor por médico formalmente designado (SIASS, 2010). A perícia oficial em saúde produz informações para fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto na Lei Complementar Nº 840, de 23 de Dezembro de 2011 e suas alterações posteriores.

- **Perícia Oficial Singular:** Quando a Perícia oficial é realizada por apenas um Médico.
- **Junta Médica Oficial:** Quando a Perícia oficial é realizada por um grupo de dois ou mais Médicos.

3.3. Visitas Técnicas:

As visitas externas tem por finalidade dirimir possíveis dúvidas sobre a capacidade laboral dos servidores e sobre a necessidade de conceder benefícios solicitados. Constituindo uma visão ampliada sobre a interação do servidor, sua vida laboral e pessoal, e, como essas dinâmicas podem interferir na vida dos trabalhadores do Distrito Federal.

- **Visita Técnica da Assistência Social:** esse é o instrumento utilizado pela Junta Médica Oficial a fim de dirimir as dúvidas sobre a capacidade laboral do servidor relacionadas à vulnerabilidade social do servidor, conflitos no ambiente de trabalho, necessidade de acompanhamento de familiar, e remoção por motivo de saúde ou outras questões identificadas que estejam relacionadas ao quadro de saúde do servidor. O Parecer Social é realizado através de visitas institucionais ao local de trabalho e no domicílio do servidor.
- **Visita Técnica do Programa de Atenção ao Dependente Químico – PADQ:** O parecer do PADQ é realizado por equipe multiprofissional, que



pode ser composta por psicólogo e enfermeiro do trabalho, e, tem como objetivo verificar o estado psíquico-emocional dos servidores dependentes químicos internados em comunidades terapêuticas, assim como, averiguar condições físicas de clínicas e, o serviço prestado pela equipe profissional das mesmas, a fim de subsidiar a homologação da licença médica pela Perícia Médica. Conforme Portaria nº 48, de 26 de maio 2011.

- **Visita Técnica dos Profissionais de Segurança do Trabalho:** a análise do Posto de Trabalho é o documento elaborado pela Gerência de Segurança do Trabalho para fim de dirimir dúvidas sobre as condições ambientais do local de trabalho e sobre as atividades laborais desenvolvidas pelo servidor.

3.4. Unidade de Perícias Médicas:

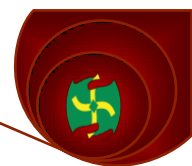
Local de atendimento centralizado que é responsável pelo atendimento dos servidores da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal, na qual o servidor ou empregado público está lotado, e, para onde deve dirigir-se para a realização de perícias médicas. Referem-se à Coordenação de Perícias médicas da Subsaúde da Secretaria de Estado de Administração Pública; Coordenação de Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Educação; e, Diretoria de Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Saúde.

3.5. Perito Médico Oficial:

É o médico que realiza ato pericial com o objetivo de subsidiar a Administração Pública na formação dos juízos a que está obrigada. É responsável pelo estabelecimento da correlação entre o estado mórbido e a capacidade laborativa do servidor, assim como pelo nexos entre a morbidade e o trabalho. Tem o dever de fundamentar as decisões administrativas.

3.6. Capacidade Laborativa:

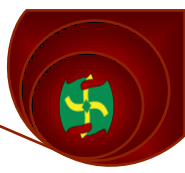
É a condição física e mental para o exercício de atividade produtiva. É a expressão utilizada para habilitar o examinado a desempenhar as atividades inerentes ao cargo, função ou emprego. O servidor é considerado capaz para exercer determinada atividade ou ocupação, quando reúne as condições morfofisiológicas compatíveis com o seu pleno desempenho. Ter capacidade pode ser considerado o “ter saúde suficiente ou mínima para o trabalho”. “O que importa não é saúde do trabalhador, mas a saúde necessária à produção” como enfatiza Ribeiro (1999).



3.7. Incapacidade Laborativa:

É a impossibilidade de desempenhar as atribuições laborativas para a função habitual, advindas de alterações médicas, físicas ou mentais, decorrentes de doenças ou acidentes. Para avaliação da incapacidade deve-se 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, a duração e a abrangência da tarefa desempenhada.

- **Quanto ao grau:** a incapacidade laborativa pode ser **parcial ou total:**
 - A. **Parcial** - grau de incapacidade que permite o desempenho das atribuições do cargo, sem risco de vida ou agravamento;
 - B. **Total** - grau de incapacidade que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos servidores detentores de cargo, função ou emprego.
- **Quanto à duração:** a incapacidade laborativa pode ser **temporária ou permanente:**
 - A. **Temporária** - A incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível;
 - B. **Permanente** - A incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.
- **Quanto à abrangência profissional:** a incapacidade laborativa pode ser classificada como:
 - A. **Uniprofissional** - é aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica do cargo, função ou emprego;
 - B. **Multiprofissional** - é aquela em que o impedimento abrange diversas atividades do cargo, função ou emprego;
 - C. **Omniprofissional** - é aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa que vise ao próprio sustento ou de sua família.



A presença de uma doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que importa na análise do Médico Perito é a repercussão da doença no desempenho das atribuições do cargo ou função autárquica.

*Manual de Procedimentos de
Perícia em Saúde - UNESP*

3.8. Invalidez:

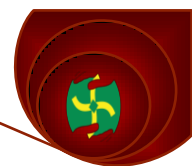
É a incapacidade laborativa total, permanente e omniprofissional, insuscetível de recuperação ou readaptação profissional, em consequência de doença ou acidente. A incapacidade permanente ou invalidez acarreta a aposentaria por tornar o servidor incapaz de realizar alguma atividade laboral a fim de prover a sua subsistência. Considerando inválido o dependente ou pessoa designada quando constatada a incapacidade de prover seu próprio sustento, em consequência de doença ou lesão.

3.9. Readaptação Funcional:

É o conjunto de medidas que visa o aproveitamento compulsório do servidor, portador de inaptidão e/ou restrições definitivas para sua atividade laborativa.

Ao servidor efetivo que sofrer redução da capacidade laboral, comprovada em inspeção médica, devem ser proporcionadas atividades compatíveis com a limitação sofrida, respeitada a habilitação exigida no concurso público.

*Art. 277 da Lei Complementar nº
840/11*



3.10. Restrição Laboral:

É a recomendação temporária para suspensão de uma ou mais atividades decorrentes das atribuições do cargo, função ou emprego, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença do servidor ou risco a terceiro. Até 180 (cento e oitenta) dias, poderá ser realizada pelo Médico do Trabalho ou Médico Perito e, a partir de 180 (cento e oitenta) dias, pela Comissão Permanente de Readaptação Profissional.

3.11. Readequação:

É o procedimento realizado pela Comissão Permanente de Readaptação Profissional que autoriza a redução do rol permanente de atividades inerentes ao cargo ocupado, em decorrência de restrições de saúde apresentadas pelo servidor, desde que mantido o núcleo básico do cargo.

3.12. Remoção:

Consiste na mudança "ex-officio" do servidor para outro local de trabalho, em caráter temporário ou definitivo, objetivando minimizar a repercussão das condições ambientais desfavoráveis à sua saúde no exercício do cargo.

3.13. Deficiência:

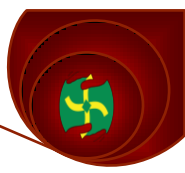
É a perda parcial ou total, bem como ausência ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere limitação ou incapacidade parcial para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. A deficiência pode ser enquadrada nas seguintes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

3.14. Esforço acrescido:

Entende-se por esforço acrescido aquele nos quais a deficiência encontrada é compatível com o exercício do trabalho, mas implica no uso de forças adicionais para a execução da atividade profissional. Esse esforço suplementar pode ser relacionado à realização direta das atividades laborais ou pelo deslocamento necessário para o cumprimento desta.

3.15. Acidente em Serviço:

É qualquer ocorrência não programada, inesperada, que interfere ou interrompe o processo normal de uma atividade, trazendo como consequência isolada ou simultaneamente:



perda de tempo, dano material ou lesões ao servidor distrital, em razão do exercício do cargo, função, ou emprego no ambiente de trabalho ou no exercício de suas atividades a serviço da Administração Pública, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou mental. São também considerados acidentes em serviço os eventos que ocorrem no percurso da residência para o trabalho ou vice-versa.

3.16. Doenças Relacionadas ao Trabalho:

Entende-se como as doenças onde o meio ambiente laborativo e a performance do trabalho contribuem significativamente, mas como um de inúmeros fatores, para a causação de uma doença multifatorial (Neves,2011).

3.17. Doença Profissional:

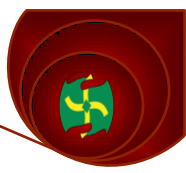
São as doenças decorrentes, desencadeadas ou agravadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade profissional ou adquirida em função de condições ambientais específicas em que se realiza o trabalho. A causa da ocorrência é necessariamente a atividade laboral.

“Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”

OMS -1948

3.18. Homologação de Atestado Médico:

O Médico Perito Oficial de posse do atestado Médico ou odontológico emitido por profissional assistente, deve avaliar o quadro clínico do periciado, com base na anamnese, exame físico e análise dos documentos complementares apresentados, concluindo por sua capacidade laborativa e posteriormente decidir sobre a necessidade do afastamento do trabalho e o seu período de tempo, independentemente do contido no referido atestado. O Médico Perito Oficial tem competência e poder de divergir do colega, estabelecendo sua própria opinião clínica, baseada no exame físico direto do periciado e na análise de seus exames complementares.

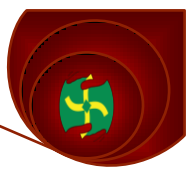


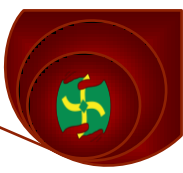
3.19. Laudo Pericial:

O Laudo Pericial constitui o parecer emitido pelo Perito, onde reside a documentação da perícia, a fiel exposição das operações e ocorrências da diligência, e as conclusões embasadas, com o parecer fundamentado sobre a matéria que lhe foi submetida a exame. Consiste na exposição minuciosa, circunstanciada, fundamentada e ordenada das apreciações e interpretações realizadas pelos Perito, com a pormenorizada enumeração e caracterização dos elementos materiais encontrados do fato.

O Laudo constitui uma peça escrita, fundamentada, na qual os Perito expõem as observações e estudos que fizeram e registram as conclusões da perícia.

Dicionário Aurélio

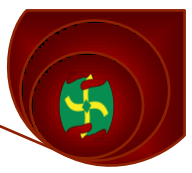


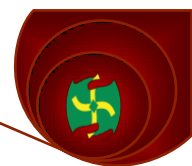


Capítulo IV – Princípios Éticos

“Chamamos de Ética o conjunto de coisas que as pessoas fazem quando todos estão olhando. O conjunto de coisas que as pessoas fazem quando ninguém está olhando chamamos de Caráter.”

Oscar Wilde





CAPÍTULO 4. PRINCÍPIOS ÉTICOS

4.1. Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica

I - A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III - Para exercer a medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

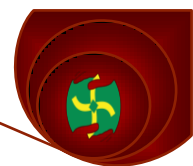
IX - A medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros, com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII - O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.



XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo Médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

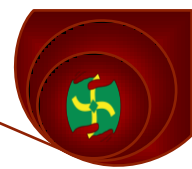
XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV - Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico



zelar para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

4.2. Em relação à auditoria e perícia médica, o Código de Ética Médica dispõe no capítulo XI, os seguintes artigos:

É vedado ao Médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação Médico-legal, quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser Perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou Perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

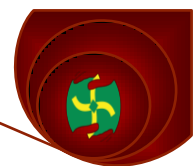
Art. 95. Realizar exames Médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de Perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de Perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao Médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como Perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.



4.3. Resoluções e pareceres do Conselho Federal e Regionais de Medicina que assinalam a conduta Médico pericial.

- RESOLUÇÃO CFM nº 1.488/1998 (Publicada no D.O.U., de 06 março 1998, Seção I, pg.150) - Modificada pela Resolução CFM n. 1.810/2006
Modificada pela Resolução CFM nº 1.940/2010:

Art. 2º - Para o estabelecimento donexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o Médico considerar:

I - a história clínica e ocupacional, decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação denexo causal;

II - o estudo do local de trabalho;

III - o estudo da organização do trabalho;

IV - os dados epidemiológicos;

V - a literatura atualizada;

VI - a ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhador exposto a condições agressivas;

VII - a identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;

VIII - o depoimento e a experiência dos trabalhadores;

IX - os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde.

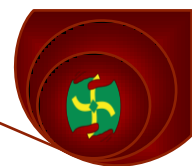
Art. 6º - São atribuições e deveres do Perito-Médico de instituições previdenciárias e seguradoras:

I - avaliar a capacidade de trabalho do segurado, através do exame clínico, analisando documentos, provas e laudos referentes ao caso;

II - subsidiar tecnicamente a decisão para a concessão de benefícios;

III - comunicar, por escrito, o resultado do exame Médico-pericial ao periciando, com a devida identificação do Perito-Médico (CRM, nome e matrícula);

IV - orientar o periciando para tratamento quando eventualmente não o estiver fazendo e encaminhá-lo para reabilitação, quando necessária.



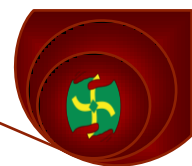
- RESOLUÇÃO CFM nº 34/02: Determina que a Junta Médica pode ser composta por 02 (dois) ou mais Médicos.
- RESOLUÇÃO CFM Nº 1.658/02: regula de forma peremptória o ato Médico de atestar.”

“No seu art. 3º dispõe que na elaboração do atestado Médico, o Médico assistente observará os seguintes procedimentos: especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente; estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente; registrar os dados de maneira legível; identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.”

- RESOLUÇÃO CFM Nº 09/06: Versa sobre o Médico Perito agir com plena autonomia, decidindo pela presença ou não de pessoas estranhas ao atendimento efetuado, sendo obrigatória a preservação da intimidade do paciente e a garantia do sigilo profissional.
- PARECERES CRM-DF nº 27/97: Não cabe ao Médico Perito emitir qualquer opinião a respeito da ocorrência ou não, de negligência, imprudência ou imperícia.
- PARECER CRM-DF nº 54/99: É lícita a solicitação pelo Perito de relatório Médico ou outras informações visando à conclusão pericial.
- PARECER CRM-DF Nº 45/03: “Dispõe que a emissão de laudos Médicos retroativos é prática ética e legal, desde que respeitados os princípios da veracidade e da isenção”.
- PROCESSO-CONSULTA CFM N.º 2156/92. - PC/CFM/Nº 28/1992: “Dispõe sobre a quebra de sigilo profissional envolvendo perícias médicas”

“Face ao exposto, cabe razão à Diretoria de Recursos Humanos - DIRHU, esta, também, obrigada por lei ao dever do sigilo, pela exigência de ser especificada, no laudo pericial, a doença do Servidor, não caracterizando, dessa forma, lesão ao estatuto do Segredo Médico, pois a autoridade legal detém a atribuição de determinar a perícia e o Médico, face ao apoio das leis, tanto penal e civil, como ética, pode, por justa causa, quebrar o Segredo Médico, sem, no entanto desobrigar-se da guarda do mesmo”.

- PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 2426/95 - PC/CFM/Nº 40/95: Dispõe que o Médico Perito, oficial ou transitoriamente nomeado, tem inteira autonomia



técnica, ética e legal para conduzir o ato pericial.

O Código de Ética Médica estabelece:

"Art. 8º. O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho."

É vedado ao Médico:

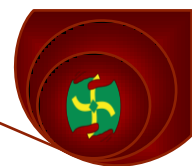
"Art. 118. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como Perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites de suas atribuições e competência."

Estes dois artigos balizam a conduta do Médico, no caso em análise do Médico Perito, quer seja Médico legista servidor público, quer extemporaneamente nomeado.

O Médico, na função de Perito, pode e deve obedecer algumas regras básicas, visando evitar nulidades periciais ou o levantamento de dúvidas quanto à exatidão do laudo. São elas, entre outras que casos especiais exijam:

- 1) certificar-se da identidade da pessoa a ser examinada, solicitando sua cédula de identidade, ou documento equivalente, para conferência;
- 2) caso a pessoa não possua documento de identidade, o Médico deve registrar, no laudo, dados que permitam confronto ante qualquer dúvida futura, tais como: sexo, cor da pele, dos olhos, idade aparente, estatura, sinais particulares congênitos ou adquiridos, etc.;
- 3) Que o exame pericial seja efetuado reservadamente, com privacidade, ou seja, presentes somente o indivíduo a ser examinado e os Perito, em local adequado, preferencialmente no consultório Médico-legal. Quando menor ou curatelado, seu representante legal deverá estar presente. Sempre que forem nomeados assistentes técnicos, estes participarão dos atos periciais. Somente poderão acompanhar o exame Médico pericial profissionais Médicos devidamente registrados no CRM-DF.

- **PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 7.783/2001 PC/CFM/Nº 01/2002:**
“Dispõe que a Junta Médica pode e deve, quando em situações de conflito entre o atestado Médico emitido pelo Médico assistente e o observado, pela própria Junta, no exame físico e na análise dos exames complementares do periciado, recusar ou homologar o entendimento semelhante ou diverso do Médico assistente, atendendo ao previsto nas diretrizes recomendadas em consensos das sociedades de especialidades.”
- **PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 6.286/2001 PC/CFM/Nº 32/2003:**
Dispõe que a perícia médica é um ato Médico e não pode ter seu resultado



determinado por programa de informática, pois isto fere a autonomia do Médico. O resultado da perícia é de exclusiva decisão do Médico, que a toma baseado em normas, leis e no seu julgamento pessoal, não podendo esta decisão ser submetida à aprovação de um programa de computador.

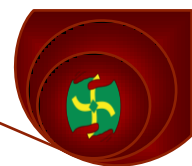
- PROCESSO-CONSULTA CFM N.º 0057/05: “Dispõe que o Médico-Perito, quando da homologação do atestado, poderá solicitar relatório Médico ao Médico-assistente”.
- PROCESSO-CONSULTA CFM N.º 10441/06 – PARECER CFM N.º 14/08: Dispõe que para a homologação do atestado Médico é imprescindível o exame clínico do periciando, e como tal, esta é uma prerrogativa exclusiva da profissão médica.
- PROCESSO - CONSULTA CFM N.º 1829/06 – PARECER CFM N.º 09/06: “É vedada a filmagem ou gravação da avaliação pericial”.
- PROCESSO-CONSULTA CFM N.º 2.139/06 – PARECER CFM N.º 5/08:” Dispõe que o Médico assistente no desempenho de sua atividade pode atestar sobre capacidade laboral de seu paciente. Quando houver discordância do Médico Perito este deve fundamentar consistentemente sua decisão, observando, ambos, as normativas sobre o assunto e o contido no Código de Ética Médica”.
- PROCESSO-CONSULTA CFM N.º 5.343/07 – PARECER CFM N.º 3/11: Não há previsão ética ou legal para a gravação de voz e imagem durante a realização de perícias previdenciárias, com o objetivo de inibir agressões a Médicos Perito como meio de prova em defesa judicial ou como meio de monitoramento do trabalho Médico.
- PROCESSO-CONSULTA CFM N.º. 3111/09 – PARECER CFM N.º 03/2010: “É vedado ao Médico que emitiu parecer negativo de um benefício para o periciado, participar de junta recursal do mesmo periciado”.
- PROCESSO-CONSULTA N.º. 0006/96 CRM-DF: “Parecer – Para melhor compreensão do papel do médico do setor de assistência (médico assistente) e do médico do setor de pessoal (médico perito), é oportuno lembrar a legislação que disciplina os procedimentos médicos na concessão da licença médica para abono de faltas ao trabalho por motivo de doença ou acidente.

Código de Ética Médica:

Art. 112 – Deixar de atestar atos executados no exercício profissional quando solicitado pelo paciente ou responsável legal.

Parágrafo Único – O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente(...).

Os dispositivos legais aqui transcritos determinam, com clareza, que é prerrogativa e dever médico quando investido em função pericial (médico perito) realizar a inspeção médica (exame médico – pericial), que defina se existe ou não incapacidade laboral motivada por doença ou acidente. **O atestado do médico assistente, embora considerada informação**



importante para investigação pericial, não é indispensável, tampouco sua apresentação dispensa a realização do exame a seu caso.

Ademais, a perícia médica (avaliação médico-pericial) deve ser competente o suficiente para constatar se o exercício da atividade laborativa é ou não compatível com as limitações físicas e/ou mentais decorrentes da doença ou acidente de que é vítima o trabalhador/servidor. Como se vê, conhecer apenas o diagnóstico é muito pouco para se determinar uma conclusão médico-pericial legal e eticamente acertada. Portanto, o atestado com o CID ou sem ele faz pouca ou nenhuma diferença, pois a investigação médica é obrigatória, nos termos da legislação pertinente(...)

Na verdade, o que deveria ser informado seriam os resultados dos exames realizados e os tratamentos prescritos, aí incluídas as recomendações sobre as restrições quanto ao exercício laboral.” (grifo nosso).

4.4. CFM - DESPACHO SJ 335/2012

(Aprovado em Reunião de Diretoria em 09/10/2012)

Expediente nº 7102/2012

Assunto: Aposição de CID-10 em documentos relativos à Perícia Médica de aposentadoria – dever legal.

Trata-se do Ofício n. 104/2012-CSST/COC/SEAP, encaminhado pelo Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho do Governo do Distrito Federal, recebido neste CFM sob o expediente acima em referência, e em cujo teor indaga-se se “a divulgação do nome ou natureza da doença ou CID 10 de doenças não especificadas em lei, resultará na quebra de sigilo imotivada”.

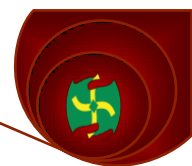
Mais especificamente e, de forma resumida, alega o Consultante que o TCDF estaria exigindo a aposição de CID-10 “para o processamento de todas as aposentadorias, sejam ou não doenças especificadas em lei, alegando que a divulgação dos Códigos não resultará na quebra de sigilo médico”.

Junta o Ofício n. 174/2012 – GAB/SEFIP, oriundo da Secretaria de Fiscalização de Pessoal do TCDF que versa sobre o tema.

No essencial, é o resumo. Passa-se ao exame.

Com efeito, assim dispõe o art. 73 do CEM/09:

É vedado ao Médico [...]



Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Tanto a Legislação Federal quanto a Distrital¹, com previsões semelhantes, restringem as hipóteses em que o Laudo ou Parecer médico podem fazer referência à moléstia que acomete o paciente, quais sejam, os casos de doença e acidente laboral e àquelas doenças previstas em lei.

Desta forma, o registro da CID-10 dos casos arrolados pela legislação pode ser enquadrado como dever legal a que se refere o supra transcrito art. 73 do CEM.

Enfrentando este tema, o Processo-Consulta CFM n. 7.799/2001, PC/CFM/27/2003 assim restou ementado:

“EMENTA: Nos processo de aposentadoria por invalidez permanente, o médico deve referir nome ou natureza da doença nos casos indicados pela lei, cumprindo o mandamento do dever legal”.

A contrario sensu, tem-se, então, que a realização de referências à doença que acomete o paciente, em Laudos ou Pareceres médicos, caso não prevista em lei, e não decorrente de acidente ou doença do trabalho, em tese, poderá configurar a quebra de sigilo médico, falta ética punível.

Este é um posicionamento em abstrato, não competindo a este SEJUR avaliar o caso concreto. De toda forma, não pôde escapar à sua percepção o fato de que o TCDF, no referido Ofício 174/2012, nega qualquer contrariedade à legislação de regência do tema, além de transcrever trecho da Resolução TCDF nº 219/11 que determina a especificação da doença (com o respectivo CID) “se especificada em lei”.

Este apenas um comentário dito de passagem (obter dictum).

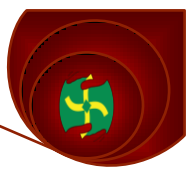
Assim, em resposta pontual do questionamento formulado, este SEJUR entende que a aposição de CID nos casos em que a doença não está especificada em lei poderá resultar em quebra imotivada do Sigilo Médico.

Dentro do campo jurídico, é o que nos parece sobre a consulta formulada, s. m. j.

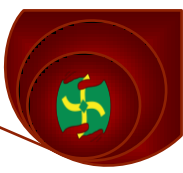
¹ Lei 8.112/90

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.

Lei Complementar 840/11



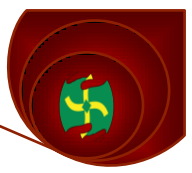
§ 4º O atestado ou o laudo da junta médica não pode se referir ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das qualquer das doenças especificadas na legislação do regime próprio de previdência dos servidores públicos do Distrito Federal.

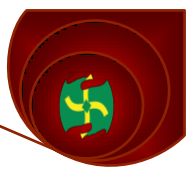


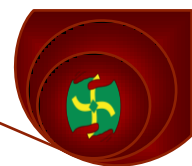
Capítulo V- Princípios Médico Periciais

“A ciência repele o indeterminado; e quando, em medicina pericial, se fundamentam opiniões na inspiração médica ou numa intuição mais ou menos vaga das coisas, estamos fora da ciência...”

Claude Bernard







CAPÍTULO 5.

CAPÍTULO 5. PRINCÍPIOS MÉDICO PERICIAIS

5.1. Perícia Médica Administrativa

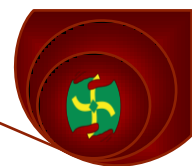
O termo “Perícias Administrativas” ainda é um conceito gerador de dúvidas entre os profissionais que atuam em Unidades de Perícias Médicas ligadas a Regimes Próprios de Previdência e Administrações Públicas. Desta maneira, tentaremos exemplificar e conceituar a atividade da perícia médica nesse capítulo a fim de dirimir dúvidas ainda existentes.

O ato administrativo pode ser conceituado como Declaração de Estado, no exercício de prerrogativas públicas, manifestada mediante providências jurídicas complementares da lei a título de lhe dar cumprimento, e sujeitas a controle de legitimidade por órgão jurisdicional. O ato médico pericial é um instrumento de declaração de estado, haja vista que o mesmo provém de pessoa legalmente investida em prerrogativas estatais, e, desta maneira as decisões emanadas pela Perícia Médica Administrativa são conceituadas como Ato Administrativo.

A atividade pericial administrativa tem por finalidade subsidiar, por meio da produção de conhecimento especializado, a formação da convicção dos responsáveis pela garantia do cumprimento da lei para os servidores da administração pública distrital. A importância desse trabalho está na sua capacidade de revelar os fundamentos legais necessários para o convencimentos dos médicos peritos do seu papel na Administração Pública.

A perícia administrativa é um procedimento técnico científico realizado por profissional com competência legal, para comprovação de uma determinada situação de saúde, com finalidade administrativa específica, prevista em legislação ou regulamento.

Carlos Tadeu Villani Marques



O expediente Médico pericial se trata de um ato adstrito às regras públicas de administração e deverá obedecer rigorosamente aos princípios da legalidade, razoabilidade, moralidade, supremacia do interesse público e do bem comum em uma sociedade politicamente organizada.

Para um melhor entendimento, especificaremos, de forma sucinta, os princípios norteadores da perícia médica:

O princípio da legalidade diz respeito à vinculação do ato à lei, tanto para efetivação do direito como para respeito à liberdade do cidadão.

O princípio da razoabilidade se refere à utilização de meios adequados à obtenção dos melhores resultados na finalidade do ato.

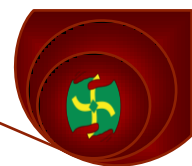
O princípio da moralidade é aquele mais ligado aos aspectos éticos do ato administrativo, à conduta do Perito, constituindo fundamento de correlata responsabilidade, a qual, na perícia médica, aplica-se à regular produção de prova, bem como à validação da mesma no mundo jurídico.

O princípio da supremacia do interesse público ou do bem-comum, em uma sociedade politicamente organizada, concerne ao caráter impessoal do ato, no sentido de que se busque efetivar o bom e o justo acima de qualquer outro interesse desvinculado.

Assim, a perícia médica se traduz em um ato administrativo em que a moralidade é preponderante da responsabilidade do Perito, daí advindo a necessidade de se estabelecer norteadores éticos desta conduta para realização de todos os outros princípios já explicitados.

São inúmeras resoluções e pareceres do Conselho Federal e Regionais de Medicina que assinalam a conduta Médico pericial, conforme citado no capítulo anterior, versando sobre a necessidade de preservação da intimidade do examinado, além da previsão legal contida no art. 5º, X da CF/88, à preponderância da autonomia científica do Perito, ressaltando sempre que, o Médico Perito poderá esquivar-se, por escrito, sempre que submetido a qualquer constrangimento, coação ou pressão capaz de influir na imparcialidade técnica necessária.

Frise-se, por oportuno, que é assegurado ao examinado à obtenção de informações, conforme preconiza o art. 5º, XXXIII CF/88, ao estabelecer que todos têm direito a receber de órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado, ou seja, à inviolabilidade à intimidade do examinado.



Enfim, são vários os indicativos que regem a conduta ética Médico pericial, todavia, as variáveis convergem ao fundamental princípio da moralidade destinado à produção de prova de todo e qualquer ato público.

A Perícia Médica Oficial está a serviço do bem estar social, defendendo os direitos do servidor e da Administração Pública.

5.2. Expertise Médica Pericial:

A avaliação da capacidade laborativa do servidor diante de uma doença ou lesão requer, além da competência técnica, habilidade ao olhar para o estado geral do servidor, noções de epidemiologia e conhecimento da atividade laboral (ambiente e organização do trabalho, relacionamentos sociais e profissionais).

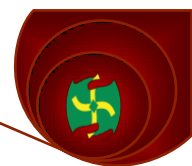
*“Quando estiver na
cabeceira da cama de seu
paciente,
Não se esqueça de perguntar-lhe
onde trabalha,
Para saber se na fonte de seu
sustento,
Não se encontra a causa de sua
enfermidade.”*

Bernardino Ramazzini.

Ao elaborar o laudo, o Perito Médico oficial deve se valer dos conhecimentos técnicos e fundamentos legais para dirimir questões relacionadas ao direito administrativo.

A necessidade de separação do Médico Assistencial e do Médico Perito é necessária e urgente e está ocorrendo. Em 12 de junho de 2008, foi iniciado o reconhecimento da especialidade em Medicina Legal e Perícia Médica, títulos foram conferidos no ano de 2010 para os *Honoris Causa* e, provas de títulos estão sendo realizadas em todo o nosso país desde 2012.

Há uma grande falha em toda a formação médica que infelizmente, não tem como costume incluir entre suas matérias, aulas cujo conteúdo ajudaria os recém-formados a saírem com o mínimo de base Médico pericial.



Portanto, quem se arrisca a atuar nesta área, deve buscar outras fontes de conhecimentos, pois os médicos a princípio, são formados para acreditar no seu paciente e não veem a necessidade de uma investigação concreta dos fatos, investigação esta *sine qua non* para uma boa atuação do Médico Perito.

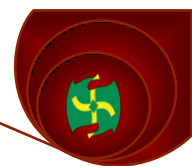
Com o conhecimento técnico aliado ao conhecimento científico, podemos realizar uma avaliação apurada do ambiente de trabalho, das funções exercidas e por fim identificar ou não a capacidade laboral.

A discordância de diagnósticos é comum dentro da área médica e por isso a necessidade do Perito ter, conhecimento da prática clínica, conhecimentos Médico legais, de medicina do trabalho e do direito.

Além disso, o Perito Médico deve atuar com a veracidade do testemunho e a equanimidade de um juiz, ver mais que ouvir e falar, lembrar que a exceção pode ter o mesmo valor da regra, deve sempre desconfiar dos sinais patognomônicos, não deve confiar na memória, pensar com clareza e escrever com precisão.

O objetivo da perícia é sempre a elaboração de um laudo com isenção e imparcialidade, o que traduz a independência na formulação do diagnóstico, não estando sujeito, necessariamente, a outros laudos pré-existentes ou a qualquer manifestação Médico pericial anterior. Não podendo emitir opinião sobre as condutas médicas ocorridas e sendo necessário fundamentar em provas as suas conclusões.

É necessária a verificação Médico legal de uma lesão identificável no momento da perícia médica, e, não somente através de relatórios Médicos ou exames complementares que servem apenas como base para a fundamentação.



5.3. Relacionamento do Perito Médico Oficial com os Servidores e seus dependentes:

O exame médico assistencial ocorre num contexto no qual o paciente escolhe livremente o seu médico, em geral a partir de indicações ou referências de terceiros, baseada principalmente na confiança, fundamental para o bom andamento da relação médico-paciente.

Já no exame pericial, não deve haver escolha por parte do periciado, uma vez que, por questões legais trata-se de um procedimento com imparcialidade por parte do médico examinador, ou seja, o Perito Médico não deve ter nenhuma relação de conhecimento ou interesse com o periciado. Isso faz com que o primeiro item citado como desejável para um bom relacionamento médico-paciente, que é o da confiança, inexista na perícia médica.

Dessa forma, o periciado deverá comparecer a um exame que ele em geral não escolheu fazer, realizado por interesse de um terceiro, em cumprimento a normas legais ou para esclarecimento de autoridades.

O Perito deve tratar bem o servidor, mantendo com ele um bom relacionamento, com diálogo cordial e respeitoso, ouvindo atentamente seu relato, orientando de maneira gentil os prolixos e trazendo-os para a objetividade.

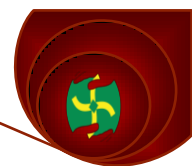
O Médico Perito não deve se referir ao servidor pelo termo paciente, mas sim como examinando, periciado ou servidor. Deve manter o senso crítico apurado para questionar sempre o que for necessário e identificar possíveis simulações.

Fica a critério do Perito a presença de acompanhante durante a perícia, no entanto é vedada a filmagem ou gravação da avaliação pericial.

Após a realização de acurado exame, se o Médico Perito concluir que o servidor se encontra acometido por uma doença, sem que resulte prejuízo na realização de suas atividades, deve informar ao periciado que não está incapaz, ou seja, não demonstra incapacidade para realizar suas atividades laborais, que é o cerne da perícia administrativa para homologação de atestado, mesmo em face da doença apresentada.

O conhecimento de que o Médico Perito não avalia a doença, mas a capacidade para o trabalho, não é difundido na nossa sociedade. É importante que os Médicos Perito esclareçam, quando necessário, ao periciado que existem diferentes papéis entre os médicos Assistente e o Perito. O primeiro está preparado para diagnosticar doenças e, quando possível, tratar do doente e, o segundo tem a função de avaliar a capacidade laboral, entre outras atribuições.

O servidor pode ter uma doença que não o incapacita para sua atividade laboral, por exemplo: Uma pessoa que é portadora de Diabetes Mellitus compensada tem a doença, mas



não está incapaz para ser Analista de Políticas Públicas e Gestão Governamental, especialidade: Técnico de Enfermagem; um cidadão que é portador de artrose de joelho tem a doença, mas não está incapaz para exercer suas atividades de Médico Perito da Subsaúde; uma pessoa assintomática que é portadora de hérnia discal em determinado segmento da coluna, tem a doença, mas não está incapaz para a atividade de Assessora de Gabinete da SEAP.

Por outro lado, a pessoa pode estar incapaz, sem estar doente. Um servidor, após um Acidente Vascular Cerebral (AVC), ficou com sequelas importantes que impedem de se utilizar dos seus membros de forma coordenada. Ele está saudável, mas é incapaz para ser Agente de Limpeza Urbana, por exemplo. Uma pessoa que tem cegueira de um dos olhos está saudável, porém é incapaz para laborar como analista de trânsito.

Nos casos exemplificados, em que a finalidade da perícia médica oficial é decidir se o servidor demonstra incapacidade para a atividade declarada saber explicar isso ao servidor é a grande magia da perícia médica oficial. Além de demonstrar respeito e consideração pelo servidor, esse receberá do médico perito todas as informações para que compreenda como se processa a perícia e, entenderá que não há subjetividade nas ações do perito.

5.4. Relacionamento do Perito com o Médico e Odontólogo Assistente

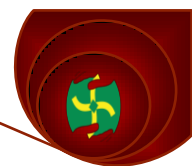
É preciso distinguir a atuação do profissional de saúde que examina a pessoa com o objetivo de tratá-la, daquele que a examina na qualidade de Médico Perito.

O Médico Assistente é muito importante na avaliação da Perícia Médica Oficial, por ser o profissional médico de confiança do periciado, o detentor do histórico da doença do paciente e em variadas ocasiões o especialista na área médica. Ele tem condições de estabelecer diagnósticos e prognósticos que podem auxiliar na conclusão do Perito Médico.

Por outro lado, é o Perito Médico que tem sob sua responsabilidade o diagnóstico pericial. Isso significa que, além do diagnóstico clínico, caberá ao Perito Médico estimar a extensão da deficiência, caracterizando com isso o grau de incapacidade que o problema médico apresentado determina.

Deve também responder às perguntas específicas relacionadas ao problema médico avaliado, que sejam de interesse para as autoridades administrativas ou judiciais.

Deve ser conhecedor da legislação pertinente, ter espírito jurídico (servir a justiça com imparcialidade) e juízo crítico (agir com fidelidade, clareza, simplicidade nas descrições de fatos e afirmar somente o que pode demonstrar cientificamente).



Ambos são regidos pelo mesmo código de ética médica e têm seus atos passíveis de questionamentos éticos, civis e criminais.

A inter-relação do Médico Assistente e do Perito Médico deve ser de parceria e cooperação, uma vez que ambos têm o compromisso com a VERDADE. Sabemos que as dúvidas, dissensões e opiniões discordantes são comuns na prática médica, seja na medicina assistencial ou pericial. Assim é importante que as informações necessárias para o esclarecimento do caso em questão sejam solicitadas pelo Médico Perito para o Médico Assistente que deve fornecê-las através de relatórios.

É tecnicamente recomendável que a investigação pericial se inicie pela informação prestada pelo profissional de saúde assistente do servidor.

Deve constar no relatório obrigatoriamente o diagnóstico da doença, sua evolução, a duração, as condutas e respostas ao tratamento e se possível, o prognóstico. Além disso, deverá especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente. Dessa forma, tal relatório complementarará o parecer fundamentado do Médico Perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário.

O pleito poderá se deferido ou indeferido, independente de apresentação de atestado ou relatório do assistente.

5.5. Isenção na perícia médica

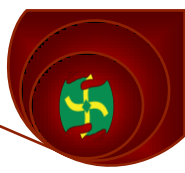
A isenção é uma obrigação ética do Perito, a fim de não haver suspeição no ato pericial.

É vedado qualquer tipo de relação de proximidade entre o Perito Médico e o servidor ou seu dependente, pois a imparcialidade encontra-se prejudicada.

O Perito fica impedido de participar do ato pericial se for parte interessada; se for amigo íntimo ou inimigo capital do periciado; se for cônjuge, parente consanguíneo ou afim; tiver aconselhado o periciado; se o periciado for paciente, ex-paciente ou qualquer pessoa que teve relações sociais, afetivas, comerciais ou administrativas que possam comprometer a imparcialidade do ato pericial.

5.6. Alguns cuidados e atitudes que o Médico Perito deve tomar:

- a) Preservar o sigilo ao servidor, sempre que a lei e a seguridade permitirem;
- b) Evitar juízo de valor sobre atitudes e comportamentos do servidor. O respeito às diferenças é um dos comportamentos mais importantes e esperados dos médicos;
- c) Dar espaço para o servidor falar e, ouvi-lo atentamente;
- d) Utilizar de linguagem que o servidor possa entender.



5.7. Recomendações ao Médico Perito quanto à vestimenta adequada:

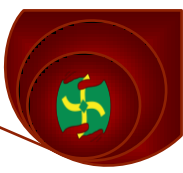
Uso dos jalecos é condição essencial para a execução dos procedimentos médicos periciais, pela identificação do profissional da saúde. Somente no século XIX houve a descoberta da higiene, mas o uso do branco pelos Médicos é um costume que vem desde a antiga Grécia. Os sacerdotes do templo de Asclépio (o Deus Grego da Medicina) já se vestiam com roupas dessa cor para indicar pureza espiritual. Hoje, o branco é associado à limpeza e à higiene, elementos fundamentáveis na prática da medicina.

Para primar pelo respeito e diferenciação do profissional da saúde na Coordenação de Perícias Médicas é desejado que todos os seus atores estejam trajados de branco ou portando jalecos.

Deveres do Médico Perito

- *Agir com uniformidade de critérios;*
- *Não resolver questões sociais;*
- *Distinguir doença de incapacidade;*
- *Avaliar os antecedentes do periciado (contextualizar);*
- *Ter cuidado com simulações;*
- *Não comentar sobre terapêutica instituída;*
- *Manter boa relação com os periciados;*

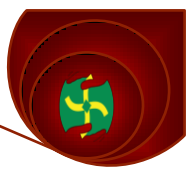
Adaptação de Gurgel de Souza

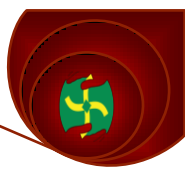


Capítulo VI- Procedimentos em Perícia Médica

**“Peritar é estudar, compreender,
descrever, e depois explicar para fazer
compreender.”**

Pierre Lucas





CAPÍTULO 6.

CAPÍTULO 6. Procedimentos em Perícia Médica

6.1. Avaliação Médico Pericial:

A realização dos diversos exames Médicos-Periciais dos servidores públicos civis da administração direta, autárquica, inclusive de as de regime especial, e das fundações, bem como dos órgãos relativamente autônomos, do Governo do Distrito Federal é de competência das Unidades de Perícias Médicas do Distrito Federal.

Os exames periciais deverão ser realizados nas Unidade de Medicina Pericial, podendo ser realizado externamente, hospitalar ou no domicílio, a critério Médico-pericial a ser definido pela Gerência de Perícias Médicas da respectiva A análise de qualquer solicitação de benefício terá que seguir obrigatoriamente as legislações e protocolos vigentes, que norteiam a sua concessão.

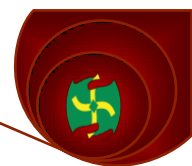
Deve ser realizada a anamnese detalhada, com o histórico da moléstia atual e toda a sintomatologia apresentada e sua evolução. No exame objetivo do servidor, o Perito deverá ter em mente que o exame pericial difere do exame do Médico assistente. As queixas e sintomas devem ter sua comprovação por algum sinal equivalente. Caso não possa fazê-lo, o sintoma será descrito, informando que não se evidenciaram dados comprobatórios. Deve-se ter em mente que o exame Médico pericial começa no corredor da perícia e não apenas na sala de exame pericial, quando o periciado já estará sendo observado.

6.2. Documentos Médicos Periciais:

“Como diagnóstico, eventualmente, pode ser necessário solicitar exames complementares a fim de se ter o cuidado de não afirmar algo que inexistente ou negar a existência de dano real.”

Benfica e Vaz

Nas avaliações Médicos-periciais oficiais devem ser observados:



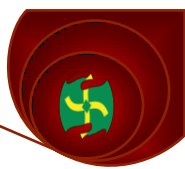
1) Os atestados, laudos, relatórios ou a emissão de quaisquer documentos relativos à situação de Saúde/Doença dos servidores deverão ser emitidos de forma clara e legível, bem como deverão conter a data de emissão, o CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão) que ensejou o afastamento, a assinatura com carimbo, matrícula e o CRM do Médico Perito.

2) Os campos dos documentos relativos à situação de Saúde/Doença do servidor deverão ser devidamente preenchidos, com o maior número de informações relativas à situação do servidor (nome completo, matrícula, telefones de contato). Tal preenchimento é de competência e responsabilidade exclusivas do Médico Perito. Os campos não utilizados deverão ser anulados. Estas recomendações seguem legislação vigente, Pareceres e Resoluções do Conselho Federal de Medicina, Código de Ética Médica e Código Penal.

3) Prontuários mal preenchidos impossibilitam investigações nos casos de erros, de omissões e para coleta dos dados para investigação epidemiológica e não serão aceitos.

6.3. Elementos fundamentais em um laudo Médico pericial

- 1- Identificação do servidor: nome, data de nascimento, idade, estado civil, sexo, matrícula
- 2- Registro correto da(s) profissão(ões) com a função exercida (atual e passada)
- 3- Profissão, tempo na profissão, situação funcional atual
- 4- Data do afastamento do trabalho (DAT)
- 5- Causa do afastamento do trabalho
- 6- HMA: descrição sumária da sintomatologia, a fim de correlacioná-la com a incapacidade para a função específica. Descrever as doenças pré-existentes e o uso de medicamentos
- 7- Afastamentos anteriores
- 8- Descrição das lesões atuais: deve ser realizado um acurado exame físico objetivo do periciado, de forma precisa e objetiva, de modo morfológico e funcional e descrevê-lo de forma detalhada no laudo pericial
- 9- Conclusão e justificativa Médico-pericial: deverá ser uma síntese dos elementos encontrados. Deve fazer referência se há ou não dano, informar todos os critérios utilizados e analisar a capacidade laborativa do servidor. A depender da patologia identificada, o periciado será enquadrado no dispositivo legal pertinente ao caso em particular.



É muito importante que o laudo seja conclusivo, claro e objetivo; que contenha palavras fáceis e de bom entendimento para os julgadores; que seja imparcial e desprovido de emoção, vinculando ao achado pericial encontrado.

“Não devemos afirmar que há lesão relacionada ao trabalho a menos que existam evidências suficientes de alterações patológicas específicas, de um tecido identificado, sujeito a stress no trabalho, passível de produzir sintomas característicos e verificados por testes específicos. Ficando fora desta análise os dados subjetivos de dor, que do ponto de vista pericial, não possuem nenhum valor para a conclusão Médico pericial.”

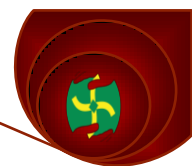
Ranney (2000)

6.4. Homologação de Atestados Médicos:

O atestado médico é um documento legal, em que o médico ou cirurgião dentista assistente registram estados mórbidos e outros, inclusive para justificar a falta ao serviço. Gera a presunção de um direito, que só se configurará após a avaliação de Perícia Médica Oficial.

O atestado médico goza da presunção de veracidade e deve ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou Perito.

Somente aos médicos e aos odontólogos, no estrito âmbito de sua profissão, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho. Atestados emitidos por psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais,



acupunturistas e outros profissionais de saúde, serão aceitos, para fins de homologação de atestado médicos, como documentos complementares.

Em caso de homologação do atestado, se o Médico Perito observar ausência do código da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Décima Edição – CID 10, e, julgando insuficientes as informações prestadas pelo periciado, poderá solicitar relatório ao Médico-assistente. O relatório médico é documento de médico para médico e não implica quebra de sigilo.

O atestado do assistente pode não ser elemento suficiente para a decisão pericial. Assim, para embasar sua decisão, o Médico Perito poderá solicitar também a apresentação de pareceres e exames, em acréscimo ao atestado médico. Cabe ao Médico Perito reunir todas as informações que considere pertinentes.

Como a avaliação médico pericial tem por objetivo a verificação da incapacidade laboral, a homologação do atestado médico deverá acontecer em até 48 horas. Esse prazo deverá ser reconsiderado, se a perícia médica constatar a incapacidade laboral.

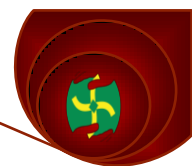
“O servidor que apresentar indícios de lesões orgânicas ou funcionais deve ser submetido à inspeção médica.”

Art. 275, L.C. 840/2011

Conforme a legislação vigente, em casos excepcionais ou nas solicitações de avaliação da capacidade laboral encaminhadas a Unidade de Perícias Médicas, em que o servidor se apresentar sem atestado ou relatório médico, mas tiver sua incapacidade laboral constatada pelo Médico Perito, esse deverá afastá-lo do trabalho, podendo solicitar um parecer especializado.

“O ato de homologar ou não o atestado Médico é prerrogativa exclusiva da profissão médica”

“O termo inspeção pericial médica é sinônimo de exame Médico



pericial, e traduz-se pela realização do exame clínico no paciente, pelo Médico”.

*Processo – Consulta CFM nº
9.609/00*

6.5. Análise de Processos:

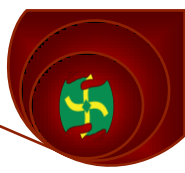
A rotina da Perícia Médica Administrativa inclui a análise dos processos que versam sobre capacidade laborativa e benefícios aos servidores ligados ao Regime Próprio de Previdência do Distrito Federal – *IPREV DF*.

A abertura dos processos administrativos, que necessitam de análise médico pericial, ocorrem, em sua maioria, através da manifestação do servidor ou pensionista na Subsecretaria de Administração Geral - SUAG, onde apresenta e fundamenta seu pedido.

É desejável para o bom andamento processual que petição inicial contenha a identificação do autor (nome, cargo, matrícula, CPF, classificação funcional, telefones e endereço para contato), o tipo de solicitação proposta (listados abaixo), e os elementos que motivaram o pedido do autor (exames e relatórios médicos que justifiquem a sua condição).

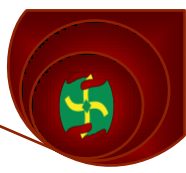
Quando um processo é tramitado para a Coordenação de Perícias Médicas há uma análise preliminar de todo o seu conteúdo, pelos servidores administrativos e pela Gerente de Perícias Médicas, com o intuito de verificar se todos os documentos contidos no processo estão suficientes para a consideração do pleito.

Se não houver o cumprimento dos requisitos mínimos, o protocolo instituído determina que o processo seja devolvido solicitando e especificando o que é necessário para que a avaliação da Junta Médica Oficial ocorra. Esse procedimento tem o intuito de acelerar o tramite processual, e evitar que o atendimento pericial ocorra sem todos os elementos necessários a sua conclusão.



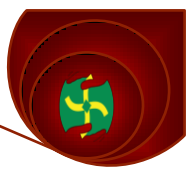
Tipos de processos analisados pela Junta Médica Oficial:

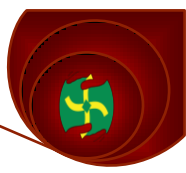
- 1) Isenção de Imposto de Renda para aposentados e pensionistas,*
 - 2) Licença para tratamento de saúde,*
 - 3) Licença à gestante,*
 - 4) Aposentadoria por invalidez,*
 - 5) Reversão e revisão de aposentadorias,*
 - 6) Processos de pensão,*
 - 7) Constatação de invalidez em dependentes,*
 - 8) Inclusão de dependentes,*
 - 9) Auxílio creche (em casos de dependentes de idade mental menor que 06 anos),*
 - 10) Licença por motivo de doença em pessoa da família,*
 - 11) Processos Disciplinares,*
 - 12) Concessão de Horário Especial para pessoa portadora de deficiência ou para servidor com familiar portador de deficiência,*
 - 13) Restrição laborativa,*
 - 14) Relotação por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família,*
 - 15) Readaptação,*
 - 16) Avaliação de Capacidade Laborativa.*
-



Quando o processo preenche todos os requisitos mínimos ocorre o agendamento da Junta Médica Oficial, onde é novamente analisado e o exame pericial ocorre. Quando o perito, se valendo da sua prerrogativa de poder usar de todos os meios legais para o seu convencimento, julgar que detém todos os elementos necessários, elabora a conclusão. Se necessitar de mais documentações esse poderá solicitar, agendando uma pendência com data pré-estabelecida.

Após a anexação do Laudo Médico Pericial nos autos, ocorre a tramitação para o órgão de origem, devendo o servidor ou pensionista ter ciência da concessão ou não do seu pleito nesse local.





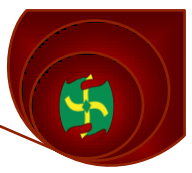
Capítulo VII – Avaliação Multidisciplinar

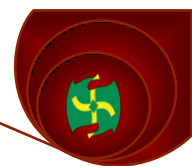
"Reunir-se é um começo.

Manter juntos é um progresso.

Trabalhar juntos é sucesso."

Henry Ford





CAPÍTULO 7. AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

A avaliação multidisciplinar na Perícia Médica ocorre no contexto de um trabalho em equipe e tem por objetivo compartilhar premissas técnicas e valorizar os distintos olhares dos profissionais de saúde e segurança do trabalho. Os subsídios técnicos emanados da equipe multidisciplinar fornecem informações complementares, ampliando a visão do perito na busca de elementos que integram a vida do servidor. Dessa forma, o olhar diferenciado das relações multicausais no processo de adoecimento é de fundamental importância para a elucidação de situações que possam interferir na melhora do adoecimento.

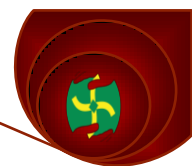
Nos protocolos instituídos por esse Manual um dos mais importantes é a avaliação multiprofissional dos servidores, pois quando o médico perito necessita de maiores elementos para formar sua convicção sobre a concessão ou negativa de benefícios, há a possibilidade de solicitar avaliações de outros profissionais ligados direta ou indiretamente à Unidade de Perícias Médicas, sendo eles Psiquiatras, Assistentes Sociais, Psicólogos, Engenheiros e Técnicos de Segurança do Trabalho.

As avaliações multidisciplinares dos servidores são solicitadas pela Perícia Médica para cada grupo de profissionais, por meio de formulário específico, que deve conter detalhadamente o motivo da demanda. Os modelos desses formulários encontra-se no Capítulo Formulários Padronizados.

7.1. Da Avaliação da Assistência Social

A precarização das relações de trabalho provocam reflexos negativos na vida e saúde do servidor público, colocando o em constante estado de vulnerabilidade social. É consensual que a realidade social no qual o servidor está inserido possui estreitas relações com as condições de saúde.

O Parecer Social se constitui numa ferramenta importante de análise dos aspectos sociais relevantes à saúde do servidor distrital. A construção desse parecer é resultado de uma série de intervenções realizadas pelo Assistente Social através de: visita domiciliar, entrevista técnicas com o trabalhador e sua família, reuniões com recursos humanos e chefias imediatas, discussão de casos com a equipe multidisciplinar, e, estabelecimento de contatos com a rede social. O encadeamento das ações da Assistência Social possibilita a coleta de informações, o confronto e o restabelecimento da verdade, através da sistematização crítica, de um documento técnico, que tem como objetivo o esclarecimento de situações identificadas ou não pela Junta Médica Oficial.



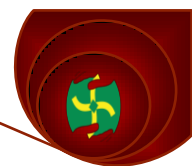
A estrutura do Parecer Social compreende três dimensões: a descritiva, a analítica e a propositiva, desdobrando-se demandas específicas que requerem :

- A. A identificação de situações que estejam afetando as relações de trabalho ou o tratamento de saúde do servidor.
- B. A concessão de benefícios sociais previstos pela lei 840 e a Política de Atenção ao Servidor em áreas específicas.
- C. O redimensionamento de ações no âmbito da Política voltada para o servidor.

O Parecer Social é construído através da história contida no prontuário médico pericial, a análise da história do servidor em suas múltiplas dimensões (referencia principal) e a apreciação do ambiente de trabalho. Esse parecer fornece elementos necessários que subsidiarão o médico perito na concessão de benefícios e direitos sociais garantidos. É um instrumental técnico que se constitui num meio para a realização e consolidação do compromisso com o servidor e com a missão maior do Estado enquanto provedor e promotor de equidade, justiça social e cidadania. O grande desafio do Parecer Social é construir um olhar multidisciplinar do processo saúde- doença, propiciando mudanças significativas na qualidade de vida. O processo de construção do Parecer Social tem como referência o aparato legal, entretanto não pode relegar a história social do servidor e os diversos vínculos com as demais políticas sociais e econômicas.

“A participação do Assistente Social poderá contribuir de forma importante, em muitas situações, para esclarecer os ingredientes sociais, presentes nos adoecimentos de um determinado grupo de empregados, bem como os mais especificamente psicopatogênicos e também no esclarecimento dos aspectos sociais envolvidos nos processos individuais de acidente ou adoecimento”

Silva-Seligmann



7.2. Da Avaliação dos Profissionais de Segurança do Trabalho:

A Análise do Posto de Trabalho - APT é o documento preparado pela Segurança do Trabalho a pedido dos Peritos a fim de dar subsídio a conclusão da Junta Médica Oficial. Conceitualmente, Posto de Trabalho, corresponde a atividade laboral pré-definida de um servidor, que comporta instruções e procedimentos, definindo a rotina (o que fazer, quando fazer e como fazer), e os meios (onde fazer, com que fazer).

A elaboração desse documento acontece com a visita dos profissionais de Segurança ao local de trabalho do servidor, e, com medições de parâmetros de riscos ambientais necessárias. O foco deste documento é a verificação das condições do ambiente de trabalho e da atividade laboral do servidor tendo como finalidade fornecer um parâmetro técnico além da Unidade Médico Pericial.

Os documentos elaborados pelos profissionais de Segurança do Trabalho são de suma importância para identificação de desvios de ambiente e atividade trabalho. Esse instrumento, que vislumbra as condições ambientais do local de trabalho, bem como as atividades ali desenvolvidas, é elaborado de forma sucinta, e, de fácil entendimento e aplicação, norteando a concessão de benefícios e facilitando a conclusão médico pericial.

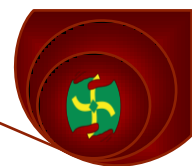
7.3. Da Avaliação Psicológica

O parecer psicológico elaborado para a Perícia Médica consiste em um processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos. É uma atividade privativa do psicólogo, definida pela lei nº 4.119, de 1962, que regulamenta a profissão. Tem por objetivo avaliar aspectos cognitivos, emocionais, de personalidade e socioculturais do indivíduo.

A elaboração desse parecer exige planejamento prévio e deve ser feita de acordo com a demanda e utilizada somente para os fins aos quais se propõe. Envolve a integração de informações provenientes de diversas fontes, tais como testes psicológicos, entrevistas com servidor e familiares, observações e análises de documentos. A testagem psicológica é uma das etapas da avaliação e consiste na utilização de testes de personalidade, inteligência, memória, concentração, atenção, dentre outros.

As avaliações psicológicas podem variar de acordo com o motivo da solicitação, dessa forma é imprescindível a descrição do motivo quando do momento da solicitação, são eles:

- Capacidade laborativa,
- Aposentadoria,
- Auxílio creche,



- Inclusão de dependente,
- Pensão,
- Processo Disciplinar - PD,
- Idade mental,
- Concessão de horário especial, e
- Alienação mental.

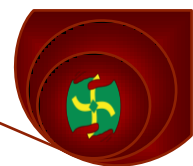
O processo de avaliação psicológica, possui as seguintes etapas: convocação oficial do servidor, coleta de informações do examinando por meio de estudo do prontuário e/ou processo; integração de informações e elaboração de hipóteses iniciais; seleção dos instrumentos a serem utilizados; aplicação e avaliação dos instrumentos e por fim, elaboração de relatório psicológico, respondendo à demanda que motivou o processo de avaliação, tendo cuidado com relação à confidencialidade das informações.

Nesse processo são privilegiadas informações tais como: histórico pessoal, familiar e clínico; exame psíquico, em que se observa estado geral do servidor, atividade psicomotora e verbal, comportamento, consciência, atenção, memória, inteligência, pensamento e afetividade. Com base nesses dados, podem-se inferir questões relacionadas à produtividade e à qualidade dos relacionamentos interpessoais, permitindo assim a compreensão das características psicológicas do indivíduo.

7.4. Da Visita Técnica do Programa de Atenção ao Dependente Químico – PADQ.

Nos casos de dependência química em que o servidor se encontra internado em clínicas e comunidades terapêuticas uma equipe do Programa de Atenção ao Dependente Químico – PADQ é encaminhada para elaboração de relatório que irá auxiliar na conclusão pericial. São objetivos da visita técnica:

- Verificar as condições físicas de clínicas e comunidades terapêuticas e o serviço prestado pela equipe profissional das mesmas, para encaminhamento de servidores dependentes químicos;
- Subsidiar a homologação da licença médica pela Coordenação de Perícias Médicas, quando o servidor estiver impossibilitado de comparecer à Unidade de Perícias Médicas, por meio de relatório elaborado pela equipe do Programa de Atenção ao Dependente Químico (PADQ), o qual deverá ser acompanhado de declaração das instituições de internação e tratamento



onde se encontrarem os servidores atendidos pelo PADQ. (Conforme PORTARIA Nº 48, de 26 de maio 2011, Art. 5º, § 2º).

Da Atuação Profissional nas visitas às Clínicas e comunidades terapêuticas:

A. Cabe ao psicólogo:

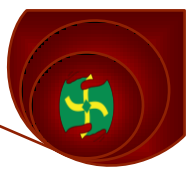
- Colher informações sobre a clínica/comunidade terapêutica tais como: objetivo, estrutura física, corpo clínico, rotina e período mínimo de internação recomendado;
- Realizar entrevista com o servidor internado e avaliação de seu estado mental;
- Fazer contato com os profissionais e/ou colaboradores envolvidos no tratamento para coletar informações sobre a participação do servidor nas atividades propostas.

B. Cabe ao médico psiquiatra:

- Avaliar o estado mental do servidor, por meio de anamnese, na qual são obtidos dados de identificação, histórico do adoecimento, comorbidades clínicas e tratamentos já realizados;
- Realizar o exame psíquico do servidor para avaliar seu nível de consciência, orientação, memória, atenção, humor, pensamento, linguagem, sensopercepção, volição, insight de doença e observar aspectos gerais, como higiene pessoal;
- Verificar objetivos do tratamento oferecido, o tempo previsto para o servidor ficar internado, estrutura física, uso, administração e armazenamento de medicação, além da rotina oferecida na instituição;
- Fazer contato com os profissionais e/ou colaboradores envolvidos no tratamento para coletar informações sobre a participação do servidor nas atividades propostas.

C. Cabe ao assistente social:

- Realizar entrevista com servidor para verificar a participação da família no processo de recuperação, sua forma de inserção na instituição, adesão ao tratamento e prognóstico;

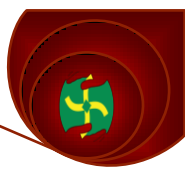


- Verificar o registro da Comunidade Terapêutica no Conselho de Assistência Social;
- Identificar possíveis relações da doença apresentada com o ambiente de trabalho;
- Orientar os servidores em relação aos direitos sociais.

D. Cabe ao enfermeiro do trabalho ou técnico de enfermagem:

- Realizar entrevista com o servidor internado para coletar dados referentes à clínica/comunidade terapêutica e identificar reais necessidades do servidor;
- Avaliar o estado físico do servidor bem como executar atividades assistenciais como a verificação dos sinais vitais;
- Orientar o servidor positivamente sobre ações de prevenção e conservação de sua saúde.

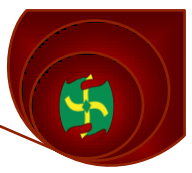
Após a visita técnica é realizada discussão dos dados coletados pela equipe que realizou a inspeção, então é elaborado relatório de visita técnica, com as contribuições de cada profissional, contendo: dados de identificação do servidor, histórico de vida, informações e características da clínica/comunidade terapêutica, parecer e conclusão.

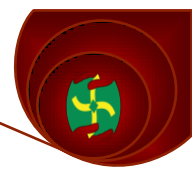


Capítulo VIII – Gerência de Epidemiologia e Estatística em Saúde

**“Pensamento estatístico será
um dia tão necessário para uma
cidadania eficiente como a habilidade
de ler e escrever”.**

H. G. Wells





CAPÍTULO 8. GERÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA E ESTATÍSTICA EM SAÚDE

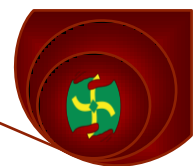
Quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão (...) quando as capacidades de contenção são transbordadas, a energia recua para o corpo, nele desencadeando certas perturbações.

Dejours

As perturbações apontadas por Dejours podem refletir diretamente nos índices de absenteísmo-doença, representados pela Classificação Internacional de Doenças (CID). Adoecimento que, relacionado a variáveis demográficas e funcionais dos servidores, retrata o perfil epidemiológico dos órgãos. A partir destes apontamentos torna-se possível a identificação de cargos e lotações críticas e o subsequente planejamento de ações em atenção à saúde do servidor, diagnosticando seu contexto de trabalho para intervir nas dimensões que podem interferir em sua qualidade de vida no trabalho. Desta forma, permite-se que a construção de políticas públicas de atenção à saúde dos servidores possa ser embasada na realidade dos servidores.

Foi com este objetivo primordial, entre outros, que, de acordo com o Decreto nº 32.795/2011 – que torna pública a nova estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Administração Pública – foi criada a Gerência de Epidemiologia e Estatística em Saúde como unidade da Coordenação de Perícias Médicas. Assim, esta Gerência visa identificar e correlacionar estatisticamente os principais fatores que favorecem o adoecimento do servidor, bem como traçar um perfil demográfico e epidemiológico a fim de subsidiar intervenções de prevenção e promoção à saúde que competem a Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores.

Na esperança de que estes estudos promovam, efetivamente, contextos de trabalho mais saudáveis e melhoria da qualidade de vida no trabalho dos servidores do Distrito

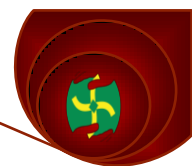


Federal, por meio do assessoramento constante às demais unidades da Subsecretaria, apresentamos o Procedimento Operacional Padrão desta gerência.

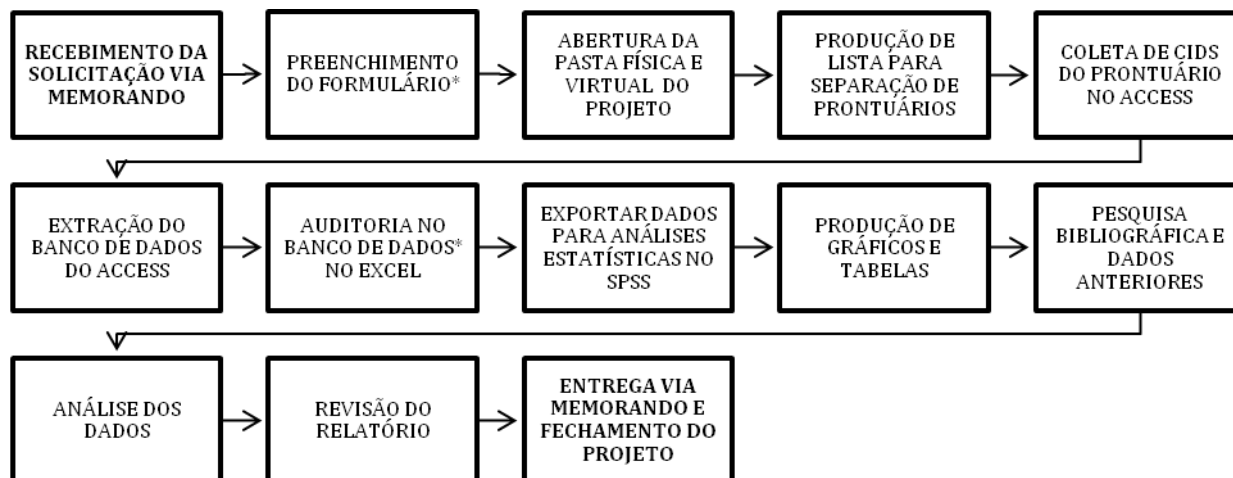
A Gerência de Epidemiologia e Estatística em Saúde - GEES pode produzir informações/relatórios concernentes aos dados periciais relacionados aos dados funcionais e sociodemográficos dos servidores utilizando-se de análise estatística por meio do *software* SPSS. Sendo assim, dois produtos padrões já estão incorporados em sua rotina de atividades, a saber:

- Relatórios Anuais de Indicadores de Absenteísmo-doença: este relatório concentra os números brutos e relativos de cada órgão atendido pela Subsaúde:
 - 1) porcentagem de afastamentos em relação ao todo,
 - 2) porcentagem de tempo de afastamento em relação ao todo,
 - 3) porcentagem de servidores afastados em relação ao todo,
 - 4) índice de absenteísmo do órgão,
 - 5) gravidade do absenteísmo do órgão, e,
 - 6) porcentagem de servidores afastados em relação ao órgão;
- Relatórios Epidemiológicos com o Perfil de Adoecimento dos Servidores: comumente denominado Levantamento dos Afastamentos para Tratamento de Saúde dos Servidores Estatutários, compreende descrição e análise de informações referentes aos afastamentos relacionados a dados sociodemográficos e funcionais dos servidores, bem como a Classificação Internacional de Doenças. Por fim, emite-se um parecer técnico relacionando os resultados com outras pesquisas científicas e técnicas, bem como o perfil do adoecimento no órgão analisado.

Além destes, a GEES pode produzir quaisquer informações de interesse para a saúde ocupacional que estiverem inseridas no Sistema Único de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) ou nos prontuários dos servidores atendidos pela Subsaúde/SEAP, como informações sobre aposentadorias por invalidez e doenças relacionadas.



8.1. Fluxograma



* Vide Modelo do Formulário no Capítulo Formulários Padronizados.

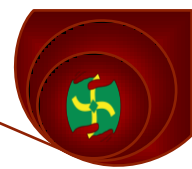
8.2. Banco de Dados

O banco de dados utilizado pela GEES é extraído do Sistema Único de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) por meio do extrator de dados. As mais variadas informações sociodemográficas e funcionais dos servidores podem ser extraídas do sistema. Pelo extrator é possível a seleção e combinação de tabelas nas quais se pode determinar os campos necessários e a realização de filtros, ou seja, recortes no universo das informações.

8.3. Campos

Segue lista de campos extraídos por meio do extrator de dados do SIGRH para produção de relatórios.

CAMPOS EXTRAÍDOS DO SIGRH	
ANO REFERÊNCIA (ano de ocorrência da licença)	SITUAÇÃO FUNCIONAL (estatutário, celetário)
GRUPO FUNCIONAL DO SERVIDOR (ativo, inativo, pensão)	CARREIRA
ÓRGÃO	CATEGORIA (cargo) *sem especialidade
UNIDADE ADMINISTRATIVA (do órgão)	CARGA HORÁRIA
LOTAÇÃO	DATA DE ADMISSÃO
ENDEREÇO (localização da lotação)	TIPO DE LICENÇA
MATRÍCULA	DATA INÍCIO
CPF	MÊS REFERÊNCIA (mês do afastamento)
NOME DO SERVIDOR	DATA RETORNO
SEXO	DIAS DE AFASTAMENTO
DATA DE NASCIMENTO	CID 1
ESTADO CIVIL	SUB GRUPO CID 1
GRAU DE INSTRUÇÃO	CID 2
REF. VERTICAL DO CARGO (função comissionada)	SUB GRUPO CID 2



STATUS (normal, cedido, requisitado, afastado)

Para demais campos de interesse, deve-se avaliar a existência dos mesmos nas tabelas do SIGRH e se há preenchimento efetivo do campo pelos setoriais de RH e/ou perícia médica.

Finalizada a etapa de extração de dados, antes de qualquer informação ser produzida, o banco de dados deve ser auditado para fins de eliminação de possíveis erros nos bancos de cadastro e afastamentos dos servidores.

8.4. Preparação de Campos

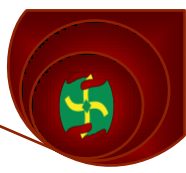
Apesar da maioria dos campos com que trabalhamos já vir com a informação oriunda dos bancos de cadastro e afastamento, alguns campos necessitam serem produzidos e/ou aprimorados manualmente para procedermos à análise, a saber: ANO NASCIMENTO, IDADE (quando do afastamento), CARGA HORÁRIA TOTAL, ANO ADMISSÃO, TEMPO DE SERVIÇO* (quando do afastamento), CAPÍTULO DA CID, CATEGORIAS DE TRÊS CARACTERES, CID COMPLETO (apenas se solicitado).

8.5. Análises Estatísticas – SPSS

A partir do SPSS, dois tipos de análises estatísticas podem ser feitas no banco de dados:

- Análises Descritivas: frequências das variáveis, percentual, médias de tendência central (média, mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, amplitude, valores mínimo e máximo), cruzamento (relação entre variáveis);
- Análises Inferenciais: análise de variância – ANOVA (comparação de uma variável entre diferentes grupos, associação entre duas variáveis), análise de regressão linear (análise preditiva entre duas variáveis), Teste t (teste de hipóteses), etc.

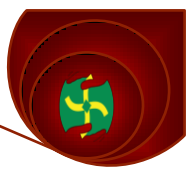
A leitura e a compreensão destas análises devem ser norteadores de investigações de aprofundamento posteriores, inclusive para sustentação das hipóteses levantadas. Se possível, deve haver um esforço de leitura qualitativa – contextualizada – dos dados quantitativos.

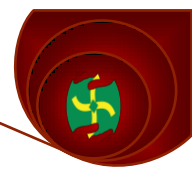


Capítulo IX – Doenças Especificadas em Lei

**A cura está ligada ao tempo e
às vezes também às circunstâncias."**

Hipócrates





CAPÍTULO 9.

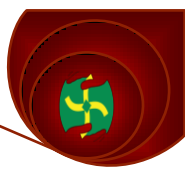
CAPÍTULO 9. DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

As doenças especificadas na legislação permitem aos seus portadores a concessão de alguns benefícios, como aposentadoria por invalidez ou pensão com proventos integrais e isenção de imposto de renda, nos termos da Lei.

Para aposentadoria por invalidez ou pensão na legislação vigente aos servidores do Distrito Federal utiliza-se a Lei Complementar nº 769/2008, que rege o Instituto de Previdência do Distrito Federal – IPREV DF e o Decreto nº 34.023/2012, que versa sobre a Perícia Médica e Saúde Ocupacional dos Servidores.

Já nos casos de Isenção do Imposto de Renda – I.R. para aposentados ou pensionistas, a Legislação Vigente é a Lei nº 7713 sancionada pelo Presidente da República, em 22 de dezembro de 1988, alterada pela Lei nº 11.052, de 2004, que aborda as regras de recolhimento do I.R.

“Para efeito de concessão de aposentadoria compulsória por invalidez permanente com proventos integrais, consideram-se moléstia profissional ou doenças graves, contagiosas ou incuráveis, a que se refere o parágrafo primeiro, as seguintes: tuberculose ativa; hanseníase; leucemia; pênfigo foliáceo; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira posterior ao ingresso no serviço público; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida – Aids; neuropatia grave; esclerose múltipla; contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e hepatopatia, aplicando-se ainda, no que couber, os critérios estabelecidos pelo Regime Geral de Previdência Social”



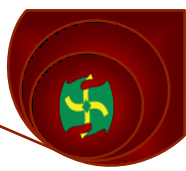
*§ 5º Art. 18 da Lei
Complementar nº 769 de 30 de junho de
2008*

“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;”

*inciso XIV – § 6º da Lei nº
7.713, de 22 de Dezembro de 1988.*

As enfermidades listadas são consideradas um rol exemplificativo de doenças graves, contagiosas e incuráveis, e que se motivarem incapacidade laborativa, de acordo com os critérios técnico-periciais preconizados, permitem aos seus portadores a revisão dos proventos de aposentadoria, reforma ou pensão. (Embargos de Declaração no Recurso Especial nº 825.569 – STJ). Já o rol das doenças para fins de Isenção de Imposto de Renda de aposentados e pensionistas, é considerado taxativo, e, não há referência legal a necessidade de gerar incapacidade.

Outro ponto que cabe ressaltar é a diferença entre as doenças listadas na legislação Federal, para Isenção de I.R., e a da Lei do IPREV DF, como é possível notar na **relação de doenças**, no inciso XIV do artigo 6º da Lei nº 7713/1998 há a inclusão da hepatopatia



grave e não há referência de pênfigo foliáceo, bem como leucemia e neuropatia grave. Entretanto, a leucemia se enquadra como neoplasia maligna, estando assim, incluída na legislação para imposto de renda.

DAS DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI:

9.1. TUBERCULOSE ATIVA

Conceito:

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, cuja evolução é aguda ou crônica e de notificação compulsória.

Devido a grande possibilidade de cura dos casos de tuberculose uma vez diagnosticados precocemente e a boa evolução dos casos tratados corretamente, ressalta-se a necessidade de se fazer uma adequada avaliação da fase evolutiva da doença ou da condição das lesões e de sua fase evolutiva para que se estabeleça a noção de cura ou a resposta ao tratamento.

No contexto médico pericial, a presença da doença, por si só, não aponta para a existência de incapacidade laboral, pois deverá ser levado em consideração a repercussão geral da doença e o comprometimento das atividades laborais do indivíduo.

O estado evolutivo das lesões tuberculosas são classificadas em: ativas, inativas, de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto) e curadas.

Apresentam as seguintes características:

1. Lesões Ativas:

1.1. Características clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa;

1.2. Características bacteriológicas: pesquisa positiva do *Mycobacterium tuberculosis* nos diferentes materiais (exame direto, cultura de qualquer secreção ou material ou inoculação em animais sensíveis);

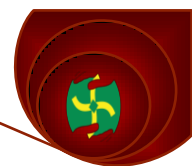
1.3. Características radiológicas pulmonares:

1.3.1. Presença do caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado pela lesão perifocal;

1.3.2. Presença de instabilidade das lesões infiltrativas, observadas nas séries de radiografias;

1.3.3. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;

1.3.4. Derrame pleural associado;



1.3.5. Complexo gânglio pulmonar recente.

1.4. Características imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, quando ausente vacinação BCG (PPD-Forte Reator).

2. Lesões Inativas:

2.1. Características Clínicas:

Ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose:

Existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas consequentes à doença ou à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas);

Persistência das condições clínicas favoráveis com duração de, pelo menos, três meses.

2.2. Características Bacteriológicas: ausência do *Mycobacterium tuberculosis* nos diferentes materiais: ao exame direto e/ou cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais realizados pelo menos três meses, incluindo os materiais colhidos por broncoaspiração e negatividade dos exames realizados nas peças de ressecção;

2.3. Características Radiológicas: “limpeza” radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspecto cístico ou bolhoso.

3. Lesões de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto):

As lesões de atividade indeterminada são definidas como aquelas que, por faltarem elementos elucidativos para caracterizar o seu estado evolutivo, são temporariamente assim classificadas, até que a obtenção de dados possibilite a sua inclusão no grupo das lesões ativas ou nos da inativas ou curadas.

4. Lesões Curadas:

As lesões são classificadas com curadas quando, após o tratamento regular com esquema tríplice, durante 6 (seis) meses, apresentam características de inatividade.

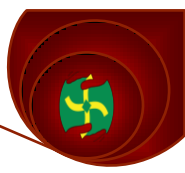
Os indivíduos são distribuídos em classes, com as seguintes características:

CLASSE O : Sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;

CLASSE I : História de exposição à tuberculose, porém, sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);

CLASSE II: Infecção tuberculosa, caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém, sem tuberculose e

CLASSE III: Doença ativa e que apresenta quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.



Aspectos Práticos:

1. O servidor que seja portador de tuberculose pulmonar ativa deverá permanecer em licença médica até que a baciloscopia no escarro seja negativa e também, após a sua recuperação clínica.

2. Naqueles casos em que houver comprovada resistência bacilar aos esquemas usados (determinada por vários testes terapêuticos) ou nos casos em que, por consequência da resolução fibrocicatricial de cura, tenha ocorrido importante limitação funcional respiratória, ou seja, superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total e que imponham importante limitação física ou profilático-sanitária ao portador da doença, será avaliada a possibilidade de aposentadoria por tuberculose pulmonar.

3. Quando tratar-se de quadro de cor pulmonale crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, a Junta Médica avaliará o caso de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave, deste Manual.

4. Servidores que sejam portadores de lesões pulmonares extrapulmonares, a Junta Médica avaliará cada caso de acordo com os pareceres das clínicas especializadas.

5. As sequelas das lesões tuberculosas se irreversíveis, graves e determinantes de invalidez permanente do servidor, serão enquadradas, do ponto de vista legal, de forma semelhante aos de tuberculose ativa, pois dela decorrem diretamente.

Crítérios de enquadramento:

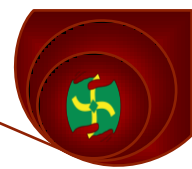
1. Indivíduos que tenham adquirido a doença ou desenvolvam formas resistentes de bacilos da tuberculose, que sejam refratários aos esquemas terapêuticos existentes;

2. Indivíduos que foram considerados curados, mas que por consequência da resolução cicatricial do processo, desenvolveram uma extensa limitação funcional que comprometem, diretamente, a sua capacidade laboral.

Laudos de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de Tuberculose Ativa deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da doença “Tuberculose Ativa”;



2. Estágio evolutivo;
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
6. Conclusão quanto à existência ou não de invalidez.

9.2. HANSENÍASE

Conceito:

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

São considerados Sinais Cardinais da Hanseníase:

1. Lesão(ões) de pele com alteração da sensibilidade;
2. Acometimento de nervo(s) periférico(s) com ou sem espessamento, associado à alteração de sensibilidade.
3. Baciloscopia positiva.

As formas clínicas da Hanseníase podem ser classificadas em:

1. Forma Paucibacilar (PB)

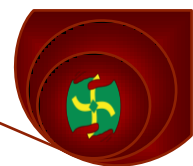
Casos com até 05 lesões de pele e baciloscopia negativa. Compreendem as formas Indeterminada e Tuberculóide.

1.1. *Hanseníase Indeterminada*: Considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana;

1.2. *Hanseníase Tuberculóide*: 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;

2. Forma Multibacilar

Casos com mais de 05 lesões de pele. Compreendem as formas Dimorfa; Virchowiana e Não Especificada.



2.1. *Hanseníase Dimorfa*: Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; Lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;

2.2. *Hanseníase Virchowiana*: Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superior e olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

Quando das neurites, podem ocorrer lesões das fibras autonômicas, sensitivas ou motoras, resultando em deficiências sensitivas ou sensitivo-motoras, provocando incapacidades e deformidades que podem resultar em sequelas. Os nervos mais afetados na doença são os da face (trigêmeo e facial), os dos braços (radial, ulnar e mediano), os das pernas (fibular comum e tibial).

As formas clínicas reacionais (Reação tipo I e II) são caracterizadas 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 (parestesias 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.

Aspectos Práticos:

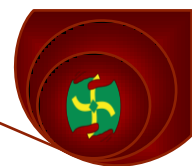
1. A hanseníase, por si só, não leva o servidor a afastar-se de suas atividades laborativas, uma vez que, iniciada a terapia específica (poliquimioterapia), o indivíduo bacilífero torna-se não contagiante após a primeira dose da medicação.

2. O exame baciloscópico de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizado 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. Porém, o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

3. Exame histopatológico é indicado como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas.

4. Episódios reacionais (Reação tipo I e II) podem levar ao afastamento das atividades laborativas com incapacidade temporária ou definitiva.

5. Durante o exame pericial deve-se avaliar o grau de incapacidade física e de função neural de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Os testes de sensibilidade



dos olhos, mãos e pés podem ser realizados com um conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein 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: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura dotornozelo.

Nota: A inspeção do nariz deverá ser realizada concomitante 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.

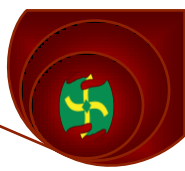
Crítérios de enquadramento:

A perícia concluirá pelo afastamento definitivo das atividades laborativas quando os servidores apresentarem sequelas incapacitantes sem possibilidade de recuperação.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de Hanseníase deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Forma Clínica;
4. Descrição da presença de sequelas;
5. Data do início da doença;
6. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
7. Conclusão quanto à existência ou não de invalidez.



9.3. LEUCEMIA;

Conceito:

O termo leucemia (do grego leukos λευκός, "branco"; aima αίμα, "sangue") representa uma proliferação neoplásica clonal e generalizada com bloqueio maturativo de células hematopoéticas, havendo substituição difusa da medula óssea por células neoplásicas. Inicia sempre na medula-óssea, e posteriormente invadem o sangue periférico, podendo atingir vários órgãos.

As Leucemias são classificadas quanto à evolução em: Leucemias agudas e crônicas. E quanto à linhagem celular comprometida: Leucemias linfóides e mielóides. Desta forma temos quatro tipos principais de leucemias:

1. Leucemia Linfocítica Aguda (LLA)
2. Leucemia Mielocítica Aguda (LMA)
3. Leucemia Linfocítica Crônica (LLC)
4. Leucemia Mielocítica Crônica (LMC)

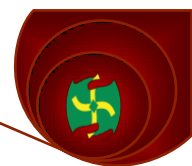
Aspectos Práticos:

1. Leucemia Linfocítica Aguda (LLA):

- A LLA representa cerca de 85% dos casos de leucemias em crianças. A faixa etária de maior frequência está entre 2 e 5 anos.
- As principais características clínicas dos pacientes com LLA são febre, anemia, fadiga, anorexia e sangramento. Além disso, a dor óssea devido ao comprometimento da medula óssea também é muito frequente.
- No Brasil, as crianças e jovens com LLA curam-se em 70% a 80% dos casos.

2. Leucemia Mielocítica Aguda (LMA):

- A LMA afeta tanto adultos quanto crianças e representa cerca de 20% das leucemias da infância.
- As características clínicas são semelhantes às da LLA, apresentam febre, anemia e fadiga. Os problemas com sangramentos são mais frequentes nos pacientes com LMA do que com LLA.
- Através da quimioterapia 60% dos pacientes apresentam remissão completa da doença, no entanto, apenas 15 a 30% permanecem livres da doença por 5 anos. Devido a isso, o transplante de medula óssea é uma boa alternativa no tratamento da LMA.



3. Leucemia Linfocítica Crônica (LLC):

- Atinge quase que exclusivamente pacientes adultos, sendo considerada a mais comum nesta faixa etária nos países Ocidentais. A média de idade dos pacientes acometidos é de 60 anos com uma discreta predominância no gênero masculino.
- Frequentemente é assintomática, sendo detectada em exames de sangue de rotina.
- Em alguns casos os pacientes podem apresentar anorexia, perda de peso, linfadenopatia, hepatomegalia e esplenomegalia.
- A sobrevida média dos pacientes com LLC é de 4 a 6 anos. Em cerca de 30% dos pacientes com LLC ocorre uma transformação da leucemia em outras neoplasias linfóides mais agressivas, nestes casos a maioria dos pacientes sobrevivem menos de 1 ano.

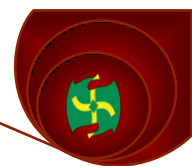
4. Leucemia Mielocítica Crônica (LMC):

- Atinge com maior frequência pacientes adultos, com pico entre a 3ª e 4ª décadas de vida.
- Os sintomas iniciais da doença são perda de peso, fadiga, anorexia. A esplenomegalia é uma característica clínica bastante comum em pacientes com LMC.
- A evolução da LMC é de progressão lenta, no entanto, depois de um período variável, em média de 3 anos, cerca de 50% dos pacientes entram numa fase de crise, difícil de ser tratada, que termina num quadro que se assemelha à leucemia aguda.
- O tratamento para a LMC é feito através de quimioterapia e transplante de medula óssea, principalmente nos casos que entraram na fase de crise.

5. O diagnóstico definitivo de Leucemia:

- Se dá através da Punção aspirativa da medula óssea, porém no hemograma é possível observar alterações laboratoriais como, anemia, leucocitose, leucopenia, plaquetopenia, hiato leucêmico, presença de blastos no sangue periférico, linfocitose.

Critérios de enquadramento:



A perícia poderá concluir pelo afastamento definitivo das atividades laborativas quando os servidores forem:

1. Portadores de Leucemia refratários ao tratamento;
2. Portadores de Leucemia que manifestarem recidiva da doença, sem possibilidade terapêutica.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de Leucemia deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da Leucemia e seu subtipo, o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
4. Data de início da doença;
5. A expressão “Leucemia”.

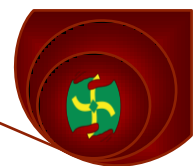
9.4. PÊNFIGO FOLIÁCEO

Conceito:

Há duas formas de pênfigo foliáceo: Clássico ou doença de Cazenave e Endêmico, conhecido como fogo selvagem ou pênfigo foliáceo brasileiro. O pênfigo foliáceo clássico é de ocorrência universal e predomina entre a quarta e quinta décadas da vida, sem predileção por sexo. O fogo selvagem é endêmico no Brasil, particularmente nos estados de Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Minas Gerais, Paraná e São Paulo. Tem ocorrência familiar, acomete principalmente adultos jovens e crianças de áreas rurais, próximas a córregos e rios.

Crítérios de enquadramento:

O pênfigo foliáceo endêmico inicia-se apresentando bolhas superficiais que se rompem facilmente deixando erosões, com escamas e crostas finas e aderentes. Geralmente, ocorrem na face, pescoço e parte superior do tronco - forma frustra ou localizada. A doença dissemina, no sentido craniocaudal, de forma gradual, durante semanas ou meses, podendo



evoluir para a forma generalizada, tendo sua expressão máxima na eritrodermia. Nesta forma já não se observam mais bolhas. Há eritema e descamação disseminados que podem durar de semanas a meses. Os pacientes apresentam sensação de ardor e queimação, o que originou o termo “fogo selvagem”. São geralmente intolerantes ao frio. As complicações como as infecções secundárias diversas são comuns.

As lesões do pênfigo foliáceo endêmico podem surgir ou agravar-se após exposição ao sol. No pênfigo de Cazenave não se observam estas fases evolutivas, mas as lesões habitualmente predominam na porção superior do tronco e segmento cefálico.

Não há acometimento mucoso no pênfigo foliáceo, clássico ou endêmico.

Diagnóstico laboratorial dos pênfigos

- Exame citológico: presença de células acantolíticas, de formato arredondado. Não distingue o pênfigo vulgar do foliáceo.

- Exame histopatológico: deve ser selecionada uma lesão recente e íntegra. No caso do pênfigo vulgar observa-se clivagem intraepidérmica baixa, supra-basal. No pênfigo foliáceo clássico e endêmico a clivagem é mais alta, logo abaixo da camada córnea ou granulosa. Em ambos os casos há a presença de células acantolíticas.

- Imunofluorescência direta (IFD): realizar biópsia da pele perilesional. Há depósito de IgG intercelular na epiderme, conferindo aspecto rendilhado ou “em malha”.

- Imunofluorescência indireta (IFI): demonstra a presença de IgG circulante no soro do paciente, utilizando-se como substrato o esôfago de macaco, esôfago de cobaia. Os títulos geralmente se correlacionam com atividade clínica no caso do pênfigo vulgar.

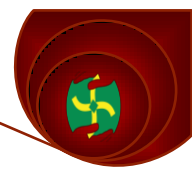
A técnica de imunofluorescência (IFD e IFI) não diferencia o pênfigo vulgar do foliáceo, podendo para tanto ser utilizado o método ELISA.

Muitas vezes se consegue obter o controle total do pênfigo, o que possibilita a suspensão do tratamento devendo-se, no entanto manter o paciente sob observação uma vez que as recidivas são frequentes.

A mortalidade dos pênfigos é atualmente estimada entre 5 % e 10% sendo a septicemia a principal causa de óbito.

Critérios de enquadramento:

A perícia concluirá pelo afastamento definitivo das atividades laborativas quando os servidores apresentarem:



1. Lesões generalizadas com ou sem infecção secundária, refratárias à terapêutica com corticosteróides e imunossupressores;
2. Eritrodermia com ou sem infecção secundária, refratária à terapêutica com corticosteróides e imunossupressores.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de pênfigo foliáceo deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID)
2. Forma Clínica;
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso.

9.5. ALIENAÇÃO MENTAL

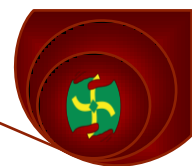
Conceito:

Alienação mental é todo quadro de distúrbio psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, permaneça alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o indivíduo inválido total e permanente para qualquer trabalho.

O indivíduo torna-se absolutamente incapaz para o exercício dos atos da vida civil, ou seja, torna-se impossibilitado de reger sua vida e administrar seus bens, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade.

A Interdição ocorre quando o indivíduo é considerado incapaz para exercer pessoalmente os atos da vida civil, sendo declarado interdito pela Justiça e sendo-lhe nomeado um curador. A interdição e a curatela são atos privativos da Justiça.

Conforme § 7º do artigo 185 da lei complementar nº 769, de 30/06/2008, há indicação legal para que todos os servidores portadores de alienação mental sejam interditados judicialmente.



Critérios de enquadramento:

A alienação mental poderá ser identificada no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica ou neuropsiquiátrica. No entanto, o simples diagnóstico desses quadros não é indicativo de enquadramento. São necessárias que todas as condições abaixo discriminadas sejam atendidas:

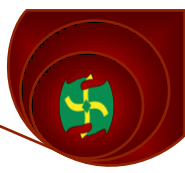
1. Seja grave e persistente;
2. Seja refratária aos meios habituais de tratamento;
3. Provoque alteração completa ou considerável da personalidade;
4. Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;
5. Torne o servidor inválido de forma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

São Passíveis de Enquadramento:

1. Psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;
2. Outras psicoses graves nos estados crônicos;
3. Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson etc.);
4. Oligofrenias graves.

São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental:

1. Psicoses afetivas, mono ou bipolares, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível da personalidade;
2. Psicoses epiléticas, quando caracterizadamente cronificadas
3. e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada
4. frequência de surtos psicóticos;
5. Psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando
6. caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou
7. quando configurarem um quadro irreversível de demência;
8. Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas graves.



Quadros Não Passíveis de Enquadramento:

1. Transtornos da personalidade;
2. Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas leves e moderadas;
3. Oligofrenias leves e moderadas;
4. Psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao estresse);
5. Psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis);
6. Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

Laudos de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de alienação mental deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Estágio evolutivo;
3. Data do início da doença;
4. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
5. A expressão “alienação mental”.

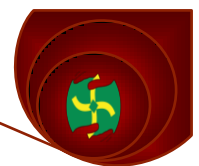
9.6. NEOPLASIA MALIGNA

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 Internacional de Doenças (CID-10).

O diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

1. biópsia da lesão com estudo histopatológico;
2. exames citológicos;
3. exames ultrassonográficos;
4. exames endoscópicos;
5. exames de tomografia computadorizada;
6. exames de ressonância nuclear magnética;



7. exames cintilográficos;
8. pesquisa de marcadores tumorais específicos;
9. exames radiológicos.

O prognóstico é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

1. grau de proliferação celular;
2. grau de diferenciação 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.

Critérios de enquadramento:

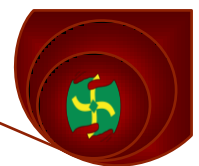
A perícia poderá concluir pelo afastamento definitivo das atividades laborativas quando os servidores forem:

1. Portadores de neoplasias malignas refratárias ao tratamento;
2. Portadores de neoplasias malignas que manifestarem recidiva da doença;
3. Portadores de neoplasias malignas que manifestarem metástases da doença;
4. Portadores de neoplasias malignas que tornarem-se inválidos em consequência de seqüelas do tratamento, mesmo quando erradicada a lesão neoplásica maligna.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de neoplasia maligna deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da neoplasia, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Estágio evolutivo;
4. O tipo anatomopatológico da neoplasia;
5. Localização;
6. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
7. Presença de metástases;



8. Presença de sequelas;
9. Data de início da doença;
10. A expressão “NEOPLASIA MALIGNA”.

9.7. CEGUEIRA POSTERIOR AO INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

Conceito:

Cegueira ou amaurose é um estado patológico no qual a acuidade visual de ambos os olhos é igual a zero sem percepção luminosa, depois de esgotados os recursos de correção óptica.

São equivalentes á cegueira e como tais considerados:

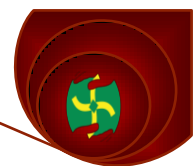
1. Os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos na lei, não susceptíveis de correção óptica, nem capazes de serem beneficiados por tratamento médico-cirúrgico;
2. Os casos de redução acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), comprovados por campimetria, independente de grau de acuidade visual central, que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do paciente, exigindo a ajuda de terceiros.

Avaliação da acuidade visual:

Escalas adotadas:

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, as Juntas Médicas adotarão as escalas de SNELLEN e de WECKER (DECIMAL) na avaliação de acuidade visual para longe, e a escala JAEGUER na avaliação da acuidade visual para perto.

A escala de Snellen é composta por uma fileiras de elementos gráficos aleatórios (números, letras ou desenhos), conhecidos como optótipos usados para testar a visão a distância. A menor distância possível para se medir a acuidade visual com os olhos paralelos é de 06 metros, que corresponde a 20 pés, compondo o numerador da escala de Snellen. O denominador é composto por um número (20,40,60, ...) que equivale a distância em pés ou metros, na qual o optótipos forma 5 graus com o observador.



A fração de Snellen pode ser reduzida para forma decimal que compõe a escala de Wecker. A acuidade visual para perto é geralmente testada para avaliar a visão de leitura, e é testada a uma distância de 35,5 centímetros. O resultado é expresso como Snellen equivalente ou Jaeger 1 a 12.

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe e para perto:			
SNELLEN	DECIMAL	JAEGER	% DE VISÃO
20/20	1,0	1,2	100
20/22	0,9		98,0
20/25	0,8	3	95,5
20/29	0,7	4	92,5
20/33	0,6	5	88,5
20/40	0,5		84,5
20/50	0,4		76,5
20/67	0,3		67,5
20/100	0,2	7	49,0
20/200	0,1	9	20,0
20/400	0,05	12	10,0

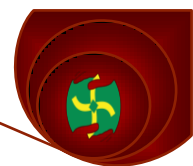
Classificação dos Graus de perda parcial da visão:

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 20/70 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 for 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 for igual ou superior a 20/1.200 SNELLEN;

GRAU IV - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20.000 SNELLEN ou apresentar, como índice



máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 01(um) metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

Aspectos Práticos:

1. Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente.

2. Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério. A perda visual deverá ser permanente, não susceptível de correção óptica ou tratamento cirúrgico.

3. Servidores que entram no serviço público como deficientes visuais, caso sofram agravamento do quadro oftalmológico, poderão pleitear aposentadoria. Nesse caso, o perito deve analisar o exame de admissão para obter um parâmetro de avaliação da condição atual.

4. Serão considerados portadores de deficiência visual comparável a cegueira os examinados que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção.

5. Serão considerados portadores de deficiência visual comparável a cegueira os examinados que apresentarem campo visual inferior a 20 graus (campo tubular), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção.

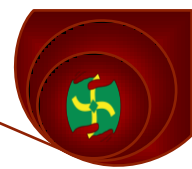
6. As Juntas Médicas concluirão pela incapacidade definitiva dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.

7. As Juntas Médicas, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela invalidez permanente, por cegueira, dos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

8. As juntas médicas ao emitir o laudo 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”.

Critérios para enquadramento:

1. Consideradas perdas parciais de visão equivalentes a cegueira e enquadrados em lei, os graus II, III e IV;



2. Consideradas perdas parciais de visão equivalentes a cegueira e enquadrados em lei, os Graus I, II, III, quando associados com redução do campo visual , no melhor olho, entre 20° e 10°, entre 10° e 5° e menor que 5°, respectivamente.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de Cegueira posterior ao ingresso no serviço público deverão constar os seguintes dados:

1. O nome da doença oftalmológica com CID
2. A descrição da acuidade visual e /ou campo visual
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal
4. Data de ingresso no serviço público
5. Data de início da doença
6. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
7. Conclusão quanto à existência ou não de Cegueira ou “equivalente à cegueira”.

9.8. PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

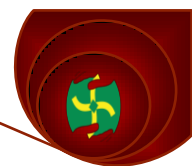
Conceito:

Entende-se como paralisia a abolição completa da mobilidade voluntária, da capacidade de efetuar um movimento em certo território do corpo. O mecanismo ocorre com a interrupção, em qualquer ponto, de uma via motora, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, gerado pela lesão do neurônio motor periférico ou central, de natureza destrutiva ou degenerativa.

É considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecendo distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade, tornando o servidor impossibilitado para qualquer trabalho de forma total e permanente.

São equiparadas às paralisias:

1. Lesões osteomusculoarticulares (exceto as lesões que envolvam a coluna vertebral) que resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação;



2. Lesões vasculares graves e crônicas, das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação;
3. Ausências de membros, segmentos de membros ou de feixes musculares, resultantes de amputação ou ressecções cirúrgicas que resultem em distúrbios graves e extensos da mobilidade de um ou mais membros.

Aspectos práticos:

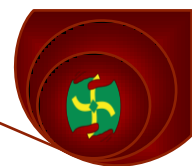
1. Caracteriza-se paralisia funcional a abolição das funções sensoriais, na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas;
2. As paralisias são classificadas quanto à localização e a extensão das lesões:
 - a. *Paralisia isolada ou periférica*: quando é acometido apenas um músculo ou um grupo de músculos;
 - b. *Monoplegia*: quando são acometidos todos os músculos de um só membro;
 - c. *Hemiplegia*: quando são acometidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
 - d. *Paraplegia ou diplegia*: quando são acometidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
 - e. *Triplegia*: quando resulta no acometimento de três membros;
 - f. *Tetraplegia*: quando são acometidos os membros superiores e inferiores.
3. A paralisia de um músculo ou grupo de músculos não apresenta por si só e na maioria das vezes não leva a incapacidade, portanto, não é motivo para concessão das vantagens da lei.

CrITÉRIOS de enquadramento:

1. O servidor portador de paralisia irreversível e incapacitante que tenha esgotado todas as possibilidades de medidas terapêuticas disponíveis, sendo considerado impossibilitado para qualquer trabalho de forma total e permanente.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios por Invalidez de Paralisia Irreversível e Incapacitante deverão constar os seguintes dados:



1. Diagnóstico da enfermidade básica, anatômico e etiológico, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Estágio evolutivo;
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data de início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
6. Caráter definitivo e permanente;
7. A expressão “Paralisia Irreversível e Incapacitante” ou “equivalente a Paralisia Irreversível e Incapacitante”.

9.9. HEPATOPATIA GRAVE

Conceito:

É um grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração da estrutura e deficiência funcional intensa, progressiva e grave.

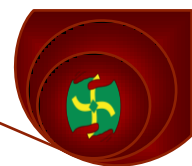
Para definir de maneira exata e objetiva a dimensão da incapacidade secundária às doenças hepáticas, vamos discutir o enquadramento quanto à hepatopatia grave.

Queixas inespecíficas de mal estar, fadiga ou depressão em pacientes hepatopatas crônicos sem comprometimento acentuado das funções hepáticas não encontram ainda evidência científica, na literatura médico-científica atual.

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 a cirrose biliar secundária.

A única forma segura para o enquadramento quanto à hepatopatia grave é a aplicação de pelo menos uma dentre as duas classificações de gravidade de doenças hepáticas amplamente conhecidas e utilizadas na medicina hepatológica, o modelo CHILD-PUGH e o MELD.



O modelo Child-Pugh envolve cinco variáveis: dois critérios clínicos (encefalopatia e ascite) e três critérios laboratoriais (INR, albumina e bilirrubina). Tem um sistema de escore de cinco a quinze (escores 5 a 6 = classe A de Child-Pugh (“cirrose compensada”), escores 7 a 9 = classe B (“cirrose descompensada”) e escores 10 a 15 = classe C (hepatopatia grave). Este modelo ocasiona uma avaliação clínica mais minuciosa. (Tabela 1)

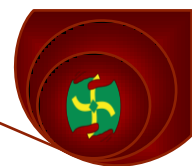
No caso da ascite, caso haja dúvida entre ausência de ascite e ascite discreta, deve ser utilizado um exame ultrassonográfico abdominal recente. No caso da encefalopatia deve ser utilizada uma gradação, através de análise de sinais e sintomas (Tabela 2).

Classificação de Child-Pugh

Fator	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina sérica, $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	< 34 (<2,0)	34-51 (2,0-3,0)	> 51 (> 3,0)
Albumina sérica, g/l (g/dl)	> 35 (> 3,5)	30-35 (3,0-3,5)	< 30 (< 3,0)
Ascite	Nenhuma	Discreta ou moderada, facilmente controlada com medicação.	Grande ou moderada, refratária a medicação
Distúrbio neurológico	Ausente ou Grau 0	Grau I ou II	Grau III e IV
Tempo de protrombina (Segundos de prolongamento) INR	0-4 ou < 1,7	4-6 ou 1,7 – 2,3	> 6 ou > 2,3

Gradação do Distúrbio Neurológico – Classificação Child-Pugh

GRAU	SINAIS	SINTOMAS
0	Hipomimia e Disartria	Imperceptíveis Alterações no padrão sono-vigília
I	Apraxia, Perda de atenção, Dificuldade para somar e Asterixe	Alterações no padrão sono-vigília conduta inapropriada, depressão ou euforia e perda de afeto



II	Os mesmos do grau I mais Dificuldade para descansar e Hálito hepático	Desorientação mínima, letargia ou apatia, sonolência e confusão
III	Os mesmos do grau II mais Clônus, Babinsky, hiper-reflexia e rigidez ou espasticidade de membros	Desorientação ou confusão mais acentuada sonolência ou insônia intermediárias e estupor
IV	Hálito hepático, flacidez (perda do tônus muscular), hiporreflexia ou arreflexia	Coma, falta de resposta a estímulos verbais ou dolorosos

Outro sistema de classificação é o modelo matemático MELD, que utiliza três parâmetros laboratoriais: creatinina (mg/dL), bilirrubina total (mg/dL) e INR. A equação para calcular o escore MELD é:

$$(9,57 \times [\log \text{ creatinina}]) + (3,78 \times [\log \text{ bilirrubina total}]) + (11,20 \times [\log \text{ INR}]) + 6,42$$

Para conceituação de hepatopatia grave, se aceita atualmente o valor do MELD igual ou maior que 15.

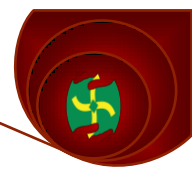
Aspectos Práticos:

Em relação à capacidade laborativa, a exata precisão dos dados numéricos e das fórmulas matemáticas envolvidas nos critérios de avaliação deve ser complementada por avaliação médica individualizada e pautada em bom senso, conhecimento técnico e vivência profissional. Um periciado classificado na classe C pode ser considerado excepcionalmente capaz ao trabalho, principalmente em funções burocráticas e intelectuais. E ainda, pacientes classificados segundo os critérios de Child-Pugh como classe “A”, mas que apresentam hipertensão porta com varizes esofágicas de médio e/ou grosso calibre, estão incapazes para atividades laborativas que requeiram maiores esforços físicos, em vista do risco aumentado de ruptura das varizes e sangramento digestivo alto; estando aptos para o exercício de outras atividades profissionais compatíveis com seu estado de saúde.

Critérios de enquadramento:

A perícia poderá concluir pelo afastamento definitivo das atividades laborativas quando os servidores forem:

1. Portadores de hepatopatia grave que se enquadre na classe C do escore Child-Pugh e/ou MELD > 15;



2. Portadores de hepatopatia grave que se enquadre na classe B do escore Child-Pugh quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios por Invalidez por Hepatopatia Grave deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, diagnóstico anatomopatológico, etiológico, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Estágio evolutivo / Classificação funcional (CHILD-PUGH e MELD);
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data de início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
6. A expressão “Hepatopatia Grave”.

9.10. CARDIOPATIA GRAVE

Conceito:

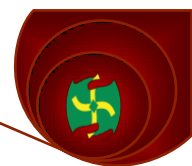
Na medicina Médico pericial podemos classificar a cardiopatia grave quando a doença limitar progressivamente, a capacidade física e funcional do coração, ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação, independente do tratamento adequado.

Aspectos Práticos:

A avaliação da capacidade funcional do coração, realizada pela Perícia Médica do Distrito Federal, permite a distribuição dos indivíduos em classes, segundo o critério adotado pela II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA (New York Heart Association) descrita a seguir:

Classificação Funcional Cardíaca segundo NYHA - New York Heart Association

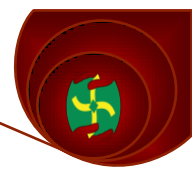
Classe I	Portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A
-----------------	--



	atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito, nem sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral;
Classe II	Portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Estes periciandos sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;
Classe III	Portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Estes periciandos sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;
Classe IV	Portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Estes periciandos, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

A limitação funcional cardíaca será definida pela análise criteriosa do conjunto de métodos propedêuticos:

1. história clínica, com dados evolutivos da doença;
2. exame clínico;
3. eletrocardiograma, em repouso;
4. eletrocardiografia dinâmica (Holter);
5. teste ergométrico;
6. ecocardiograma, em repouso;
7. ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;



8. estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
9. cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);
10. cintigrafia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;
11. cinecoronarioventriculografia

Os achados fortuitos em exames complementares especializados, não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave, se não estiverem vinculados aos elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença cardíaca incapacitante.

Em algumas condições, um determinado item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção < 0,35), porém, na grande maioria dos casos, a princípio, é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares para melhor conceituá-la.

As seguintes entidades nosológicas podem relacionar-se à cardiopatia grave:

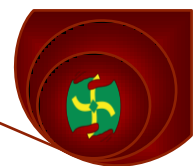
1. cardiopatias isquêmicas;
2. cardiopatias hipertensivas;
3. cardiomiopatias primárias ou secundárias;
4. cardiopatias valvulares;
5. cardiopatias congênitas;
6. cor pulmonale crônico;
7. arritmias complexas e graves;
8. pericardiopatias;
9. aortopatias.

“É preciso não confundir gravidade de uma cardiopatia com Cardiopatia Grave, uma entidade Médico-pericial.”

Besser

Critérios de enquadramento:

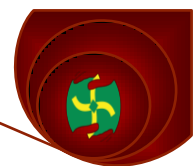
Podemos considerar como cardiopatia grave:



1. *Síndrome de Insuficiência Cardíaca*: de qualquer etiologia, que curse com importante disfunção ventricular, podendo ser classificadas de forma subjetiva como III e IV da NYHA, e avaliada de forma objetiva através da fração de ejeção (FE) – obtida por exames cardiológicos de imagem. Valores da FE menores ou iguais a 40% é critério de gravidade, bem como um incremento na FE menor que 5% nos exames cardiológicos realizados sob estresse.

2. *Síndrome de Insuficiência Coronariana Crônica*: Periciandos com classe funcional III e IV da NYHA ou com angina classes III ou IV da CCS – Canadian Cardiovascular Society, refratários à terapêutica sem indicação cirúrgica. Manifestações clínicas de insuficiência cardíaca, associada à isquemia aguda nas formas crônicas; Presença de disfunção ventricular progressiva; Presença de arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extra-sístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada), além de fibrilação atrial e *flutter* atrial associados à isquemia; distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia – bloqueios de ramos induzidos pelo esforço físico. Presença na cinecoronariografografia de 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 esquerdas; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular. Para a insuficiência cardíaca e/ou coronariana, classificam-se como graves, eventualmente, as da classe II da referida classificação, na dependência de fatores de risco como: idade avançada (>70 anos), existência de comorbidades (diabetes mellitus; doença pulmonar obstrutiva severa, neoplasias, hipertensão arterial, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais), atividade profissional e características funcionais do cargo, incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento Médico em curso.

3. *Arritmias graves*: fibrilação atrial, flutter atrial e arritmias ventriculares complexas, síndromes bradi-taquicárdicas, bloqueios atrio-ventriculares de 2º e 3º graus;

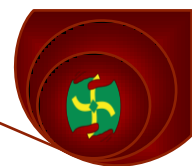


Para arritmias graves, considerar-se-á aquelas complexas, com alto grau de instabilidade elétrica do miocárdio, advindo daí manifestações sistêmicas e frequentes por fenômenos tromboembólicos e/ou sinais e sintomas de baixo débito circulatório, e não controláveis por drogas e/ou dispositivos de estimulação cardíaca artificial, por isso com alto risco de morte súbita.

4. *Cardiopatias congênitas*: Presença de crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca (classe III e IV); hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

5. *Miocardopatias*:

- A. **Quando hipertróficas** - Presença de um ou mais fatores a seguir: paciente sintomático, especialmente 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.
- B. **Quando dilatadas (primárias ou secundárias)** – Presença de um ou mais fatores abaixo: 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.
- C. **Quando restritiva** – 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.



6. *Cardiopatias variadas*, 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 reavaliação funcional será obtida através da história clínica (reavaliando o grau de limitação e sintomas apresentados durante as atividades do dia a dia, assim como pelo teste ergométrico ao avaliar o equivalente metabólico (METs) atingido no esforço máximo e porque o esforço foi interrompido. Valores menores que 5 METs é sinal de gravidade.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios de Cardiopatia Grave deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da cardiopatia; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Classe funcional (NYHA);
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
6. Conclusão quanto à existência ou não de Cardiopatia Grave.

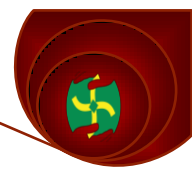
9.11. DOENÇA DE PARKINSON

Conceito:

A Doença de Parkinson (DP) é um distúrbio degenerativo do sistema nervoso central, idiopático, lentamente progressivo, decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal.

As alterações motoras decorrem principalmente da morte de neurônios dopaminérgicos da substância nigra que apresentam inclusões intracitoplasmáticas conhecidas com corpúsculos de Lewy. Entretanto, não são restritas à substância nigra e podem estar presentes em outros núcleos do tronco cerebral (por exemplo, núcleo motor dorsal do vago), córtex cerebral e mesmo neurônios periféricos, como os do plexo mioentérico.

Na maioria dos casos, não é possível conhecer sua etiologia, sendo 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.

Suas principais manifestações motoras são:

1. Tremor de repouso: hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
2. Bradicinesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos são típicos à medida que a rigidez progride.
3. Rigidez muscular: acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada";
4. Instabilidade postural: dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura.

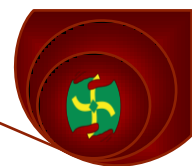
A presença de processo degenerativo além do sistema nigroestriatal pode explicar uma série de sintomas e sinais não motores, tais como alterações do olfato, distúrbios do sono, hipotensão postural, constipação, mudanças emocionais, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, prejuízos cognitivos e demência, dentre outros.

A evolução da doença, a gravidade e a progressão dos sintomas variam enormemente de um paciente para outro. Usualmente acarreta incapacidade grave após 10 a 15 anos do início da doença.

Não se dispõe, até o momento, de teste diagnóstico para a doença. Embora neurologistas geralmente concordem que o diagnóstico da DP requer a identificação de alguma combinação dos sinais motores cardinais (tremor de repouso, bradicinesia, rigidez com roda dentada, anormalidades posturais), uma classificação clínica padrão ainda não foi obtida.

Estima-se que a taxa de morte dos neurônios dopaminérgicos da substância nigra situa-se ao redor de 10% ao ano. Consequentemente, com o tempo, a sintomatologia parkinsoniana piora e a necessidade de medicamentos sintomáticos aumenta. O grau de resposta aos medicamentos tende a decrescer com a progressão da doença e novos sintomas podem surgir.

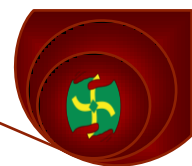
Aspectos Práticos:



1. O exame pericial tem como objetivo comprovar o acometimento por Doença de Parkinson e o grau de incapacidade laborativa e/ou de invalidez.
2. Ambas as formas clínicas (Doença de Parkinson primária ou secundária) satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.
3. 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.
4. Quaisquer das formas clínicas da Doença de Parkinson ou do parkinsonismo secundário podem levar à incapacidade definitiva para o trabalho quando determinarem impedimento do servidor ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.
5. A avaliação de invalidez de um paciente portador de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster.
6. A escala de Webster foi criada em 1968 e é composta de 10 itens que avaliam a bradicinesia manual, rigidez, postura, balanceio de membros superiores, marcha, tremor, face, seborréia, fala e cuidados pessoais. A pontuação de cada item varia de 0 a 3, sendo que a obtenção de um escore total entre 1 e 10 refere-se à fase inicial da doença, indicando os primeiros sinais de comprometimento. O escore de 11 a 20 corresponde a uma incapacidade moderada e, de 21 a 30, a doença mais avançada ou grave (Tabela 1).

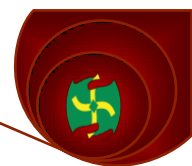
Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson.

Bradicinesia De Mãos – Incluindo Escrita Manual	PONTOS
1. Sem comprometimento;	0
2. 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 2
3. 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;	3
4. Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	
Rigidez	
1. Não detectável;	0
2. 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
3. Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado;	2
4. Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3
Postura	
1. Postura normal. Cabeça fletida para frente, menos que 10 cm;	0
2. Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para frente, mais de 12 cm;	1
3. Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Um ou ambos os braços elevados, mas, abaixo da cintura;	2
4. Início da postura simiesca. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando a extensão inter-falange. Começando a flexão dos joelhos.	3
Balancio De Membros Superiores	
1. Balancio correto dos dois braços ;	0
2. Um dos braços com diminuição definida do balancio;	1
3. Um braço não balança;	2
4. Os dois braços não balançam.	3
Marcha	
1. Passos bons, com passada de 40 a 75 cm. Faz giro sem esforço;	0
2. Marcha encurtada para passada com 30 a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos;	1
3. Passada moderadamente encurtada agora com 15 a 30 cm. Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente;	2
4. 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
Tremor	
1. Sem tremor detectado;	0
2. 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
3. O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos;	2
4. 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

Face	
1. Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto;	0
2. Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão;	1
3. Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado	

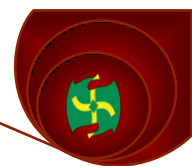


no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca;	2
4. Face congelada. Boca aberta 0,5 cm ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca.	3
Seborreia	
1. Nenhuma;	0
2. Aumento da perspiração. A secreção permanece fina;	1
3. Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa;	2
4. Seborreia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa	3
Fala	
1. Clara, sonora, ressonante, fácil de entender;	0
2. Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender;	1
3. Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento, dificuldade para ser compreendido;	2
4. Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	3
Cuidados Pessoais	
1. Sem comprometimento;	0
2. 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
3. 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
4. Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	3
Análise:	TOTAL
1. Início da doença	1-10
2. Incapacidade moderada	11-20
3. Doença grave ou avançada	20-30

Critérios de Enquadramento:

O servidor público com Doença de Parkinson será aposentado por invalidez quando:

1. As manifestações clínicas e a evolução da doença o impedirem de desempenhar suas atividades laborativas e à realização das atividades normais da vida diária;
2. Não for possível o controle terapêutico da enfermidade.



Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios de Doença de Parkinson deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da Doença de Parkinson; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Classificação da incapacidade através da tabela de Webster;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso.

9.12. ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

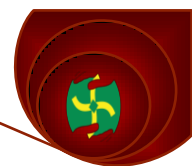
Conceito:

A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença sistêmica inflamatória e crônica, que se destaca pelo acometimento preferencial da coluna vertebral e as articulações sacroilíacas de forma simétrica, se traduzindo inicialmente por lombalgia de caráter inflamatória, e que atinge na grande maioria homens abaixo dos 40 anos de idade com componente genético associado (presença do antígeno de histocompatibilidade, HLAB27 positivo nos exames laboratoriais). Nomeadas erroneamente na legislação como Espondiloartrose Anquilosante.

O desafio para a perícia médica em relação à caracterização de invalidez por EA é grande, em virtude da grande frequência de diagnósticos realizados sem o preenchimento dos critérios necessários, seja por falta de exames complementares fidedignos, seja pela própria característica clínica da doença que apresenta um espectro variado que se confundem com outras doenças, apresentando assim, um amplo diagnóstico diferencial, as quais, não são devidamente investigadas, resultando assim, em diagnósticos “falsos positivos” de doença e invalidez.

Primeiramente para firmar o diagnóstico de EA, o perito deve estar familiarizado com alguns conceitos básicos do diagnóstico, quadro clínico, evolução da doença, exame físico, tratamento e a extensão que o dano avaliado no momento pericial se traduz nas atividades do cotidiano, de lazer e laborativas do periciando, podendo assim identificar e classificar se existe ou não incapacidade e/ou invalidez em consequência da doença.

Dentre alguns diagnósticos diferenciais temos as lombalgias de caráter mecânico, infecciosas e/ou tumorais; outras espondiloartropatias que não são enquadradas como doenças



especificadas em lei, como: as artrites psoriásicas, artrites reativas e principalmente, as espondiloartropatias indiferenciadas que não se enquadram especificamente em nenhum dos critérios propostos.

São características da lombalgia de caráter inflamatória em paciente com EA:

1. Idade de início antes dos 40 anos
2. Início insidioso
3. Duração maior que 03 meses
4. Rigidez matinal prolongada
5. Melhora do quadro clínico com o exercício e piora com o repouso

Em relação ao quadro articular, outros segmentos ósseos podem ser atingidos pela doença, levando a um quadro de oligoartrite assimétrica, preferencialmente nas grandes articulações dos membros inferiores, como:

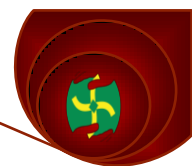
1. Coxofemurais
2. Joelhos
3. Tornozelos

Podendo, ainda, acometer as inserções ligamentares ou tendíneas, provocando as entesites.

No **exame físico pericial**, como se trata de queixas, em sua grande maioria, de caráter subjetivo, deve o perito ficar atento para a efetiva constatação da doença. Alguns sinais objetivos, que são observados através de algumas manobras, podem ajudar e devem ter seu resultado descrito como rotina diagnóstica pericial.

1. A manobra de Schoeber (que avalia a limitação da flexão da coluna lombar).
2. O exame da distância occipto-parede (que avalia a limitação da mobilidade cervical)
3. O exame da limitação da expansibilidade torácica.

Com a evolução natural da doença, espera-se que a partir do décimo ano do início da doença, que o periciando apresente alguns sinais clínicos clássicos, em maior ou menor grau: retificação cervical e lombar com acentuação da cifose torácica, acompanhados pela flexão parcial dos joelhos, assumindo a postura clássica do esquiador.



Outros dados objetivos, e que deverão servir de parâmetro para a concessão do benefício por invalidez, são os graus de alterações radiológicas presentes no Rx simples, como:

1. Sindesmófitos (na fase inicial)
2. Quadratura dos corpos vertebrais (fase inicial)
3. Calcificações ligamentares (fase inicial)
4. A fusão da coluna lombar, traduzindo um aspecto em bambu (fase tardia da doença).
5. Esporão de calcâneo (ocorrem pelas entesites e se apresentam com bordas indefinidas, tipicamente de aspecto inflamatório)
6. Alterações das articulações sacroilíacas demonstrando sacroilíte (geralmente bilateral e simétrica, em estágio inicial, esclerose; erosões e alargamento do espaço articular e nas fases tardias, anquilose) .

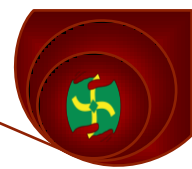
Os exames de laboratório não são patognomônicos, porém, alguns podem ajudar o perito a avaliar a intensidade do processo inflamatório atual, principalmente, quando da necessidade de se avaliar incapacidade temporária. As alterações laboratoriais mais esperadas são:

1. A elevação do VHS e PCR, principalmente nos quadros de agudização.
2. HLAB27 positivo. (Tal exame, entretanto, não está ligado ao prognóstico ou gravidade, e sua negatividade não exclui a doença).

O perito deve também ficar atento, nos casos tidos como Espondilite Anquilosante, que, entretanto, não apresentam na prática ou comprovação por parte do periciando, de um tratamento compatível com o descrito na literatura médica atual, exigindo uma análise mais criteriosa do caso, ademais, o conhecimento da rotina terapêutica medicamentosa, também ajudará o perito, na identificação daqueles doentes cujos recursos terapêuticos já se esgotaram, outro critério necessário para a constatação de invalidez.

Por fim, temos que ter, para fins periciais, um diagnóstico confirmatório de EA com comprovação que o periciando apresenta os critérios atualmente utilizados (critérios de nova York modificado, 1985) para o **diagnostico**, são eles:

1. Dor lombar com mais de 03 meses de duração que melhora com o exercício e não é aliviado com o repouso;
2. Limitação da coluna lombar frontal e sagital;



3. Expansibilidade torácica diminuída (corrigida para idade e sexo);
4. Critérios radiológicos:
 - a) Sacroileíte bilateral, grau 2, 3 ou 4
 - b) Sacroileíte unilateral grau 3 ou 4

Atenção: Para o diagnóstico da EA, é necessária a presença de 01 critério clínico e 01 critério radiológico.

Aspectos Práticos:

1. A presença de sacroileíte é mandatória para o diagnóstico, portanto, recomenda-se que o perito tenha comprovado tal acometimento através de um exame radiológico (RX simples, Cintilografia ou Tomografia Computadorizada das articulações sacroilíacas). A Tomografia Computadorizada é o exame que apresenta maior sensibilidade em casos altamente suspeitos, quando comparado com o Rx e Cintilografia normal, tais exames devem estar datados e identificados.
2. Para caracterização da invalidez definitiva as alterações de coluna vertebral e quadril se mostram em estágio avançado de doença, comprovado em imagens radiológicas; na ausência destas alterações, o perito deve entender que não há elementos médicos periciais suficientes para a concessão de aposentadoria por invalidez.

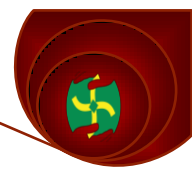
Critérios de enquadramento:

O portador de Espondilartrose Anquilosante será aposentado por invalidez quando as manifestações clínicas e radiológicas (anquilose) da doença, demonstrarem que a doença encontra-se em fase avançada e determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas;

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios de invalidez por Espondilite Anquilosante deverão constar os seguintes dados:

1. Descrição da enfermidade básica; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;



3. Descrição dos critérios clínicos e radiológicos que possibilitaram o enquadramento legal.
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso.
6. A expressão “Espondilite Anquilosante”.

9.13. NEFROPATIA GRAVE

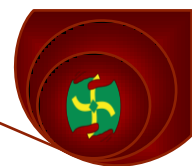
Conceito:

São patologias de qualquer etiologia que acarretem comprometimento da função renal de modo irreversível de evolução aguda ou crônica, determinando incapacidade para o trabalho, com base nos sintomas clínicos e nas alterações bioquímicas.

Dentre as patologias que podem cursar com nefropatia grave estão as glomerulonefrites crônicas consequentes a depósitos de imunocomplexos; glomerulonefrite crônica consequente a anticorpo antimembrana basal; vasculites; nefropatia diabética; nefropatia hipertensiva; amiloidose renal; nefropatia por irradiação; nefropatia consequente à obstrução do fluxo urinário; neoplasias (hipernefroma, linfoma, infiltração leucêmica); necrose cortical difusa; necrose medular bilateral; pielonefrite crônica; obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica); nefrite intersticial crônica; nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

Dentre as manifestações clínicas das nefropatias graves estão:

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 digestivas, diarreia ou obstipação crônicas;
4. Neurológicas - cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
5. Oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
6. Pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
7. Urinárias - nictúria.



Dentre as alterações bioquímicas evidenciadas nos exames complementares estão:

1. Alterações Laboratoriais: redução da filtração glomerular; redução da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria); aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico; distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios; acidose.
2. Alteração nos exames por imagem: diminuição das áreas renais nas enfermidades crônicas ou nas isquemias agudas intensas; distorções da imagem normal conseqüentes a cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores; distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos; diminuição da eliminação de contrastes.

Aspectos práticos:

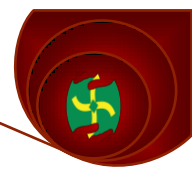
1. A classificação do grau de insuficiência renal crônica é feita de acordo com os níveis de alteração da função renal:
 - a) Insuficiência Renal Leve: filtração glomerular entre 60 e 89 ml/min e creatinina sérica entre 1,5 e 2,0 mg/dl;
 - b) Insuficiência Renal Moderada: filtração glomerular entre 30 e 59 ml/min e creatinina sérica entre 2,1 e 6,0 mg/dl;
 - c) Insuficiência Renal Severa: filtração glomerular entre 15 e 29 ml/min e creatinina sérica entre 6,1 e 9,0 mg/dl;
 - d) Insuficiência Renal Terminal ou Pré-dialítica: filtração glomerular inferior a 15 ml/min e creatinina sérica superior a 9,0 mg/dl.
2. As nefropatias graves que cursam com insuficiência renal leve não são enquadradas como nefropatia grave.

Critérios de enquadramento:

1. Portadores de nefropatia que cursam com insuficiência renal moderada, desde que acompanhadas de sintomas e sinais que determinem incapacidade laborativa;
2. Portadores de nefropatia que cursam com insuficiência renal severa ou terminal.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios de invalidez por Nefropatia Grave deverão constar os seguintes dados:



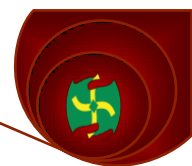
1. Descrição da enfermidade básica; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Descrição do nível de função renal;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
6. A expressão “Nefropatia Grave”.

9.14. ESTADO AVANÇADO DA DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)

Conceito:

A Doença de Paget foi descrita pela primeira vez, em 1877, por um médico Inglês Sir James Paget. É uma doença esquelética localizada, monostótica ou poliostótica, caracterizada por um aumento da remodelação óssea, em que os principais sítios comprometidos são: vértebras, ossos longos dos membros inferiores, pélvis e crânio.

As principais manifestações clínicas incluem dor óssea, fraturas, deformidades esqueléticas e artrite secundária. Na maioria dos casos, o diagnóstico da doença de Paget pode ser feito pela combinação dos sintomas, achados radiológicos e elevação da concentração dos marcadores bioquímicos da remodelação óssea. O principal método diagnóstico para doença de Paget é o radiológico, tendo como principais características as lesões osteolíticas (lesões em forma de chama de vela em ossos longos e osteoporose circunscrita no crânio); ossos aumentados de tamanho, espessamento cortical e alterações escleróticas. A cintilografia óssea, classicamente, demonstra hipercaptação do radiofármaco na região do osso anormal, nas três fases da doença. A cintilografia óssea, apesar de pouco específica, tem alta sensibilidade quando comparada à radiologia. Uma vez que é mais sensível a alterações na vascularização, a natureza hipervascular da doença de Paget pode ser detectada pela hipercaptação do radiofármaco até mesmo antes das alterações líticas na radiografia simples. Por este motivo, cerca de 10% a 15% das lesões detectadas à cintilografia aparecem normais à radiografia. A cintilografia também é importante na identificação da forma poliostótica da doença. Caso haja suspeita clínica ou radiográfica de transformação maligna, é importante a realização da tomografia computadorizada ou da ressonância magnética. Graças a sua excelente capacidade de resolução para os diferentes tecidos, a ressonância é o método de escolha para o



estadiamento de uma degeneração sarcomatosa em um osso acometido por Paget ou para guiar uma biópsia, afastando-a de áreas necróticas ou hemorrágicas.

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

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

O objetivo do tratamento é restaurar o metabolismo ósseo normal, alívio da dor óssea e prevenção das complicações futuras, em particular deformidade óssea, osteoartrites secundárias, fraturas e compressão das estruturas nervosas.

As indicações para o tratamento incluem o alívio dos sintomas causados pela doença metabolicamente ativa, preparo para cirurgia ortopédica para reduzir sangramento, hipercalcemia por imobilização e prevenção da progressão da doença, onde futuras complicações são um risco.

São opções terapêuticas: Calcitonina do Salmão, Bifosfonatos (tratamento de primeira escolha).

Acompanhamento dos casos:

Considera-se remissão quando se atinge níveis normais dos marcadores bioquímicos, como a fosfatase alcalina, e remissão parcial, quando há queda de mais de 50%, 3 a 6 meses após o curso de tratamento. A fosfatase alcalina deve ser dosada cada 3 a 6 meses após o curso da terapia e um novo tratamento deverá ser feito se a fosfatase alcalina estiver acima do normal ou acima do nadir prévio.

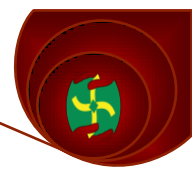
Procedimento cirúrgico:

Prótese de quadril, em caso de osteoartrite grave, osteotomia tibial, para correção de uma tíbia deformada, craniotomia occipital, para descompressão da fossa posterior em pacientes com platibasia e descompressão dos nervos.

Critérios de enquadramento:

A perícia enquadrará em incapacidade definitiva por Estados Avançados do Mal de Paget (Osteíte Deformante) os servidores:

1. Portadores de formas extensas da doença de acordo com as características já citadas anteriormente.



2. Portadores de formas monostóticas com deformidades acentuadas e dolorosas;
3. Portadores de coxopatia Pagética, que apresentarem dificuldade para marcha.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios de invalidez por Osteíte Deformante deverão constar os seguintes dados:

1. Descrição da enfermidade básica; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Descrição da extensão das deformidades e as partes ósseas atingidas;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
6. A expressão “Osteíte Deformante”.

9.15. SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA

Conceito:

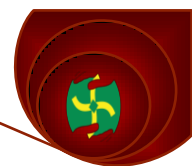
A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) é a manifestação mais tardia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Caracterizada por uma grave imunodeficiência, que se manifesta com o aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas e lesões neurológicas.

Sabemos que a infecção pelo vírus do HIV, um retrovírus com genoma RNA, cursa com amplo espectro de apresentações clínicas, da fase aguda até a fase avançada, com manifestações definidoras de AIDS (SIDA), em um tempo médio de 10 anos entre o contágio e o adoecimento.

Entretanto, com o avanço das terapias antiretrovirais, o que outrora cursava com uma evolução desfavorável, que culminava em invalidez, atualmente se apresenta com um novo e benéfico perfil evolutivo para a síndrome, o que permite a recuperação da capacidade laborativa.

Dessa forma, é imprescindível a análise pericial de cada caso quanto à situação clínico-laboratorial e prognóstica, a fim de definir a presença (in) capacidade para o trabalho e o enquadramento no estágio que hoje é especificado na lei.

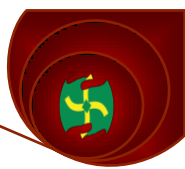
Classificação:



A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as **manifestações clínicas** e a **contagem de linfócitos T-CD4 +**.

Classificação Quanto Às Manifestações Clínicas:

Categoria "A"	<p>1) Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;</p> <p>2) Linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV;</p> <p>3) Infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico;</p>
Categoria "B"	<p>Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:</p> <p>1) Angiomatose bacilar;</p> <p>2) Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;</p> <p>3) Candidíase orofaríngea;</p> <p>4) Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração);</p>
Categoria "C"	<p>Indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:</p> <p>1) Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;</p> <p>2) Criptococose extrapulmonar;</p> <p>3) Câncer cervical uterino;</p> <p>4) Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;</p> <p>5) Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;</p> <p>6) Histoplasmose disseminada;</p> <p>7) Isosporíase crônica;</p> <p>8) Micobacteriose atípica;</p> <p>9) Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;</p> <p>10) Pneumonia por <i>P. carinii</i>;</p> <p>11) Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;</p> <p>12) Bacteremia recorrente por "salmonella";</p> <p>13) Toxoplasmose cerebral;</p> <p>14) Leucoencefalopatia multifocal progressiva;</p> <p>15) Criptosporidiose intestinal crônica;</p> <p>16) Sarcoma de Kaposi;</p> <p>17) Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;</p> <p>18) Encefalopatia pelo HIV;</p>



	19) Síndrome consumptiva pelo HIV.
--	------------------------------------

Classificação Quanto À Contagem De Linfócitos T-CD4+:

Grupo 1	Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) \geq 500/mm ³
Grupo 2	Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm ³
Grupo 3	Indivíduos com número absoluto de linfócitosT auxiliares (CD4) $<$ 200/mm ³

Classificação Clínica e Laboratorial

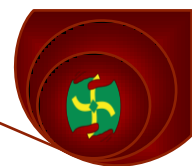
Grupos	Contagem T-CD4	CATEGORIA CLÍNICA A	CATEGORIA CLÍNICA B	CATEGORIA CLÍNICA C
1	$>500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
2	$200-499/\text{mm}^3$	A2	B2	C2
3	$< 200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

Aspectos Práticos:

1. São consideradas SIDA/AIDS as classificações A3, B3, C1, C2 e C3. As demais são consideradas portadores do vírus HIV.
2. Podem ser considerados incapazes temporariamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes e deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde.No caso de presença de resíduo laboral, poderá ser determinado restrições temporárias ou definitivas, sendo encaminhados nesse último caso para a Comissão de Readaptação Funcional.

Crítérios de Enquadramento:

1. Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).



Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios por Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) deverão constar os seguintes dados:

1. Diagnóstico da doença;
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Classificação da categoria clínica e laboratorial;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados.

9.16. NEUROPATIA GRAVE;

Conceito:

Neuropatia é o distúrbio funcional de um ou mais nervos, é considerada grave quando há comprometimento motor, sensitivo, autonômico de forma isolada ou associada acarretando impedimento para as atividades laborais e/ou da vida diária que sejam refratárias ao tratamento empregado.

A relação de distúrbios e doenças que podem produzir neuropatia é extensa. Tais como: Diabetes Mellitos, HIV-AIDS, alcoolismo, toxinas, trauma crônico e compressões, neuromas, doenças auto- imunes, hanseníase, Herpes- Zoster, vasculites, porfirias, drogas, doença renal crônica, colagenoses, etc.

Utiliza- se critérios clínicos, eletrofisiológicos, laboratoriais e da patologia para classificar as neuropatias quanto o local anatômico envolvido, o curso temporal (agudo, subagudo e crônico), o tipo de fibras (grossas ou finas, sensitivas ou motoras), o padrão de envolvimento (axonal, desmielinizante, mista), a distribuição (focal ou difusa e múltipla, mononeuropatia isolada, mononeuropatia múltipla, polineuropatia).

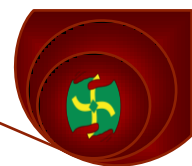
Os sinais e sintomas são variados:

Sensitivos: parestesias, disestesias, hiper ou hipoestesias, hiper ou hipoalgesia, alodinia, anestesia, dor neuropática ou neuralgias.

Motores: fraquezas, hipotrofias, atrofia, fasciculações, mioquimia, câimbras.

Aspectos práticos:

A dor neuropática pode ser incapacitante. Importante considerar que periciandos com polineuropatia podem apresentar condições dolorosas biomecânicas ou musculoesqueléticas que muitas vezes não são reconhecidas;



Nas polineuropatias, desde o início, os sinais e sintomas são simétricos e bilaterais.

A eletroneuromiografia complementa a clínica na avaliação do sistema nervoso periférico. É possível a avaliação das fibras sensitivas e motoras.

Critérios de enquadramento:

O simples diagnóstico de neuropatia não é indicativo de enquadramento. São necessárias que todas as condições abaixo discriminadas sejam atendidas para considerar Neuropatia Grave:

Presença de déficit sensitivo e/ou motor de forma crônica e persistente;

Seja refratária aos meios habituais de tratamento;

Torne o servidor inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios da invalidez do portador de Neuropatia grave deverão constar os seguintes dados:

Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);

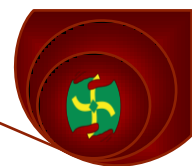
1. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
2. Data do início da doença e curso da evolução;
3. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre refratariedade do tratamento se for o caso;
4. Descrição da presença de sequelas;
5. A expressão “Neuropatia Grave”

9.17. ESCLEROSE MÚLTIPLA

Conceito:

Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória crônica, imunomediada, que acomete a mielina (substância branca) do sistema nervoso central (SNC), ou seja, uma doença desmielinizante do sistema central. É a principal causa não-traumática de incapacidade em adultos jovens, e no entendimento da fisiopatologia da doença passaram a incluir a EM também no grupo das doenças degenerativas, e não somente no espectro das doenças inflamatórias crônicas. Isso aconteceu pela evidência de acometimento patológico além da mielina, alcançando os próprios axônios.

A hipótese patogênica mais aceita é que a EM seja um fruto da conjunção de uma determinada predisposição genética e um fator ambiental desconhecido que ao se



apresentarem num mesmo indivíduo, originaria uma disfunção do sistema imunológico, que desenvolveria uma ação autolesiva dirigida fundamentalmente contra a substância branca, com perda de oligodendrócitos e mielina, o que ocasionaria um defeito na condução dos impulsos nervosos e condicionaria o aparecimento dos Sintomas.

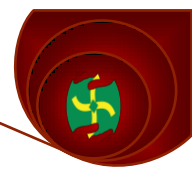
Dessa forma, os fatores ambientais também desempenham um papel. A doença manifesta-se em 1:2.000 indivíduos que passam a primeira década da sua vida em climas temperados, mas só 1:10.000 dos nascidos nos trópicos. A esclerose múltipla quase nunca ocorre em pessoas que passaram os primeiros anos da sua vida perto do equador. Parece ter mais importância o clima em que o indivíduo viveu os seus primeiros dez anos do que aquele em que passa os anos posteriores.

As sintomatologias da esclerose múltipla dependem de quais pontos do sistema nervoso são afetados.

A doença se manifesta normalmente em períodos de ataques e remissões progressivas. O doente apresenta sintomas agudos que duram dias a semanas e depois somem deixando ou não sequelas. O paciente permanece assintomático até um segundo ataque, que também desaparece. Conforme os ataques vão se acumulando, eles ficam cada vez mais agressivos e as sequelas vão se somando, de modo que o paciente vai ficando progressivamente pior ao final de cada exacerbação. 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 sintomas mentais: apatia falta de julgamento, depressão, choro e riso sem razão aparente, manias e dificuldade para falar. Não existe um sintoma típico que feche o diagnóstico de esclerose múltipla, porém, alguns deles são muito sugestivos:

1. **Neurite óptica:** Normalmente se apresenta como um dor ocular aguda e unilateral, associada aos movimentos dos olhos e acompanhada de graus variáveis de perda visual. Pode ocorrer também visão dupla ou borrada. Nistagmo (discreto movimento involuntário dos olhos) também é um achado comum.
2. **Sintomas sensoriais:** Formigamento e dormências, principalmente nos membros, ocorrendo em um lado do corpo de cada vez. Tonturas e vertigens, Tremores, alterações na marcha, diminuição de força muscular e paralisias dos membros, normalmente unilateral no início e bilateral em fases avançadas.



3. **Fenômeno de Lhermitte:** Sensação de choque elétrico que se irradia pela espinha vertebral desencadeado por movimentos da cabeça e do pescoço.

4. Incontinência vesical, intestinal e impotência sexual.

Diagnóstico da esclerose múltipla:

Não existe um exame único que estabeleça o diagnóstico da esclerose múltipla. Os exames complementares mais usados para a elucidação do quadro são a ressonância magnética nuclear do sistema nervoso central, a análise do líquido cefalorraquidiano obtido através da punção lombar e o teste de potencial evocado. É indireto, por dedução através 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.

Crítérios de enquadramento:

A perícia enquadrará em incapacidade definitiva por Esclerose Múltipla, os servidores com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos, de curso progressivo e irreversível, com incapacidade para o exercício de suas atividades.

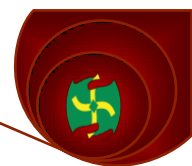
Laudo de conclusão pericial:

Os laudos declaratórios de invalidez por Esclerose Múltipla deverão constar os seguintes dados:

1. Descrição da enfermidade básica; inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
2. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
3. Data do início da doença;
4. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
5. A expressão “Esclerose Múltipla”.

9.18. CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO

Conceito:



A irradiação ocorre quando a fonte de irradiação encontra-se em local externo ao corpo do indivíduo, sendo ele atingido somente pela radiação por ela emitida, sem a necessidade de um contato íntimo com o radionuclídeo. A fonte de radiação é externa e, quando sai desse campo, a radiação cessa.

Na contaminação, o material radioativo fica em contato com o indivíduo, via pele, via pulmão, intestino ou poros. Neste caso, enquanto houver material radioativo ele está sendo irradiado.

Os efeitos prejudiciais da radiação dependem da quantidade (dose), da duração e do grau de exposição. Por outro lado, importante lembrar que o efeito da radiação é acumulativo durante toda vida e é maior quanto mais jovens são os órgãos expostos a ela, especialmente glândula tireóide, as mamas e as glândulas sexuais.

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 necessitando ser documentada e, quando for o caso, constar de atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação do local.

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

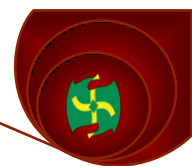
Critérios de enquadramento:

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

1. **Síndrome aguda da radiação:** um conjunto de sintomas e sinais clínicos 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).

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

- I. **Hematopoiético:** caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia, anemia) 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;

II. Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrolítica e sanguínea. Podendo ser associada também a manifestação hematopoética. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e

III. Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Surgem distúrbios neurológicos intensos, com estupor, coma e convulsões. Ocorrem com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

2. **Síndrome cutânea da radiação:** um conjunto de sintomas e sinais clínicos decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

Grau I ou leve (exposição de 8,0 Gy a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação;

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;

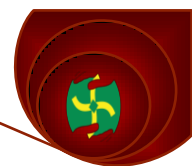
Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose;

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 Médico Pericial:

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:

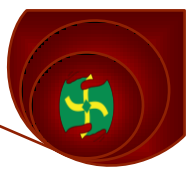
A Junta Médica Oficial fará o enquadramento pela incapacidade definitiva (invalidez) por Contaminação por Radiação:

1. Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita anteriormente;
2. Os portadores da síndrome aguda da radiação que se enquadrar em uma das seguintes condições:
3. Apresentar alterações físicas e mentais de mau prognóstico no curto prazo;
4. Apresentar alterações físicas e mentais que tenham durado ou têm expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 meses;
5. Apresentar sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do servidor para executar atividades laborativas básicas.

Laudo de conclusão pericial:

A perícia deverá fazer constar obrigatoriamente nos laudos declaratórios da invalidez do portador de doença causada por radiação ionizante os seguintes dados:

1. Síndrome básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a classificação internacional de doenças (CID);
2. O estágio evolutivo (descrição da gravidade da contaminação);

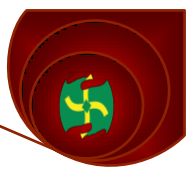


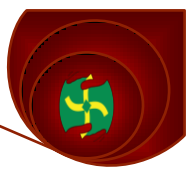
3. Elementos propedêuticos usados que permitiram o enquadramento legal;
4. Data do início da doença;
5. Descrição dos tratamentos propostos e realizados, sobre a refratariedade do tratamento se for o caso;
6. A expressão “sequela” se for quadro determinante da incapacidade.

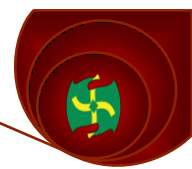
Capítulo X – A Perícia Médica Psiquiátrica

“Então, o que há mais próximo de mim do que eu mesmo? Decerto eu trabalho aqui, trabalho em mim mesmo, transformei-me numa terra de dificuldades e de suor copioso”

Santo Agostinho







CAPÍTULO 10.

CAPÍTULO 10. A PERÍCIA MÉDICA PSIQUIÁTRICA

"Toda a força de um exame Médico se baseia em dois pressupostos: que o Médico não se engane e que o Médico não se deixe enganar."

Malatesta

Se a prática médica é considerada uma combinação de ciência e arte, a medicina pericial é a especialidade onde mais se ressalta o último componente, tendo ainda mais ênfase na perícia psiquiátrica, a maior das artes periciais, pois todo o ato é embasado na capacidade do profissional para obter os resultados mais próximos da verdade.

A perícia psiquiátrica encontra-se presente em um número elevado de juntas médicas e é crescente o número de benefícios previdenciários concedidos por nosologias psiquiátricas. Além da avaliação da capacidade laborativa do portador de enfermidade psíquica e da constatação de alienação mental para fins de processos de pensão e aposentadoria (descrita no capítulo anterior), a perícia médica psiquiátrica, muitas vezes é parte de processos disciplinares, realizando a avaliação da sanidade mental do servidor.

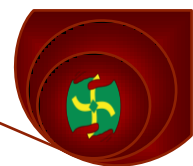
A avaliação pericial psiquiátrica consiste na entrevista psiquiátrica com o periciando e, se necessário com pessoas ligadas ao periciando, que possam fornecer informações fidedignas sobre ele.

O exame mental atual do servidor deve ser realizado com cuidado e minúcia pelo entrevistador, desde o início da avaliação até a fase final. Ao descrevê-lo, é recomendado de preferência utilizar-se das palavras do paciente.

Dessa forma, perícia psiquiátrica traz diversas dificuldades ao Perito, sem formação em psiquiatria forense, pela falta de materialidade das provas apresentadas.

"A simulação não se adivinha, mas diagnostica-se."

Fávero



Nesse contexto dos transtornos psiquiátricos e das dificuldades diagnósticas que os permeiam, é relevante ressaltar o fenômeno da simulação da doença. Simular é “fingir o que não é”, e ocorre quando o periciando produz sintomas de forma consciente com o intuito do engodo, com o fim de obter ou perpetuar um benefício. Não obstante, alguns peritos ou mesmo médicos assistentes sentem-se constrangidos ou temerosos em formular tal impressão diagnóstica. Entretanto, o elemento mais importante para avaliar um simulador é a análise meticulosa do caso.

Nesse Capítulo descreveremos os protocolos da Avaliação da Capacidade Laborativa, e, da Avaliação para o Processo Disciplinar que discorreremos abaixo. Salientamos que os critérios de enquadramento da Alienação Mental, descrito no Capítulo Anterior de Doenças Especificadas em Lei.

Da Avaliação da Capacidade Laborativa:

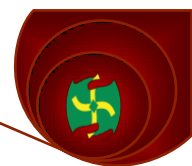
Ponderando sobre a necessidade da Perícia Médica do Distrito Federal, de atender diversos servidores com patologias derivadas de Transtornos Mentais e Comportamentais. Foram criados protocolos utilizando ferramentas semiotécnicas embasadas na psicopatologia, de forma a permitir ao Perito tratar com objetividade o exame Médico pericial desses servidores.

Essas parametrizações, anexas no Capítulo Formulários Padronizados, tem por objetivos auxiliarem o Médico Perito na concessão de licenças, aposentadorias, realizadas através de avaliações de perícia administrativas, e visa à uniformização do atendimento do servidor.

No protocolo vigente, recomenda-se a descrição: da historia da moléstia atual, das informações pertinentes a atividade laborativa desenvolvida pelo servidor, da causa e data do afastamento laborativo atual, do número de afastamentos laborais pelo mesmo motivo e dos medicamentos utilizados.

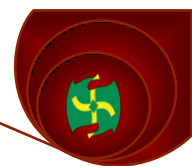
No exame psíquico a ser realizado, aconselhamos a exposição de um mini exame mental, listado abaixo, com a explicitação do seu conteúdo ao lado:

- **Aparência:** aspecto geral, cuidados pessoais com vestuário e higiene;
- **Atitude:** colaboração com o entrevistador, postura (cabisbaixo, retraído, gesticulando, altivo, desafiador, agressivo);
- **Consciência:** nível de consciência (vigilância, obnubilação, estupor, coma);



- **Orientação:** situado quanto a si mesmo (autopsíquica) e ao ambiente (alopsíquica- tempo e espaço);
- **Atenção:** o estado de concentração das funções mentais (distração, vigilância, tenacidade, alternância);
- **Memória:** capacidade de registrar e evocar fatos ocorridos, fases (fixação, conservação, evocação, esquecimento, reconhecimento) e tipos (imediata, recente, remota);
- **Sensopercepção:** ilusão, alucinações (percepção clara e definida de um objeto- voz, ruído, imagem/ visuais, táteis, auditivas, olfativas, gustativas, etc);
- **Pensamento:** curso (velocidade e ritmo: lentificado, acelerado, bloqueio), forma (estrutura básica: desagregação, dissociação, prolixidade, perseveração, tangenciabilidade) e conteúdo (de perseguição, de controle, depreciativos, religiosos, sexuais, de poder e grandeza, de culpa, hipocondríacos);
- **Fala/Linguagem:** quantidade, qualidade e ritmo (fala monótona, lenta, rápida – logorréia, laconismo, mutismo global ou seletivo);
- **Vontade:** existência de uma motivação básica com projeção de um desejo (abulia, hiperbulia e hipobulia, atos compulsivos e impulsivos);
- **Pragmatismo:** existência de um planejamento/ decisão que resulta em ação;
- **Afetividade:** Humor eufímico, irritado ou disfórico, deprimido, apático ou inibido, eufórico, pueril, ansioso, labilidade afetiva;
- **Consciência de morbidade:** percepção da presença do estado mórbido;
- **Psicomotricidade:** componente final do ato volitivo (hipercinesia – inquietação, agitação, furor; hipocinesia; acinesia; discinesias; estereotípias motoras; tiques; maneirismos);
- **Juízo de valor e de realidade:** Maneira pela qual o indivíduo apreende e significa a existência de si e do mundo, chama-se juízo de realidade (autocrítica, delírios-perseguição, ciúmes, religiosos,eróticos);

Além disso, a avaliação psicológica do servidor e a avaliação social, por vezes são solicitadas e utilizadas pelo perito como fontes complementares de novos elementos periciais, que irão subsidiar a conclusão da perícia médica.



“ O trabalho é atualmente, o melhor método para vencer a loucura. Quando ele está ausente, a falta de rumo e de sentido se instala em seu cortejo de ódio, de depressão, de álcool e drogas.”

Araújo e Carreteiro

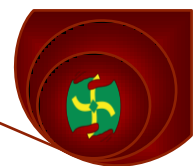
Da Avaliação em Processo Disciplinar

De acordo com o Regime Jurídico vigente para os servidores do Distrito Federal, Lei Complementar 840, de 23 de dezembro de 2011, em seu artigo 227, quando houver dúvida sobre a sanidade mental do servidor que estiver respondendo a Processo Disciplinar (P.D.) esse deve ser submetido a exame realizado por Junta Médica Oficial da qual participe pelo menos um médico psiquiatra.

“O meio hábil à apuração de faltas disciplinares, violação de deveres funcionais e imposição de sanções aos servidores. A obrigatoriedade do processo disciplinar é estabelecida no regime jurídico a que estiver sujeito o agente público, sendo-o usualmente para a apuração das infrações mais graves e que estão sujeitas à imposição de demissão, suspensão dentre outras.”

Márcio Fernandes Elias Rosa

Diante da especificidade do tema, e da complexidade dos casos encaminhados pelas corregedorias, se fez relevante o estabelecimento de critérios para a realização do exame médico pericial relativo ao P.D., a fim de facilitar o andamento do rito processual preconizado. Dessa forma, a equipe de peritos se reuniu com a Corregedoria Geral, em Seminário conjunto, para estabelecer um protocolo, estabelecendo critérios práticos, para a execução do trabalho Médico Pericial em Processo Disciplinar.



Sabendo que o P.D. é o instrumento destinado a apurar responsabilidade de servidor, em ato omissivo ou comissivo, praticado com dolo ou culpa, no exercício de suas atribuições, ou que tenha relação com as atribuições do cargo em que o servidor se encontre investido. O objetivo do P.D. no nosso Regime Jurídico é precisar a verdade dos fatos, através da apuração da materialidade da infração disciplinar.

A parceria com os componentes das Comissões de Sindicância e Corregedores, se inicia realizando a avaliação da capacidade laborativa, quando solicitada, nas avaliações preliminares feitas para avaliar a real circunstâncias em que ocorreram a infração disciplinar.

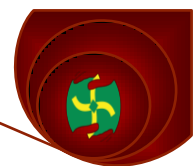
“Se houver indícios suficientes quanto à autoria e à materialidade da infração disciplinar, a autoridade administrativa pode instaurar imediatamente o processo disciplinar, dispensada a instauração de sindicância.”

§5º, artigo 212, L.C. 840/2011

Quando ocorre a abertura do P.D. e há dúvida sobre a sanidade mental do acusado, a comissão processante solicita uma avaliação da Junta Médica Oficial. Essa apreciação médico pericial, que é realizada pelos médicos peritos contendo pelo menos um médico psiquiatra, tem como objetivo fornecer os elementos necessários para elucidar se o servidor é capaz de responder ao Processo Disciplinar.

No protocolo criado há necessidade de que a perícia estabeleça a capacidade laborativa e capacidade civil do servidor (explicados no capítulo anterior no subitem Alienação Mental), na época em que o fato ocorreu e no momento da avaliação e ficaram instituídos quesitos oficiais:

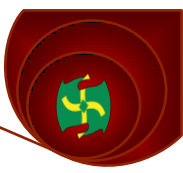
1. O periciando é portador de alguma(s) enfermidade(s)?
2. Se positivo, favor listar a(s) patologia(s) que o acomete(m)?
3. Se positivo a resposta ao primeiro quesito, qual a data do(s) primeiro(s) diagnóstico(s)?
4. Se positivo a resposta ao primeiro quesito, há necessidade de afastamento laboral atual para tratamento da(s) doença(s)?



5. O servidor apresenta redução da capacidade laborativa, sendo indicada a avaliação do Programa de Reabilitação Funcional?
6. Devido ao transtorno mental diagnosticado, qual o estado da capacidade de entendimento à época dos fatos? Normal, abolida, reduzida. Justifique.
7. No caso da incapacidade de entendimento, esta seria decorrente do transtorno mental diagnosticado?
8. Devido ao transtorno mental diagnosticado, qual o estado da capacidade de autodeterminação à época dos fatos? Normal, abolida, reduzida. Justifique.
9. No caso da incapacidade de autodeterminação esta seria decorrente do transtorno mental diagnosticado?
10. O periciado apresenta, no momento, capacidade de autodeterminação reduzida ou abolida?
11. O periciado apresenta, no momento, capacidade de entendimento reduzida ou abolida?
12. O periciado está em condições, no momento, de exprimir de maneira clara e lógica, seu pensamento e vontade?

A Comissão Processante e o servidor processado também pode elaborar quesitos complementares que julgarem pertinente para nortear da decisão do fim do processo.

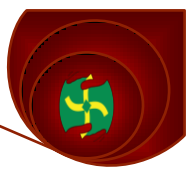
A criação desse protocolo foi imprescindível nortear a atuação da Perícia Médica, e esclarecer o seu papel no Processo Disciplinar, ressaltando assim, a sua ação decisiva na vida funcional do servidor avaliado.

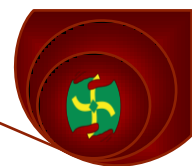


Capítulo XI- Comprovação e Caracterização da Deficiência

“A regra da igualdade não consiste senão em quinhoeirar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desigalam. Nesta desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade... Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real”.

Rui Barbosa





CAPÍTULO 11. COMPROVAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA

O primeiro fundamento da ordem jurídica é o Direito Natural. Direito que decorre da natureza das coisas, englobando aí os direitos humanos fundamentais, aqueles que se traduzem pela condição de existência da pessoa humana (GUGEL, 2006). Em relação aos direitos das pessoas com deficiência, não é o Estado que os outorga, mas, apenas os reconhece como próprios da pessoa humana. Esses direitos fundamentais são pré-existentes ao Estado.

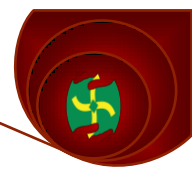
O princípio da igualdade material impõe ao Poder Público a obrigação de oferecer instrumentos que permitam a inserção ou reinserção social, econômica e produtiva das “minorias sociais”, assim “classificadas” segundo sexo, orientação sexual, cor da pele – e não raça – por condição econômica, etc. Segundo o Supremo Tribunal Federal, o princípio da isonomia, que se reveste de auto aplicabilidade, não é suscetível de regulamentação ou de complementação normativa. Esse princípio, cuja observância vincula, incondicionalmente, todas as manifestações do Poder Público, deve ser considerado em sua precípua função de obstar discriminações e de extinguir privilégios, sob duplo aspecto: a) o da igualdade na lei; e b) o da igualdade perante a lei.

Ainda, sobre as desigualdades e diferenças, o artigo 1º do Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999, estabelece a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência em que compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência. Assim, o artigo 2º, dá a devida incumbência ao Poder Público:

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.

O artigo 5º do Decreto 3.298/1999 descreve os seguintes princípios em consonância com o Programa Nacional de Direitos Humanos:

- I. desenvolvimento de ação conjunta do Estado e da sociedade civil, de modo a assegurar a plena integração da pessoa portadora de deficiência no contexto sócio-econômico e cultural;
- II. estabelecimento de mecanismos e instrumentos legais e operacionais que assegurem às pessoas portadoras de deficiência o pleno exercício de seus direitos



básicos que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciam o seu bem-estar pessoal, social e econômico; e

- III. respeito às pessoas portadoras de deficiência, que devem receber igualdade de oportunidades na sociedade por reconhecimento dos direitos que lhes são assegurados, sem privilégios ou paternalismos.

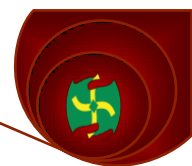
Essa polarização conceitual - aspectos clínicos x modelo biopsicossocial - tem dificultado uma análise relacional dos construtos deficiência e incapacidade.

O Ilustre Dr. Cantídio Lima Vieira (2010, p.131) chama atenção para os critérios de constatação da deficiência:

“Os critérios de constatação da deficiência para a posse no serviço público vêm sendo alvo constante de críticas, pois relatam-se casos de deficiência mínimas sendo enquadradas como amparadas por Lei, para a posse nas vagas destinadas aos deficientes. Convenhamos tratar-se de um desrespeito ao sentido da Lei, que é propiciar ao deficiente uma compensação no ingresso no serviço público.

Devemos ter em mente que a deficiência a ser constatada deve produzir ou gerar dificuldade para o desempenho das funções profissionais pretendidas e não pode ser levado em conta o caráter puramente estético, como estabelece claramente o art. 4º do Decreto nº 3.298”.

Neste sentido, a Coordenação de Perícias Médicas adstrita às regras públicas de administração, deverá obedecer rigorosamente aos princípios da legalidade, razoabilidade,



moralidade, supremacia do interesse público e do bem comum em uma sociedade politicamente organizada, com observância dos direitos coletivos sociais, culturais e étnicos, entretanto, fundamentando-se em tecnicamente em critérios clínicos estabelecidos e norteadores.

A caracterização da deficiência ocorre de rotina no exame admissional do concurso público, quando o candidato que se declarou como pessoa com deficiência e para concessão de benefícios aos servidores e dependentes com deficiência.

Este capítulo traz para o Perito a fundamentação legal e técnica para a caracterização da pessoa com deficiência segundo a legislação vigente.

No Distrito Federal a Lei nº 4.317, de 09 de abril de 2009 instituiu a Política Distrital para Integração da Pessoa com Deficiência e trouxe conceitos e diretrizes, nos artigos 3º e 5º conforme segue:

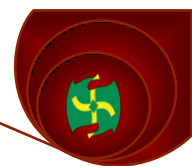
Art. 3º Para os efeitos desta Lei considera-se:

- I. **deficiência:** toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica ou anatômica *que gere incapacidade para o desenvolvimento 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;
- 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 com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Art. 5º Para fins de aplicação desta Lei devem-se considerar as seguintes categorias de deficiência:

I. deficiência física:

- a. alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, com comprometimento da função física, a qual se apresenta sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros ou face com deformidade congênita ou adquirida;
- b. lesão cerebral traumática: compreendida como uma lesão adquirida, causada por força física externa, a qual resulta em deficiência funcional total ou parcial,



deficiência psicomotora ou ambas e compromete o desenvolvimento ou desempenho social da pessoa, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, com prejuízos para as capacidades do indivíduo e seu meio ambiente;

II. deficiência auditiva:

- a. perda unilateral total;
- b. perda bilateral, parcial ou total, de 41 db (quarenta e um decibéis) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz (quinhentos hertz), 1.000 Hz (mil hertz), 2.000 Hz (dois mil hertz) e 3.000 Hz (três mil hertz);

III. deficiência visual:

- a. visão monocular;
- b. cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou inferior a 0,05 (cinco centésimos) no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,5 (cinco décimos) e 0,05 (cinco centésimos) no melhor olho e com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou inferior a 60° (sessenta graus); a ocorrência simultânea de qualquer uma das condições anteriores;

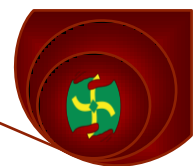
IV. deficiência intelectual:

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação no período de desenvolvimento cognitivo antes dos 18 (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 dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer;
- h) trabalho;

V. surdocegueira:

Compreende a perda concomitante da audição e da visão, cuja combinação causa dificuldades severas de comunicação e compreensão das informações, prejudicando as atividades educacionais, vocacionais, sociais e de lazer e requerendo atendimentos específicos, distintos de iniciativas organizadas para pessoas com surdez ou cegueira;



VI. autismo:

Comprometimento global do desenvolvimento, que se manifesta tipicamente antes dos três anos, acarretando dificuldades de comunicação e de comportamento e caracterizando-se frequentemente por ausência de relação, movimentos estereotipados, atividades repetitivas, respostas mecânicas e resistência a mudanças nas rotinas diárias ou no ambiente e a experiências sensoriais;

VII. condutas típicas:

Comportamento psicossocial, com características específicas ou combinadas de síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos, que causam atrasos no desenvolvimento e prejuízos no relacionamento social, em grau que requeira atenção e cuidados específicos em qualquer fase da vida;

VIII. deficiência múltipla:

Associação de duas ou mais deficiências, cuja combinação acarreta comprometimento no desenvolvimento global e desempenho funcional da pessoa e que não podem ser atendidas em uma só área de deficiência.

§ 1º Caracteriza-se também como deficiência a incapacidade conceituada e tipificada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF.

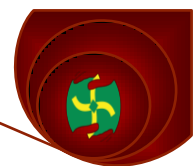
§ 2º Entende-se como deficiência permanente aquela definida em uma das categorias dos incisos deste artigo que se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos.

§ 3º As categorias e suas definições expressas nos incisos deste artigo não excluem outras decorrentes de normas regulamentadas pelo Poder Executivo do Distrito Federal.

11.1. Dos Benefícios aos Servidores com Deficiência:

Segundo o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis do Distrito Federal, **Lei Complementar 840 de 23 de dezembro de 2011, nos incisos I e II do artigo 61**, pode haver concessão de horário especial, transcrevemos:

Art. 61. Pode ser concedido horário especial:



- I. ao servidor com deficiência, quando comprovada a necessidade por junta médica oficial;
- II. ao servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente com deficiência;

Dessa maneira é responsabilidade da Perícia Médica Oficial a concessão de horário especial para servidores deficientes e/ou pais ou responsáveis por dependentes com necessidades especiais, quando demonstrar o enquadramento conforme a Lei nº 4.317/2009, citada acima, e a necessidade de redução da carga horária para realizar melhoria na saúde .

11.2. Do Concurso Público:

A concepção de concurso público, segundo Meirelles (2001a, p. 403-404) é o de ser o meio técnico posto à disposição da Administração Pública para obter-se moralidade, eficiência e aperfeiçoamento do serviço público e, ao mesmo tempo, propiciar igual oportunidade a todos os interessados que atendam aos requisitos da lei, fixados de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, consoante determina o Art. 37, II da CF.

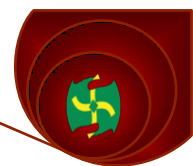
Os artigos 64 a 66 normatizam o acesso a cargos e empregos da Administração Pública Direta e Indireta do Distrito Federal assim descrito:

Art. 64. Os órgãos da administração pública direta e indireta do Distrito Federal estão obrigados a preencher no mínimo 5% (cinco por cento) de seus cargos e empregos públicos com pessoas com deficiência.

Parágrafo único. Para o preenchimento do percentual exigido no caput, será considerada apenas a deficiência permanente.

Art. 66. O órgão da administração pública direta e indireta, em todos os níveis, terá a assistência de equipe multiprofissional composta de três profissionais capacitados e atuantes nas áreas das deficiências em questão, sendo um deles médico e outro integrante da carreira almejada pelo candidato, para concluir sobre:

- I. as informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição;
- II. as condições de acessibilidade dos locais de provas e as adaptações das provas e do curso de formação;



- III. as necessidades de uso pelo candidato com deficiência de equipamentos ou outros meios que habitualmente utilize para a realização das provas;
- IV. a necessidade de o órgão fornecer apoio ou procedimentos especiais durante o estágio probatório e, especialmente, quanto às necessidades de adaptação das funções e do ambiente de trabalho para a execução das tarefas pelo servidor ou empregado com deficiência.

Parágrafo único. A pessoa com deficiência será avaliada para o exercício da função por ocasião do estágio probatório, devendo a função ser devidamente adaptada a sua deficiência.

A Lei nº 4949 de 15 de outubro de 2012 estabelece normas gerais para realização de concurso público pela administração direta, autárquica e fundacional do Distrito Federal e, o artigo 8º do Capítulo II assegura a reserva de vinte por cento das vagas a serem preenchidas por pessoas com deficiência, desprezada a parte decimal e, ainda, o direito de se inscrever em concurso público, observada a compatibilidade entre atribuições do cargo e a deficiência. É especificado que a deficiência e a compatibilidade para as atribuições do cargo público são verificadas na forma

Conforme já ressaltado acima, a **Lei Complementar 840/2011**, que sobre a investidura em cargo público nos artigos 7º e 12, assim dispõe:

Art. 7º São requisitos básicos para investidura em cargo público:

VI – a aptidão física e mental.

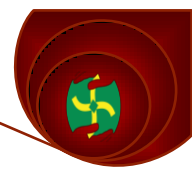
§ 1º A lei pode estabelecer requisitos específicos para a investidura em cargos públicos.

§ 3º Os requisitos para investidura em cargo público devem ser comprovados por ocasião da posse.

Art. 12. O edital de concurso público tem de reservar vinte por cento das vagas para serem preenchidas por pessoa com deficiência, desprezada a parte decimal.

§ 1º A vaga não preenchida na forma do caput reverte-se para provimento dos demais candidatos.

§ 2º A deficiência e a compatibilidade para as atribuições do cargo são verificadas antes da posse, garantido recurso em caso de decisão denegatória, com suspensão da contagem do prazo para a posse.



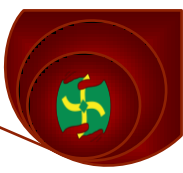
§ 3º *Não estão abrangidas pelos benefícios deste artigo a pessoa com deficiência apta para trabalhar normalmente e a inapta para qualquer trabalho. Encaminhar a alteração do exame detalhando o “trabalhar normalmente”.*

Assim, o candidato que se declarar pessoa com deficiência, na inscrição para o certame, terá que ser submetido à inspeção médica na Unidade de Perícias Médicas de referência do órgão de lotação para que seja comprovada a deficiência e, se comprovada, avaliada a compatibilidade para o exercício das atribuições inerentes ao cargo e a aptidão física e mental.

O artigo 5º da Lei nº 4.317/2009 caracteriza as categorias de deficiência, entretanto, especificamente para deficiência física, este capítulo descreve os critérios clínicos a serem adotados.

Deficiência física: a) alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, **com comprometimento da função física**, a qual se apresenta sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros ou face com deformidade congênita ou adquirida.

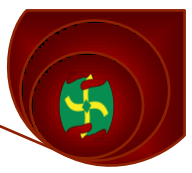
Em cumprimento ao artigo 12º, §3º da Lei Complementar 840, para caracterização da deficiência física, não será considerada como deficiência aquela deformidade congênita ou adquirida que não impõe esforço acrescido ao desempenho das atividades na vida diária ou no trabalho e, permite a pessoa condição *para trabalhar normalmente*.

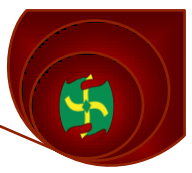


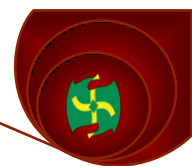
Capítulo XII – Atribuições das Unidades de Perícias Médicas

**“Que os vossos esforços
desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas
do homem foram conquistadas do
que parecia impossível.”**

Charles Chaplin





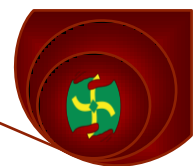


CAPÍTULO 12.

CAPÍTULO 12. ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES DE PERÍCIAS MÉDICAS

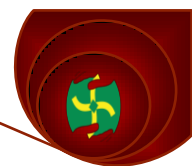
12.1. Funções do Coordenador:

1. Elaborar e propor normas, diretrizes e protocolos para a operacionalização das ações em perícia médica oficial em consonância com a Política Integrada de Atenção à Saúde dos Servidores no âmbito do GDF;
2. Fomentar estudos e pesquisas epidemiológicos com base no levantamento dos afastamentos por motivo de saúde, aposentadorias por invalidez e acidentes em serviço;
3. Planejar, coordenar, orientar e supervisionar as atividades em perícia médica oficial, visando à garantia do exercício pleno de suas atribuições de acordo com os padrões éticos e legais;
4. Realizar vistorias periódicas e sistemáticas dos procedimentos Médicos-periciais para fim de análise da conformidade com as normas vigentes;
5. Designar nova Junta Médica Oficial quando julgar necessário;
6. Designar Junta Oficial de Recurso em 2º grau;
7. Destituir membros da Junta Médica Oficial quando julgar necessário;
8. Elaborar e propor as normas e boas práticas de readaptação, reabilitação e reinserção no trabalho;
9. Estabelecer avaliação multidisciplinar, com Psicólogo e/ou Assistente Social para subsidiar a Perícia Médica; e,
10. Realizar gestão de pessoas por competências, com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar os recursos humanos.
11. Participar do Conselho de Saúde e Segurança de forma atuante;
12. Atuar junto a Perícias de outros órgãos e estados a fim de consolidar os parâmetros Médicos periciais;
13. Desenvolver outras atividades que lhe forem conferidas ou delegadas.



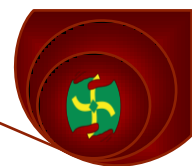
12.2. Funções do Gerente de Perícias Médicas:

1. Supervisionar as atividades de perícia médica, visando à garantia do exercício pleno de suas atribuições de acordo com os padrões éticos e legais;
2. Assessorar a Coordenação de Perícias Médicas no que couber para elaboração de Projetos, Protocolos e Diretrizes;
3. Coordenar as Equipes de Perícia para o cumprimento de metas e atendimento ao objetivo;
4. Coordenar a Equipe de Readaptação Funcional para o cumprimento de metas e atendimento ao objetivo;
5. Determinar as perícias externas, quando a inspeção pericial deverá ser realizada na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar, se localizado no perímetro geográfico do Distrito Federal;
6. Proceder atendimento pericial humanizado, com urbanidade e ética;
7. Executar as normas e protocolos de Perícia Médica Oficial;
8. Executar os exames periciais para a concessão de benefícios e licenças;
9. Encaminhar o servidor à avaliação da Junta de Readaptação antes de concluir pela incapacidade permanente para o serviço público, quando não for o caso de doença especificada em lei;
10. Realizar gestão de pessoas por competências, com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar os recursos humanos;
11. Desenvolver outras atividades que lhe forem conferidas ou delegadas.



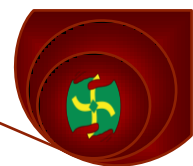
12.3. Funções dos Médicos Perito:

1. Proceder atendimento pericial humanizado, com urbanidade e ética; executando as normas e protocolos de Perícia Médica;
2. Executar as normas e protocolos de Perícia Médica Oficial;
3. Encaminhar o servidor à avaliação da Junta de Readaptação antes de concluir pela incapacidade permanente para o serviço público, quando não for o caso de doença especificada em lei;
4. Desenvolver outras atividades que lhe forem conferidas ou delegadas;
5. Executar os exames periciais para a concessão de benefícios e licenças;
 - a. Isenção de Imposto de Renda,
 - b. Licença para tratamento de saúde,
 - c. Licença a gestante,
 - d. Aposentadoria por invalidez integral ou proporcional,
 - e. Reversão e revisão de aposentadorias,
 - f. Processos de pensão:
 - g. Constatação de invalidez em dependentes,
 - h. Inclusão de dependentes,
 - i. Auxílio creche (em casos de dependentes de idade mental menor que 06 anos),
 - j. Licença por motivo de doença em pessoa da família ;
 - k. Perícia externa (hospitalar e domiciliar);
 - l. Assistência técnica e realização de formulação de quesitos em casos de ações judiciais contra o GDF;
 - m. Avaliação médica dos processos disciplinares,
 - n. De concessão de horário especial para pessoa portadora de deficiência ou para servidor com familiar portador de deficiência,
 - o. De restrição laborativa,
 - p. De remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família,
 - q. De redução de carga horária em servidor portadora de deficiência;
 - r. Pedidos de reconsideração e de recurso;
6. Realizar juntas médicas para admissão de candidatos portadores de necessidades especiais, caracterizando o enquadramento da deficiência alegada na legislação vigente e informar a capacidade ou incapacidade laborativa com o cargo pretendido.



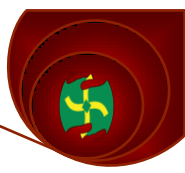
12.4. Funções do Técnico de Enfermagem

1. Arrumar os consultórios, repondo os formulários impressos e; solicitar a equipe de limpeza;
2. Fazer aferição dos níveis pressóricos de todos os servidores a serem atendidos e anotá-los no prontuário Médico pericial;
3. Disponibilizar os prontuários na mesa de atendimento, obedecendo a ordem de chegada e de prioridade, colocando eventuais observações e prioridades;
4. Copiar e autenticar os documentos solicitados pelos Médicos Perito;
5. Atender as solicitações de marcações/agendamentos feitas pelos Médicos, observando os dias, horários e disponibilidades dos dias;
6. Resolver as demandas do balcão da recepção da Unidade de Perícia Médica;
7. Nos exames admissionais: organizar os exames complementares na ordem determinada e verificar se os exames estão completos;
8. Atender ao telefone, fornecendo informações e efetuando as marcações de exame admissional e de juntas médicas;
9. Abrir novos prontuários; anexando os exames admissionais, quando for possível localizá-los;
10. Organizar o arquivo.
11. Descrição das atividades realizadas:



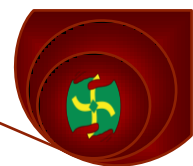
12.5. Função do Administrativo:

1. Atendimento aos servidores que precisam da Perícia Médica de forma pessoal e por atendimento telefônico; com fornecimento de informações diversas;
2. Triagem de assuntos e de pessoas que procuram o atendimento das gerências e coordenações da Subsaúde para tratar de assuntos diversos;
3. Elaboração e cópias de diversos documentos e formulários;
4. Coleta de assinaturas dos médicos da Junta Médica e entrega do documento assinado diretamente aos periciandos;
5. Operacionalização do SIGMA – Sistema de Gestão de Material, para pedido de material de almoxarifado, realizado mensalmente; com controle, estoque e distribuição de material de almoxarifado aos entes administrativos da Subsaúde;
6. Operacionalização do SISGEPAT – Sistema de Gestão de Patrimônio, controle e verificação de patrimônio no âmbito da Subsaúde;
7. Execução e Fiscalização dos contratos de limpeza e vigilância no âmbito da Subsaúde, com elaboração mensal de relatório circunstanciado sobre a prestação de serviços das empresas, em atendimento a Ordem de Serviço n.º: 142, de 14 de junho de 2012, publicada no D.O.D.F. n.º 116, de 18 de junho de 2012, e Ordem de Serviço n.º: 151, de 19 de junho de 2012, publicada no D.O.D.F. n.º 120 de 21 de junho de 2012;
8. Assessoramento à Subsecretária/Subsaúde, Coordenadoras e Gerentes da Subsaúde; serviços de Secretariado em geral;
9. Operacionalização e tramitação de processos no SICOP - Sistema Integrado de Controle de Processos, e serviços de protocolo em geral;
10. Confecção da Agenda de Junta Médica;
11. Localização de documentos já arquivados para pesquisa e/ou outras informações.



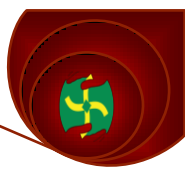
12.6. Funções do Serviço Social

1. Proceder à entrevista para investigação, diagnóstico e intervenção psicossocial dos casos encaminhados.
2. Identificar desajustes familiares, disfunções econômico-sociais e culturais que possam estar interferindo no estado de saúde dos servidores.
3. Elaborar relatórios estatísticos dos atendimentos e encaminhamentos realizados.
4. Realizar e participar de pesquisas operacionais aplicadas à saúde pública.
5. Promover articulação com as instituições das áreas fins, visando o conhecimento maior da disponibilidade das redes sociais e comunitárias disponíveis, estabelecendo atividades conjuntas e parcerias.
6. Programar as atividades do Serviço Social a partir do diagnóstico social do público alvo atendido, identificando prioridades para atuação.
7. Emitir parecer social visando à análise dos aspectos sociais que interfiram na situação de saúde do servidor ou pessoa da família.
8. Realizar acompanhamentos institucionais dos servidores em processo de readaptação.
9. Sensibilizar os servidores convocados da importância e necessidade de se comparecer, respectivamente, as juntas médicas e avaliações psicológicas, necessárias a melhor condução do caso.

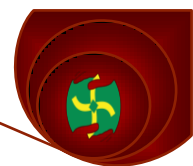


12.7. Função dos Membros da Comissão de Readaptação Profissional:

1. Estabelecer, preservar e manter a rotina de readaptação dos servidores;
2. Estabelecer, preservar e manter o fluxo de trabalho, no que tange à readaptação, entre as demais áreas da Coordenação de Perícias Médicas e da Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho;
3. Proceder ao estudo dos prontuários, processos e atribuições dos cargos dos casos indicados para o PRP pela Junta Médica da Gerência de Perícias Médicas da Coordenação de Perícias Médicas, bem como solicitar parecer jurídico, quando necessário;
4. Realizar entrevistas e reuniões com os servidores, gestores e profissionais envolvidos no processo de readaptação.
5. Analisar os Laudos Técnicos das Condições Ambientais de Trabalho para subsidiar a conclusão da Junta Pericial de Readaptação, elaborado pela Gerência de Segurança do Trabalho;
6. Decidir pela elegibilidade ou não do servidor no Programa de Readaptação Profissional - PRP;
7. Convidar outros profissionais da área de saúde para comporem a equipe multidisciplinar na Comissão Permanente de Readaptação Profissional, quando necessário;
8. Encaminhar os readaptandos para programas específicos se for o caso;
9. Emitir laudo conclusivo sobre a limitação laborativa do servidor elegível no PRP;
10. Decidir pelo treinamento em qualquer unidade administrativa que disponha de condições técnicas para sua habilitação profissional, podendo inclusive definir o período do treinamento;
11. Indicar servidores readaptandos para cursos de capacitação na Escola de Governo ou instituições afins;
12. Encaminhar, para a Unidade de Gestão de Pessoas do órgão de origem do servidor, a conclusão da Comissão Permanente de Readaptação Profissional para conhecimento e providências;
13. Emitir Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) – Mudança de Função para o servidor readaptado, na Junta Pericial de Readaptação, e encaminhar uma via do ASO à Unidade de Saúde Ocupacional;



14. Encaminhar, por intermédio da Junta Pericial de Readaptação, uma via do laudo de Readaptação ou de restrição permanente à Gerência de Promoção de Saúde;
15. Encaminhar o servidor à Junta Médica e/ou Unidade de Gestão de Pessoas quando for constatado sua inelegibilidade ao Programa de Readaptação Profissional.

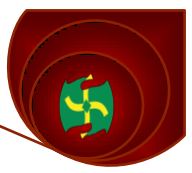


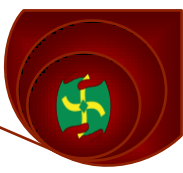
12.8. Função da Gerência de Epidemiologia e Estatística em Saúde:

1. Promover, coordenar e executar estudos e pesquisas de levantamento epidemiológico baseados nas licenças por motivo de saúde e processos relacionados à saúde ocupacional dos servidores atendidos pelas perícias médicas do Governo do Distrito Federal;
2. Monitorar as doenças ou agravos relacionados ao trabalho, suas tendências e sazonalidades;
3. Monitorar as doenças ou agravos relacionados às aposentadorias por invalidez;
4. Proceder à notificação dos locais de risco identificados pelos estudos epidemiológicos junto à Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho;
5. Analisar e divulgar informações epidemiológicas subsidiando as ações das Coordenações da Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores;
6. Analisar e comparar o histórico dos dados epidemiológicos antes e depois das ações de prevenção e promoção à saúde do servidor;
7. Articular, juntamente com as unidades da Subsecretaria de Gestão de Pessoas, alterações necessárias nos sistemas de gestão de informações em saúde e/ou gestão de pessoas para fins de coleta fidedigna e completa dos dados sociodemográficos, funcionais, ocupacionais e de saúde dos servidores; e
8. Desenvolver outras atividades que lhe forem conferidas ou delegadas.

12.8.1. Aos técnicos que compõem a equipe da Gerência de Epidemiologia e Estatística em Saúde:

1. Contribuir técnica e administrativamente para o cumprimento das metas estabelecidas;
2. Auditar os bancos de dados extraídos do sistema de gestão de pessoas;
3. Mediante formação técnica e software estatístico, realizar as análises estatísticas necessárias à confiabilidade, fidedignidade e correlação das variáveis resultantes;
4. Elaborar relatórios epidemiológicos – por meio de texto, tabelas e gráficos – claros, objetivos e concisos com vistas a responder às incumbências da Gerência e demandas solicitadas pela Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência, suas coordenações e demais gerências.

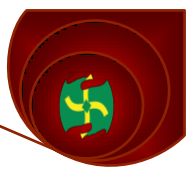


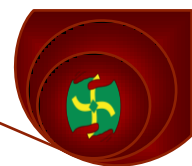


Capítulo XIII – Readaptação

“A formulação de um problema é, muitas vezes, muito mais essencial do que a sua solução, que pode ser meramente uma questão de habilidade matemática ou capacidade experimental. Para levantar novas questões e novas possibilidades a respeito de velhos problemas sob um novo ângulo, exige imaginação criativa e indica os reais avanços na ciência”

Albert Einstein





CAPÍTULO 13. READAPTAÇÃO

A Readaptação Funcional é um processo que se inicia quando é necessário que um servidor sofra restrição nas suas atividades laborativas, seja por problemas físicos ou mentais e, que diante dessas deficiências adquiridas torna imprescindível uma mudança na atividade exercida ou no seu local trabalho.

O processo de Readaptação Funcional ressalta a capacidade que o indivíduo tem de realizar tarefas com diferentes atribuições e responsabilidades daquelas que desenvolvia antes de sofrer uma limitação em sua capacidade, utilizando-se de habilidades até então inexploradas e, que não causem danos à sua saúde. Com o objetivo de evitar uma aposentadoria por invalidez precoce em servidores que mantêm residual laboral, há a indicação do redirecionamento na adequação às limitações ocorridas, após avaliação por equipe multidisciplinar oficialmente designada.

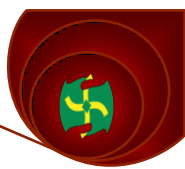
Citando a legislação atual que versa sobre a Readaptação Funcional no Governo do Distrito Federal, transcrevemos:

Art. 277. Ao servidor efetivo que sofrer redução da capacidade laboral, comprovada em inspeção médica, devem ser proporcionadas atividades compatíveis com a limitação sofrida, respeitada a habilitação exigida no concurso público.

Parágrafo único. O servidor readaptado não sofre prejuízo em sua remuneração ou subsídio.

*Lei Complementar Nº 840, de
23 de dezembro de 2011*

Art. 18. A aposentadoria por invalidez é devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-



doença, for considerado incapaz de readaptação para o exercício das atribuições do cargo, de forma compatível com a limitação que tenha sofrido, e deve ser paga, com base na legislação vigente, a partir da data da publicação do respectivo ato e enquanto o servidor permanecer nessa condição.

Lei Complementar Nº 769, de 30 de junho de 2008 (Modificada pela Lei 840/2011)

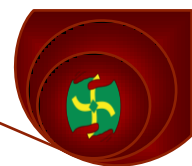
13.1. A Comissão Permanente de Readaptação Profissional

A Comissão Permanente de Readaptação Profissional – CPRP compõe a Coordenação de Perícias Médicas e o trabalho dos servidores lotados nesse local, tem priorizado a busca da excelência no serviço público prestado à área da saúde dos servidores e aplicado esforços para aprimoramento e adequação das atividades laborativas.

A CPRP começou a atuar em 2008, e atualmente trabalha em concordância com a legislação vigente; Portaria nº 61, de 15 de junho de 2011, o Decreto nº 34.023, publicado no DODF nº 249 de 11 de dezembro de 2012, a Lei Complementar Nº 840, de 23 de dezembro de 2011, e, a Lei Complementar Nº 769, de 30 de junho de 2008. Essa equipe é composta por dois médicos do trabalho (que se alternam em eventuais impedimentos), duas psicólogas, uma assistente social. A função dessa Comissão é promover a readaptação profissional, (e sua reavaliação), a reabilitação cognitiva e a assistência social, através do Programa de Readaptação Profissional – PRP, que realiza uma maior aproximação entre os servidores adoecidos e seus gestores das secretarias, preparando-os, tanto estrutural quanto culturalmente, para atender às determinações decorridas do processo de readaptação.

O trabalho da CPRP pode ser descrito através das suas competências, que são:

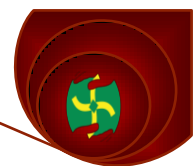
1. estabelecer, preservar e manter a rotina de readaptação dos servidores D.F;
2. estabelecer, preservar e manter o fluxo de trabalho, no que tange à readaptação;



3. proceder ao estudo dos prontuários, processos e atribuições dos cargos dos casos indicados para o Processo de Readaptação Profissional pela Junta Médica Oficial, bem como solicitar parecer jurídico;
4. realizar entrevistas e reuniões com os servidores, gestores e profissionais envolvidos no processo de readaptação;
5. analisar os Laudos Técnicos das Condições Ambientais de Trabalho para subsidiar a conclusão da Junta Pericial de Readaptação;
6. decidir pela elegibilidade ou não do servidor no PRP;
7. convidar outros profissionais da área de saúde para comporem a equipe multidisciplinar na CPRP, quando necessário;
8. encaminhar os readaptandos para programas específicos; proceder à Junta Pericial de Readaptação;
9. emitir laudo conclusivo sobre a limitação laborativa do servidor elegível no PRP;
10. decidir pelo treinamento em qualquer unidade administrativa que disponha de condições técnicas para sua habilitação profissional, definindo o período do treinamento;
11. indicar servidores readaptandos para cursos de capacitação;
12. encaminhar, para a Unidade de Gestão de Pessoas do órgão de origem do servidor, a conclusão da CPRP para conhecimento e providências;
13. emitir Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) – Mudança de Função para o servidor readaptado, na Junta Pericial de Readaptação;
14. encaminhar, uma via do laudo de readaptação ou de restrição permanente à Gerência de Promoção de Saúde; encaminhar o servidor à Junta Médica e/ou Unidade de Gestão de Pessoas quando for constatado sua inelegibilidade ao Programa de Readaptação Profissional.

13.2. Do funcionamento:

As demandas chegam à readaptação, através do encaminhamento de Juntas Médicas Oficiais compostas por médico do trabalho e médicos peritos, e, os casos passam por estudos dos perfis profissiográficos dos cargos do Governo do Distrito Federal- GDF, reuniões técnicas sistemáticas para discussão dos casos, pela equipe de readaptação, e, reuniões com chefias imediatas e responsáveis técnicos das áreas de gestão de pessoas das secretarias em questão.



Quando incluído neste programa, o servidor elegível à readaptação, ou sujeito a restrições de atividades, será acompanhado por esta comissão, em conjunto com a chefia imediata; bem como poderá ser encaminhado à equipe de psicologia e/ou outras áreas afins; como também, poderá participar do projeto preparando para aposentadoria e/ou será inserido no projeto de reabilitação Ocupacional.

13.3. Processo de Reabilitação Ocupacional

O Processo de Reabilitação Ocupacional é composto de três seguintes procedimentos: remanejamento, readequação e readaptação.

O Remanejamento consiste na mudança "ex-officio" do servidor para outro local de trabalho, em caráter temporário ou definitivo, objetivando minimizar a repercussão das condições ambientais desfavoráveis à sua saúde no exercício do cargo.

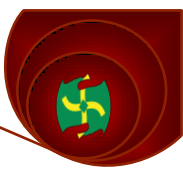
A Readequação é o procedimento que autoriza a redução do rol permanente de atividades inerentes ao cargo ocupado, em decorrência de restrições definitivas de saúde apresentadas pelo servidor, desde que mantido o núcleo básico do cargo.

E, a Readaptação é o exercício 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, visando o aproveitamento de sua capacidade laborativa residual.

A recapitação é a recondução do servidor ao cargo originário, quando cessada as limitações que ocasionaram a redução da capacidade laboral e, que motivaram a reabilitação ocupacional.

13.4. Cancelamento da Readaptação Funcional

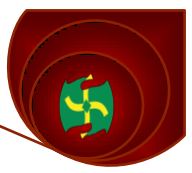
A readaptação poderá ser cancelada nas seguintes situações: quando houver melhoradas condições de saúde do servidor ou adequação do seu local de trabalho, estando este cancelamento condicionado a reavaliação da Comissão de Readaptação Funcional.

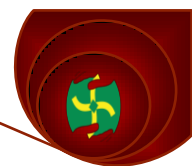


Capítulo XIV- Do Direito de Petição

**“O fim do Direito não é abolir
nem restringir, mas preservar e
ampliar a liberdade”**

John Locke





CAPÍTULO 14. DO DIREITO DE PETIÇÃO

É assegurado ao servidor o direito de petição junto à Unidade de Perícias Médicas de referência do seu órgão. O servidor que discordar da conclusão da Junta Médica Oficial, poderá retirar no próprio local, o Formulário de Requerimento do Pedido de Reconsideração e Recurso, no prazo de 3 dias, a contar da data de ciência da decisão recorrida, conforme o Decreto 34.023/2012.

O Pedido de Reconsideração é dirigido à Gerência de Perícias Médicas, autoridade competente para decidi-lo e ao fundamentar a sua decisão, podendo dar efeito suspensivo ao pleito. Caso o requerimento seja indeferido, caberá pedido de reconsideração do pedido à Gerência de Perícias Médicas, não podendo ser renovado.

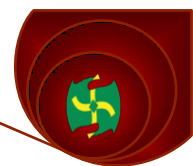
Caso seja deferido a Gerência de Perícias Médicas deverá encaminhar o Pedido de Reconsideração ao(s) Médico(s) Perito(s) que realizou o atendimento. Cabendo ao Expert que proferiu o ato, o deferimento ou indeferimento do pleito do servidor, deixando explicitado por escrito na decisão, as razões que o motivaram.

Caso o Pedido de Reconsideração seja indeferido a Gerência de Perícias Médicas marcará a Junta Recursal, que independente do pleito, será sempre apreciada por pelo menos dois Médicos Peritos diferentes dos que realizaram o primeiro exame.

Se o servidor não estiver satisfeito com a decisão da Junta Recursal, poderá interpor novo recurso que será avaliado por uma Junta Médica Oficial de Recurso em Segunda Instância – JMOR (Portaria nº 49, de 26 de maio de 2011– SEAP) . Essa solicitação deverá ser realizada em Requerimento específico e dirigido à Gerência de Perícias Médicas.

A JMOR será composta por 04 membros titulares, sendo esses: o Titular da Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência do Servidor (Subsaúde) da Secretaria de Estado de Administração Pública, na qualidade de Presidente; o Coordenador de Perícia da Subsaúde; o Coordenador de Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Educação; o Diretor de Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Saúde, ou seus respectivos suplentes em caso de impedimento dos primeiros. A JMOR poderá solicitar que outros médicos peritos componham a avaliação médico pericial, quando acharem necessário.

Caberá a cada Unidade de Perícias Médicas, após esgotados os recursos de primeira instância, reconsideração e recurso, encaminhar os prontuários e processos, com os laudos, repostas e pedidos devidamente dispostos para a Coordenação de Perícias Médicas da Subsaúde organizar as marcações.



Para que o servidor tenha direito à avaliação do recurso pela Junta Médica Oficial de Recurso em Segunda Instância, deverá ter interposto os pedidos na forma e sequência descrita acima. Em casos de deferimento do pedido de reconsideração ou do recurso, a decisão da Junta Médica produzirá efeitos retroativos à data do pleito indeferido. Os documentos elaborados pela JMOR serão arquivados no prontuário do servidor, na Unidade de Perícias Médicas do órgão de origem.

A Junta Médica Oficial de Recurso em Segunda Instância é a última instância administrativa para julgar recursos oriundos das Unidades de Perícias Médicas. Todas as petições de que tratam esse capítulo devem ser despachadas no prazo de cinco dias e decidida dentro de trinta dias, contados da data do protocolo, conforme a Legislação Vigente.

14.1. PORTARIA Nº 49, DE 26 DE MAIO DE 2011.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL, no uso de suas atribuições regimentais e tendo em vista a competência que lhe foi delegada pelo artigo 27, inciso II, do Decreto nº 32.716, de 1º de janeiro de 2011 e pelo artigo 105, inciso III da Lei Orgânica do Distrito Federal, RESOLVE:

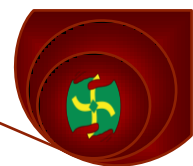
Art. 1º Instituir a Junta Médica Oficial de Recurso, órgão colegiado de Segundo Grau, consultivo e deliberativo, vinculado à Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência do Servidor, com as competências de decidir os recursos interpostos contra decisões das Juntas e Perícias Médicas das Secretarias de Estado de Administração Pública, de Educação e da Saúde, do Distrito Federal.

Art. 2º Fica estabelecido que a Junta Médica Oficial de Recurso é a última instância administrativa para julgar recursos oriundos das unidades de Perícias Médicas das Secretarias de Estado de Administração Pública, de Educação e da Saúde, do Distrito Federal.

Art. 3º A Junta Médica Oficial de Recurso somente poderá ser suscitada, para instauração de revisão de Decisão de Junta e Perícia Médica, após esgotado recurso, em primeira instância,

nas unidades de Perícias Médicas dos órgãos de origem, no prazo de cinco dias úteis, mediante requerimento específico.

Art. 4º É da responsabilidade das unidades de Perícias-Médicas das Secretarias de origem do servidor encaminhar o processo recursal, após recebimento de requerimento



específico preenchido pelo servidor, para à Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência do Servidor da Secretaria de Estado de Administração Pública.

Art. 5º A Junta-Médica Oficial de Recurso será composta por 04 membros titulares e respectivos suplentes.

§ 1º São membros titulares da Junta Médica Oficial de Recursos:

I - o Titular da Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência do Servidor da Secretaria de Estado de Administração Pública, na qualidade de Presidente;

II - o Coordenador de Perícia da Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência do Servidor;

III - o Diretor de Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Educação; e

IV - o Diretor de Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Saúde.

§ 2º Os membros suplentes, a serem indicados pelos respectivos titulares, serão designados pelo Presidente da Junta Médica Oficial de Recurso, cujo ato será publicado no Diário Oficial do Distrito Federal.

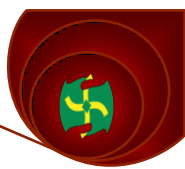
Art. 6º Compete à Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência do Servidor da Secretaria de Estado de Administração Pública, mediante anuência do Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho, dispor sobre qualquer alteração dos procedimentos de que trata esta Portaria.

Art. 7º O Presidente da Junta-Médica Oficial de Recurso, quando julgar necessário, poderá convocar médico das unidades de Perícias Médicas das Secretarias de Estado de Administração Pública, de Educação e da Saúde, para integrar a Junta Médica Oficial de Recurso, desde que não tenha participado das juntas médicas anteriores referentes ao recurso.

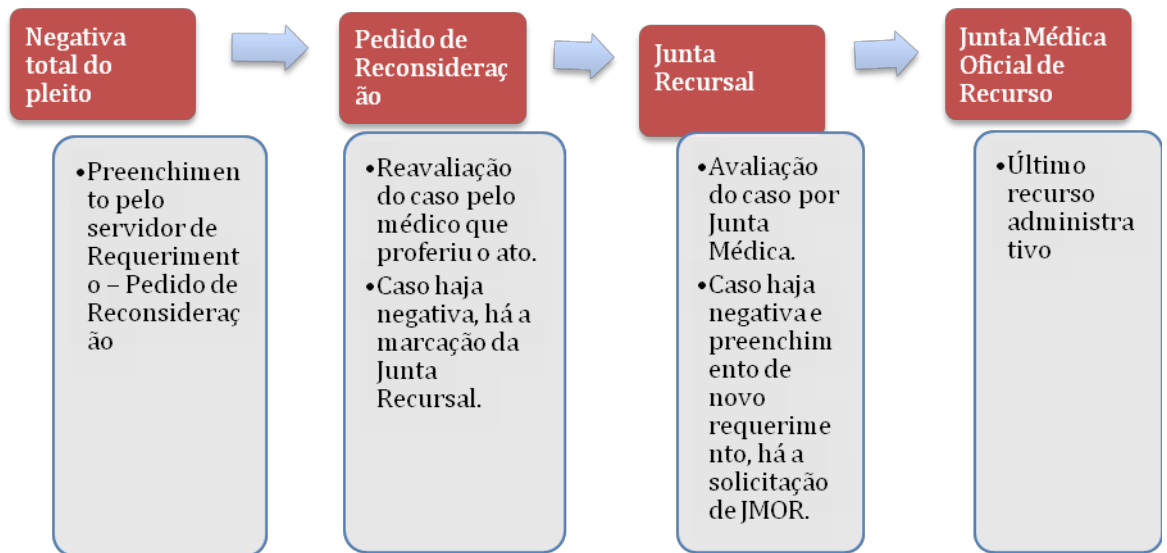
Art. 8º A Junta Médica Oficial de Recurso funcionará na sede da Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência do Servidor.

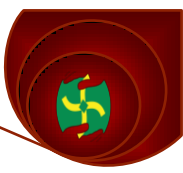
Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10. Revogam-se as disposições contidas na Portaria nº 119, de 23 de agosto de 2010.



14.2. Fluxograma:

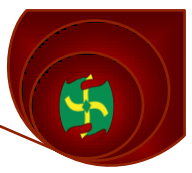


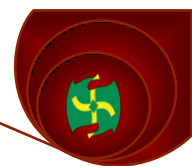


Capítulo XV – Aspectos Práticos da Perícia Médica:

**"A essência do conhecimento
consiste em aplicá-lo, uma vez
possuído."**

Confúcio





CAPÍTULO 15. ASPECTOS PRÁTICOS DA PERÍCIA MÉDICA:

15.1. L

ICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

a. C

conceito:

É a licença concedida ao servidor que, por motivo de doença, esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções laborativas. Para concessão da licença é indispensável o exame Médico pericial, que determinará o prazo da mesma.

b. F

fundamentação legal:

- A
rt. 273 e 274 da Lei Complementar 840/2011
- A
rt. 5º ao 12 do Decreto 34.023/2012

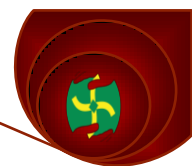
c. A

avaliação Médico Pericial:

O **Servidor Efetivo** tem direito à licença médica para tratamento quando um problema de saúde o impedir de exercer suas atividades no trabalho. Dessa forma a avaliação da capacidade laborativa é o objeto de exame pericial a ser realizado na Unidade de Perícias Médicas.

Os **Servidores Comissionados de Livre Exoneração ou Contrato Temporário ou Empregado Público** terão apenas seus primeiros quinze dias de afastamento avaliados pela Gerência de Perícias Médicas, e na necessidade da prorrogação deste, será encaminhado ao Regime Geral de Previdência - INSS. Em caso afastamentos, pela mesma situação clínica, no prazo de até 60 dias a contar do primeiro dia de afastamento, a licença também será competência do órgão previdenciário competente (INSS). Em se tratando de outra patologia, o servidor será avaliado pela Unidade de Perícias Médicas ligada ao seu órgão de origem, como se fosse uma licença inicial, independente do período decorrido desde o término na licença anterior a licença para tratamento de saúde.

Para concessão da licença para tratamento saúde é indispensável o exame Médico pericial com a presença do servidor, pois somente esse ato tem a competência de determinar o prazo de duração da incapacidade laborativa. Salientando que a incapacidade não decorre



apenas da doença diagnosticada, mas sim da situação clínica no momento do exame e sua relação com a atividade exercida pelo servidor.

Uma das condições para concessão da licença e/ou sua prorrogação, é a apresentação de comprovante de tratamento realizado. Poderá ser concedida licença para tratamento de saúde, com data retroativa à avaliação, desde que existam elementos Médicos periciais para justificá-la, cabendo essa decisão ao Médico Perito que efetuou o exame. A licença será negada nos casos de decurso de prazo injustificados.

A licença para tratamento de saúde poderá ser concedida por iniciativa da Administração Pública (de ofício), quando houver comprovação de risco para o servidor ou terceiros. **A licença somente poderá ser interrompida com a alta programada ou após a reavaliação pericial.**

d.

O

peracionalização:

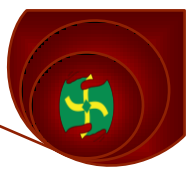
Com o atestado(s) Médico(s) em mãos, o servidor deverá se apresentar à Unidade de Perícias Médicas, de referência do seu órgão de origem, **observando o horário de funcionamento no prazo de no máximo 48 horas úteis a partir da data da emissão do atestado Médico, se o atestado for maior que dois dias e em 24 horas em caso de afastamento de um dia.**

O servidor deverá portar documento oficial com foto, Guia de Inspeção Médica (modelo padrão, assinada e carimbada pela chefia imediata), assim como todos os exames complementares e prescrições relacionados a emissão do atestado médico.

Concluído o exame pericial, o servidor recebe diretamente do Médico Perito que realizou o seu exame, o Módulo III (Comunicado do Resultado da Perícia Médica ao Chefe Imediato). Esse formulário conterá informações como: o número de dias concedidos ou não, ou a pendência gerada, e, as ações a serem tomadas após o termino do afastamento laboral: retornar ao trabalho; retornar a esta perícia médica (data ficará previamente agendada) ou ser encaminhado ao INSS. Este documento deverá ser entregue à chefia imediata, e ser anexado à folha de ponto em um prazo máximo de 48 horas.

Nos casos de reagendamento, com a nova avaliação Médico Pericial marcada, o Perito determinará a necessidade da apresentação de nova documentação médica, sem que este ato implique na necessidade de novo atestado emitido pelo Médico Assistente.

No caso do servidor não concordar com o resultado deste exame, assim como todos os atos proferidos pela Administração Pública, cabe pedido de reconsideração, que deverá ser solicitado, por escrito à Gerencia de Pericias Médicas, dentro de 5 dias. Os pedidos de



reconsideração poderão gerar deferimentos ou agendamento para nova avaliação através de Junta Recursal, ficando sob responsabilidade do servidor, a ausência laborativa gerada enquanto aguarda reavaliação pericial, no caso de confirmado o indeferimento da licença.

15.2.

P

PERÍCIA EM TRÂNSITO:

a.

C

conceito:

Na eventualidade do servidor encontrar-se em tratamento médico fora do Distrito Federal ou cedido para outro estado a trabalho, e ser portador de doença que o impossibilite de retornar, poderá ser realizado Perícia em Trânsito. A Perícia em Trânsito consiste na realização da avaliação da capacidade laborativa do servidor por Junta Médica Oficial constituída por médicos pertencentes a outro Regime Próprio de Previdência (que tenha um acordo de cooperação com o Distrito Federal). Servidores de outros estados da Federação, com o devido encaminhamento, poderão ser atendidos nas Unidades de Perícias Médicas do Distrito Federal.

Servidores que necessitem se ausentar do trabalho para acompanhar familiares fora do Distrito Federal também deverão seguir os procedimentos relacionados nesse tópico.

b.

F

fundamentação legal:

•

rt. 10 do Decreto 34.023/2012

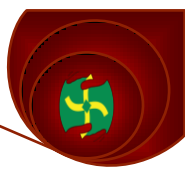
A

c.

A

avaliação Médico Pericial:

O documento elaborado pela junta médica da localidade onde foi realizada a avaliação, juntamente com os exames complementares e relatórios médicos, deverá ser encaminhado à respectiva Unidade de Perícias Médicas do Distrito Federal. Caberá aos Médicos Perito do Distrito Federal a análise da documentação encaminhada e a avaliação quanto à sua homologação. O atestado somente produzirá efeitos quando homologado na respectiva Unidade de Perícias Médicas do Distrito Federal.



d.

O

peracionalização:

Para a autorização do procedimento da perícia em trânsito o servidor, ou um terceiro devidamente autorizado, deverá comparecer a Unidade de Perícias Médicas e solicitar esse encaminhamento. O documento elaborado pela Junta Médica, da localidade da avaliação, deverá ser encaminhado à respectiva Unidade de Perícias Médicas do Distrito Federal no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis da sua emissão para avaliação da sua validação.

De igual maneira, as Unidades de Perícias Médicas poderão efetuar a realização de exame pericial de servidores públicos lotados em outros estados da União, desde que este procedimento seja documentado e oficialmente solicitado pelo respectivo serviço de perícia médica.

15.3.

L

**ICENÇA E PROCEDIMENTOS DECORRENTES DE ACIDENTE
EM SERVIÇO OU DOENÇA PROFISSIONAL**

a.

C

conceito:

É a licença concedida para o servidor que, por motivo de acidente em serviço ou doença profissional, que esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções.

b.

F

fundamentação legal:

•

2º Art. 12 do Decreto 34.023/2012

§

•

rt. 23 a 28 Decreto 34.023/2012

A

c.

A

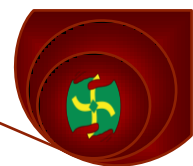
avaliação Médico Pericial:

Para concessão da licença é indispensável o exame médico pericial inicial, conforme descrito no item 1, Licença para Tratamento de Saúde, descrito acima que determinará o prazo da possível incapacidade, bem como a posterior avaliação do nexos causal pela Coordenação de Saúde e Segurança do Trabalho - COSST.

d.

O

peracionalização:



O servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou que tenha adquirido doença profissional deverá solicitar a ficha de Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço, preenchê-la em 03 (três) vias e coletar assinatura de sua chefia imediata.

O servidor deverá dirigir-se à Unidade de Perícias médicas para o exame clínico inicial, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis após o acidente, de posse da Ficha de Apuração de Acidente em Serviço juntamente com documento oficial com foto, guia de inspeção médica (modelo padrão, assinada e carimbada pela chefia imediata), atestado e laudo médico emitidos pelo profissional que prestou a primeira assistência ao servidor. Após o atendimento inicial, a chefia imediata do servidor deverá proceder à abertura da sindicância, seguindo as diretrizes no capítulo VI, do Manual de Saúde e Segurança do Trabalho do Distrito Federal.

15.4.

L

ICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

a.

C

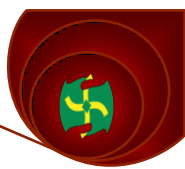
onceito

Pode ser concedida licença ao servidor ligado ao Regime Próprio de Previdência - *IPREV DF* por motivo de doença em pessoa da família, após comprovação da necessidade por Junta Médica Oficial. Conforme conceituado pelo Regime Jurídico a licença somente pode ser deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo. O período de cada licença não pode ser superior a trinta dias, e o somatório dos períodos não pode ultrapassar cento e oitenta dias por ano, iniciando-se a contagem com a primeira licença.

Para efeitos dessa licença médica, considera-se a Lei Complementar nº 862, de 25 de março de 2013, que altera o artigo 134 da Lei Complementar 840, de 23 de dezembro de 2011. Pode ser concedida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, padrasto ou madrasta, ascendente, descendente, enteado e colateral consanguíneo ou afim até o segundo grau civil, mediante comprovação por junta médica oficial.

b. Fundamentação legal:

- Art. 134 e 135, e, Art 283 da Lei Complementar 840/2011(alterado pela Lei Complementar nº 862/2013);
- Art. 31 ao 34 do Decreto 34.023/2012



c. Avaliação médico-pericial

Para concessão da licença é indispensável o exame Médico Pericial, que determinará se há doença de pessoa da família e a necessidade de acompanhamento deverá ser comprovada mediante apresentação de atestado, relatórios, exames complementares, declaração hospitalar e todas as documentações que o Médico Perito julgar pertinente para a elucidação da necessidade de acompanhamento. O parecer Psicológico e/ou da Assistência Social, também poderá ser solicitado. O familiar enfermo poderá ser submetido à avaliação Médico Pericial, quando a Junta Médica Oficial julgar necessário.

d. Operacionalização:

O servidor que pleitear esse tipo de licença médica, deverá se apresentar à respectiva Unidade de Perícias Médicas portando documento oficial com foto, documento oficial que comprove o parentesco, Guia de Inspeção Médica (modelo padrão, assinada e carimbada pela chefia imediata), assim como todos os exames complementares, relatórios, atestados e prescrições relacionados a motivação da solicitação.

Concluído o exame pericial, o servidor recebe diretamente do Médico Perito que realizou o seu exame, o Módulo III (Comunicado do Resultado da Perícia Médica ao Chefe Imediato). Esse formulário conterà informações como: o número de dias concedidos ou não, ou a pendência gerada, e, as ações a serem tomadas após o termino do afastamento laboral. Este documento deverá ser entregue à chefia imediata, e ser anexado à folha de ponto em um prazo máximo de 48 horas.

Servidores que necessitem se ausentar do trabalho para acompanhar familiares fora do Distrito Federal também deverão seguir os procedimentos relacionados no item II- Perícia em Trânsito.

15.5.

L

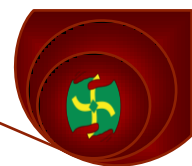
LICENÇA MATERNIDADE

e.

C

conceito

À **servidora gestante** é assegurada, após inspeção médica, licença remunerada de 180 (cento e oitenta) dias, sendo que esta poderá ser concedida a partir de 28 (vinte e oito) dias anteriores à data do parto, mediante avaliação pericial. Caso a servidora trabalhe até o dia do parto, a licença à gestante iniciará nesta data e o benefício será concedido



administrativamente pela Perícia Médica Oficial mediante a apresentação da certidão de nascimento ou declaração de nascido vivo.

Para a **servidora efetiva**, em caso de abortamento ou natimorto, será concedida licença de 30 (trinta dias), para recuperação da mãe, após esse período, se julgar incapacidade para o trabalho, deverá ser submetida à avaliação Médico pericial.

Para as **servidoras em regime celetário**, informamos que o Regime Geral de Previdência assegura o Salário-Maternidade (licença à gestante) pelo período de 120 dias e, com o acordo do Governo do Distrito Federal essa Licença de que trata esse tópico foi estendida para 180 dias.

Para concessão da licença à gestante antes do parto, é indispensável o exame Médico Pericial, que comprovará a necessidade de afastamento, mediante apresentação de atestado médico, ultrassonografia obstétrica, cartão pré-natal, e todos os documentos que o Médico Perito julgar necessários para concessão ou não da licença.

f. F

fundamentação legal:

- A
rt. 29 e 30 do Decreto 34.023/2012
- A
rt. 25 e 26 da Lei Complementar 769/2008

g. A

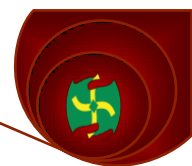
valiação médico-pericial

Para concessão da licença antes de 28 (vinte e oito) dias faltantes à data do parto, é indispensável o exame médico pericial que deverá constatar a necessidade de afastamento.

h. O

peracionalização:

De posse do atestado médico solicitando licença maternidade, a servidora deverá comparecer na Unidade de Perícias Médicas, com o atestado médico, portando documento oficial com foto, Guia de Inspeção Médica (modelo padrão, assinada e carimbada pela chefia imediata), cartão pré-natal, última ultrassonografia obstétrica realizada, assim como todos os exames complementares, relatórios, atestados e prescrições médicas relacionados. Nos casos de gestação de alto risco, mediante comprovação de atestado e/ou laudo Médico complementar, a fim de assegurar a integridade física materno-fetal, poderá ser realizada visita externa.



No caso de **servidoras temporárias e/ou comissionadas**, que necessitem de afastamento antes de 28 (vinte e oito) dias anteriores à data do parto, após o décimo quinto dia de afastamento devem ser encaminhadas ao INSS, como auxílio-doença.

Caso a servidora trabalhe até o dia do parto, a licença à gestante iniciará nesta data e o benefício será concedido administrativamente pela Perícia Médica Oficial mediante a todos os documentos listados acima e apresentação da certidão de nascimento ou declaração de nascido vivo, esse procedimento não necessita da presença da servidora, podendo os documentos serem encaminhados por terceiros, devidamente autorizados.

Na conclusão do exame pericial, a servidora ou seu representante receberá diretamente do Médico Perito, o Módulo III (Comunicado do Resultado da Perícia Médica ao Chefe Imediato). Esse formulário conterà informações como: o número de dias concedidos ou não, ou a pendência gerada, e, as ações a serem tomadas após o término do afastamento laboral: retornar ao trabalho; retornar a esta perícia médica (data ficará previamente agendada), e, nos casos das servidoras ligadas ao Regime Geral de Previdência se serão encaminhadas ao INSS.

15.6.

R

EADAPTAÇÃO FUNCIONAL

a.

C

onceito

Readaptação Funcional é o conjunto de medidas que visa o aproveitamento compulsório do servidor portador de inaptidão e/ou restrições definitivas, em atividade laborativa anteriormente exercida, denominado como Programa de Reabilitação Ocupacional.

O processo de Reabilitação Ocupacional é composto de três seguintes procedimentos: remanejamento, readequação e readaptação.

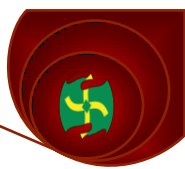
Não compete à Gerência de Perícia Médica a avaliação de solicitação de readaptação e/ou reabilitação profissional de servidores com contrato temporário ou cargo comissionado, atividades periciais inerentes à Perícia Médica do Regime Geral de Previdência (INSS).

b.

F

undamentação legal:

- **A**
- rt. 36 a 41 do Decreto 34.023/2012
- **A**
- rt. 277 da Lei Complementar 840/2011



c.

A

valiação médico-pericial

O servidor só tem acesso ao Programa de Reabilitação Ocupacional quando indicado por Junta Médica Oficial formada por médicos peritos e/ou médicos do trabalho.

d.

O

peracionalização:

Quando a Junta Médica Oficial, formadas por médico do trabalho e médicos peritos, julgar necessário ocorrerá o encaminhamento dos servidores à Comissão Permanente de Readaptação Profissional - CPRP. Esse trabalho se iniciará com o estudo do perfil profissiográfico do periciando; e continuará com reuniões técnicas para discussão do caso, e, reuniões com chefias imediatas e responsáveis técnicos das áreas de gestão de pessoas da secretaria em questão.

Quando incluído neste programa, o servidor elegível à readaptação, ou sujeito a restrições de atividades, será acompanhado por esta comissão, em conjunto com a chefia imediata; bem como poderá ser encaminhado à equipe de psicologia e/ou outras áreas afins; como também, poderá participar do projeto preparando para aposentadoria e/ou será inserido no projeto de reabilitação Ocupacional.

A readaptação poderá ser cancelada quando houver melhoradas condições de saúde do servidor ou adequação do seu local de trabalho, estando este cancelamento condicionado a reavaliação da CPRP.

15.7.

R

EMOÇÃO

a.

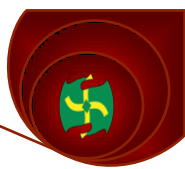
C

onçamento

Remoção é o deslocamento da lotação do servidor, no mesmo órgão, autarquia ou fundação e na mesma carreira, de uma localidade para outra. A remoção a pedido, para outra área de atividade, por motivo de saúde do servidor, do cônjuge, companheiro, está condicionada à comprovação da necessidade pela Junta Médica Oficial.

De acordo com a legislação vigente, o servidor poderá ser removido de uma localidade para outra, nos seguintes casos:

- incapacidade laborativa ou agravamento da doença do servidor provocada pelo ambiente de trabalho e/ou localidade onde exerce suas atividades;



- necessidade de tratamento Médico especializado do servidor ou pessoa da família.

b. F

undamentação legal:

- A
rt. 35 do Decreto 34.023/2012
- A
rt. 41 e 42 da Lei Complementar 840/2011

c. A

valiação médico-pericial

A avaliação pericial concluirá pela remoção, quando devidamente justificada por dados técnicos, que contribuam para recuperação da saúde, sendo o servidor (ou familiar) é portador de doença que justifique o deslocamento da sua lotação. Não sendo competência da Perícia Médica a especificação nominal da futura lotação.

d. O

peracionalização:

O benefício referido deverá ser solicitado, com a abertura de um processo junto ao Setorial de Gestão de Pessoas, e encaminhado à Gerência de Perícias Médicas. Será agendado uma avaliação Médico Pericial, e o servidor deverá comparecer a Unidade de Perícias Médicas, na data e horário previamente agendado, munido de atestado Médico e exames complementares que caracterizem sua patologia e/ou de seu dependente.

O resultado pericial da solicitação será fornecido com a anexação do Laudo Médico Pericial dentro do processo.

15.8. A

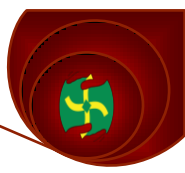
POSENTADORIA POR INVALIDEZ

a. C

onceito

A aposentadoria por invalidez somente será indicada ao servidor considerado inválido para todas as funções do cargo e para o serviço público em geral de forma definitiva, depois de verificada a impossibilidade de readaptação, de acordo com a legislação vigente.

Quando a aposentadoria for decorrente de acidente de trabalho, de doença profissional (com caracterização formal de causa e efeito entre a moléstia e a atividade exercida) ou de doença especificada na legislação vigente (ver Capítulo de Doenças Especificadas em Lei),



será concedida aposentadoria integral. Nas demais patologias, não abrangidas pela legislação acima referida, a aposentadoria será concedida com proventos proporcionais.

b. F

fundamentação legal:

- A
rt. 45 e 46 do Decreto 34.023/2012
- A
rt. 18 da Lei Complementar 769/2008

c. A

valiação médico-pericial

A Junta Médica Oficial concluirá pela aposentadoria por invalidez nos casos em que o servidor seja considerado inválido para todas as funções do cargo, depois de verificada a impossibilidade de readaptação, de acordo com a legislação vigente.

d. O

peracionalização:

A aposentadoria por invalidez será realizada através da avaliação de Junta Médica Oficial, que necessitará de subsídios do médico assistente. Na data pré agendada, o servidor deverá comparecer portando documento oficial com foto e, todos os atestados e relatórios médicos, assim como os exames complementares pertinentes ao caso.

A conclusão do exame pericial que decidiu pela aposentadoria por invalidez, será encaminhada, em laudo Médico de incapacidade laborativa definitiva, com assinatura dos Perito Médicos, para o setorial de gestão de pessoas que abrirá processo de aposentadoria.

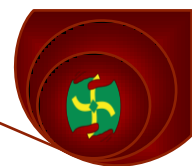
15.9. R

EVERSÃO:

a. C

conceito

A reversão é o reingresso no serviço público do servidor aposentado, quando forem insubsistentes os motivos da aposentadoria por invalidez, ou a pedido.



O servidor aposentado poderá ser submetido à avaliação médica periódica para atestar a permanência das condições que lhe causaram a incapacidade laboral e se mantém os critérios de doença especificada em lei.

O servidor aposentado por invalidez poderá ser avaliado pela Junta Médica Oficial depois de transcorridos 01 (um) ano da data de início da sua aposentadoria por invalidez, ficando as demais avaliações determinadas a critério da referida Gerência em até 5 anos.

b. F

undamentação legal:

- A
rt. 44 do Decreto 34.023/2012
- A
rt. 34 e 35 da Lei Complementar 840/2011

c. A

valiação médico-pericial

O servidor aposentado poderá ser submetido à avaliação médica periódica para atestar a permanência das condições que lhe causaram a incapacidade laboral e se mantém os critérios de doença especificada em lei.

d. O

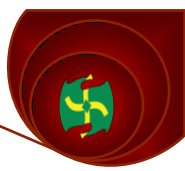
peracionalização:

Quando a Junta Médica Oficial for provocada, através de despachos, ofícios ou informações de terceiros ocorrerá a verificação da permanência dos motivos geradores da incapacidade e, se mantém os critérios de doença especificada em lei. Caso os critérios sejam considerados insubsistentes pela Junta Médica Oficial cessar-se-á o benefício de aposentadoria por invalidez e/ou integralização de proventos, sendo o segurado revertido ao serviço público e, nos casos de manter a incapacidade laboral, mas não ter mais critérios de doença especificada em lei, ser encaminhado via processo ao setor competente para ter os cálculos de seus benefícios refeitos.

Assim como todas as respostas a Processos Administrativos a resposta da Perícia Oficial será feita por meio de Laudo Médico acostados aos autos.

15.10. I

SENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA



a.

C

conceito

A Isenção de Imposto de Renda é um benefício que pode ser concedido ao **servidor aposentado ou pensionista** que apresente doença contida no rol das especificadas no dispositivo legal em vigor, ainda que esta tenha sido adquirida após a aposentadoria.

b.

F

fundamentação legal:

•

i

inciso XIV, Artigo 6º, Lei 7713/1988

c.

A

avaliação médico-pericial

Cabe ao Médico Perito, mediante exame clínico e documental (ver subsídios técnicos no Capítulo de Doença Especificada em Lei), emitir laudo conclusivo, fornecendo ou negando os direitos em tela. devendo o laudo conter o nome da doença, seu CID, o respectivo enquadramento com o nome da doença especificada em lei, e a data do início da referida patologia.

d.

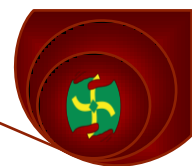
O

operacionalização:

A abertura do processo para Isenção de Imposto de Renda deve ser solicitada ao Setorial de Gestão de Pessoas ou à Subsecretaria de Administração Geral – SUAG em que o aposentado ou pensionista é ligado. Esse processo deverá conter a classificação funcional do pensionista ou aposentado, assim como os exames que comprovem que a doença especificada em lei.

Com o encaminhamento desse processo à Gerência de Perícias Médicas ocorrerá o agendamento da avaliação pericial, a fim de se constatar a existência de patologia especificada em lei.

Conforme já foi descrito todas as respostas a Processos Administrativos a resposta da Perícia Oficial será feita por meio de Laudo Médico acostados aos autos.



15.11.

I

INTEGRALIZAÇÃO DE PROVENTOS

a.

C

conceito

O servidor **aposentado por invalidez com os proventos proporcionais** tem direito à revisão da sua aposentadoria para efeito de integralização de proventos. Essa avaliação médica pericial é realizada por Junta Médica Oficial e seu parecer, de acordo com a legislação em vigor, será favorável nos casos em que houver comprovação de doença incapacitante que assegure proventos integrais prevista em lei.

b.

F

fundamentação legal:

•

A

rt. 18 da Lei Complementar 769/2008

c.

A

avaliação médico-pericial

A Junta Médica avaliará todos os casos encaminhados, conforme protocolo instituído no Capítulo de Doença Especificada em Lei, e resolverá mediante a realização de avaliação clínica e exames complementares, o diagnóstico da patologia especificada em lei.

d.

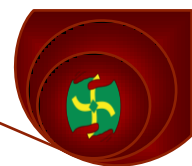
O

operacionalização:

A solicitação de integralização de proventos deverá ser efetuada mediante processo administrativo junto ao Setorial de Gestão de Pessoas ou à Subsecretaria de Administração Geral – SUAG, onde o aposentado ou pensionista esteja lotado. Esse processo deverá ser encaminhado à Gerência de Perícia Médica contendo os documentos que comprovem a doença, a fim de se proceder ao agendamento para avaliação pericial.

Na data e horário previamente agendados, munidos do documento oficial com foto e demais documentos médicos necessários o aposentado ou pensionista deverá comparecer para avaliação da Junta Médica Oficial.

De acordo com o protocolo instituído as respostas a Processos Administrativos a resposta da Perícia Oficial será feita por meio de Laudo Médico acostados aos autos.



15.12.

C

CONSTATAÇÃO DE INVALIDEZ E INCLUSÃO DE DEPENDENTES:

a.

C

conceito

Aos filhos ou dependentes do servidor que seja considerado inválido pela avaliação da Junta Médica Oficial poderá ser concedida a pensão por morte. Essa concessão ocorre quando há o enquadramento do filho ou dependente como Portador de Necessidade Especial, pela Legislação Vigente no Distrito Federal, e que essa deficiência o impeça de prover o seu próprio sustento. Esse benefício pode ser concedido de forma permanente ou temporária, se as condições que lhe causaram a concessão do referido benefício forem passivas de melhora.

b.

F

fundamentação legal:

- rt. 30 da Lei 769/2008 A
- rt. 48 do Decreto 34023/2012 A

c.

A

avaliação médico-pericial

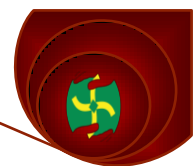
A Junta Médica Oficial avaliará todos os casos encaminhados, conforme protocolo instituído no Capítulo XI - Comprovação e Caracterização da Deficiência, e resolverá mediante a realização de avaliação clínica e exames complementares, se há invalidez. A perícia também deve deixar especificado a data do início da invalidez do dependente. Caso seja preciso poderá ser solicitada a avaliação de pareceres de outros profissionais da Saúde e Segurança do Trabalho ligados à Perícia Médica.

d.

O

operacionalização:

A constatação de invalidez em dependentes e inclusão de dependentes deverá ser efetuada mediante processo administrativo aberto junto ao Setorial de Gestão de Pessoas ou à Subsecretaria de Administração Geral – SUAG. Esse processo deverá ser encaminhado à Gerência de Perícia Médica contendo os documentos que comprovem a doença e a data do início da incapacidade a fim de se proceder ao agendamento para avaliação pericial.



Portando documento oficial com foto e demais documentos médicos necessários, na data e horário marcados, o filho ou dependente do servidor deverá comparecer para avaliação da Junta Médica Oficial. Cabendo ressaltar que que essa avaliação poderá ser realizada a qualquer tempo antes do óbito do servidor.

Conforme já ressaltado acima as respostas a Processos Administrativos da Perícia Oficial serão feita por meio de Laudo Médico acostados aos autos.

15.13. AUXÍLIO-CRECHE:

a. C

conceito

O auxílio creche é devido aos servidores que possuem filhos ou dependentes que tenham idade mental entre 0 e 06 anos.

b. F

fundamentação legal:

• D

Decreto 16409/1995.

c. A

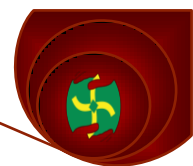
avaliação médico-pericial

Os servidores que tenham filhos ou dependentes portadores de deficiência mental que acarretem em idade mental entre 0 e 6 anos poderão solicitar a avaliação da Junta Médica Oficial. Caso seja necessário a Perícia Médica poderá solicitar a avaliação psicológica para a idade mental.

d. O

operacionalização:

A Solicitação do Auxílio Creche, pelos servidores que tenham filhos ou dependentes portadores de doença mental que acarrete idade mental entre 0 e 06 anos, assim como todos os processos que envolvam a avaliação da Junta Médica Oficial deverá ser realizada mediante a abertura de processo administrativo no Setorial de Gestão de Pessoas ou à Subsecretaria de Administração Geral – SUAG, e poderá ser realizada . Esse processo deverá ser encaminhado à Gerência de Perícia Médica contendo os documentos que comprovem a doença a fim de se proceder ao agendamento para avaliação pericial.



Portando documento oficial com foto e demais documentos médicos necessários, na data e horário marcados, o filho ou dependente do servidor deverá comparecer para avaliação da Junta Médica Oficial.

As respostas a Processos Administrativos da Perícia Oficial serão realizadas mediante a Laudo Médico acostados aos autos.

15.14. PERÍCIA EXTERNA (HOSPITALAR E DOMICILIAR);

a. **C**

conceito

A critério da Gerência da Unidade de Perícias Médicas do respectivo órgão, a inspeção poderá ser realizada na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar, se localizado no perímetro geográfico do Distrito Federal.

b. **F**

fundamentação legal:

- **A**
rt. 9º do Decreto 34023/2012

c. **A**

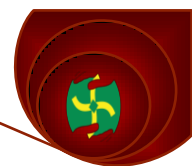
avaliação médico-pericial

A Gerência da Unidade de Perícias Médicas entrará em contato com o servidor para avaliar a real necessidade de perícia externa, ou estabelecer prazo para que o interessado compareça pessoalmente à perícia médica, sendo, neste caso, emitido documento de pendência, onde constará a data prevista para a efetivação da mesma. Caso seja constatada a necessidade de visita externa hospitalar ou domiciliar será indicado médico perito ou Junta Médica Oficial para realizar a perícia.

d. **O**

operacionalização:

O servidor que necessitar de se afastar do trabalho por motivo de doença, e estiver impedido de comparecer no tempo determinado pela Legislação (24 horas para atestado de um dia e 48 horas para atestados de dois ou mais dias), deverá enviar a sua Unidade de Perícias Médicas a Guia de Inspeção Médica, assinada e Carimbada pela sua chefia imediata, e o relatório médico pericial que comprove a impossibilidade de comparecer.



Esses documentos deverão ser encaminhados à Gerência de Perícias Médicas para que as providencias sejam iniciadas.

15.15. PROCESSOS DISCIPLINARES:

a. **C**

conceito:

Nos casos de dúvida sobre a sanidade mental do servidor que esteja respondendo a processo administrativo disciplinar, a Comissão Processante deverá propor que ele seja submetido a exame pela Junta Médica Oficial, da qual participe pelo menos 01 (um) médico psiquiatra.

b. **F**

fundamentação legal:

- **A**
rt. 227 da Lei Complementar 840/2011
- **A**
rt. 49 do Decreto 34023/2012

c. **A**

valiação médico-pericial:

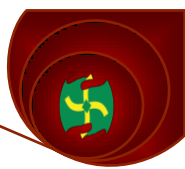
A Junta Médica Oficial, composta por pelo menos um médico psiquiatra, mediante exame clínico e documental, podendo também solicitar que o servidor indiciado seja submetido à avaliação psicológica e social, emitirá laudo sobre a capacidade de discernimento e autodeterminação no momento do cometimento do ato ilícito e da avaliação pericial. Devendo o laudo conter as respostas aos quesitos oficiais, contidos no protocolo instituído no Capítulo 10 - A Perícia Médica Psiquiátrica.

d. **O**

peracionalização:

Caso a Comissão Processante tenha dúvida sobre a sanidade mental do servidor acusado deverá encaminhar o processo ou cópia desse, juntamente com a solicitação para que seja agendado a Avaliação de Sanidade Mental.

15.16. CONCESSÃO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA OU PARA SERVIDOR COM FAMILIAR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:



a.

C

conceito:

A concessão de horário especial para pessoa portadora de deficiência ou para servidor com familiar portador de deficiência, limitar-se-ão ao período em que se fizer necessário o respectivo tratamento e acompanhamento, com redução de até 20% da carga horária.

b.

F

fundamentação legal:

- **L**
Lei nº 4317/2008
- **A**
Art. 61 da Lei Complementar 840/2011
- **A**
Art. 42 e 43 do Decreto 34023/2012

c.

A

avaliação médico-pericial:

A Junta Médica Oficial deverá realizar a caracterização da deficiência conforme a legislação vigente e analisar a documentação entregue verificando a real necessidade da concessão do benefício.

d.

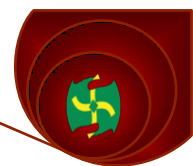
O

operacionalização:

O pedido de concessão destes benefícios deverá ser realizado através de processo individual, por Junta Médica Oficial, e deverá ser instruído com os seguintes documentos:

A comprovação da necessidade do atendimento especial à pessoa com deficiência, que seja incompatível com o horário de trabalho do servidor, mediante parecer técnico fornecido pela instituição que estiver prestando o atendimento. Esse parecer técnico deverá constar: a) Caracterização da deficiência do dependente do servidor; b) Indicação da forma e do período de tratamento ou atendimento.

Nos casos em redução da carga horária de concessão de horário especial para pessoa portadora de deficiência ou para servidor com familiar portador de deficiência, a redução de carga horária é de até 20% (vinte por cento) da jornada de trabalho.



Cabe ao chefe imediato analisar, semestralmente, a necessidade da permanência da redução da carga horária, exigindo comprovantes de comparecimento do servidor aos atendimentos especializados. Em caso de dúvida, o servidor deverá ser encaminhado à Junta Médica Oficial para nova avaliação.

15.17. READEQUAÇÃO:

a.

Conceito:

A readequação é o procedimento que autoriza a redução do rol permanente de atividades inerentes ao cargo ocupado, em decorrência de restrições de saúde apresentadas pelo servidor, desde que mantido o núcleo básico do cargo.

b.

F

fundamentação legal:

•

I

nciso X, do Art. 2º do Decreto 34023/2012

c.

A

valiação médico-pericial:

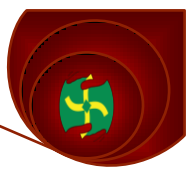
A Junta Médica Oficial composta por médicos do trabalho e/ou por médicos peritos analisará as condições físicas e mentais do servidor e o seu rol de atividades laborativas. Caso seja necessário poderão realizar as restrições necessárias para que o servidor continue realizando o seu trabalho. A diminuição do rol de atividades realizada pelo médico do trabalho ou médico perito poderá ser reduzida em até 180 (cento e oitenta) dias. Caso a Junta Médica Oficial estime que a restrição de atividades extrapolará o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, deverá realizar encaminhamento pela Comissão Permanente de Readaptação Profissional (ver item 15.6 - Readaptação Funcional).

d.

O

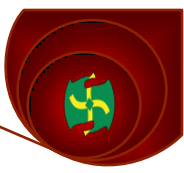
peracionalização:

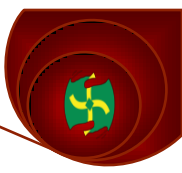
A Solicitação de Readequação poderá ser realizada pelos servidores que tenham sofrido sequelas de doenças ou acidentes de forma temporária ou permanente poderão solicitar a abertura do processo administrativo no Setorial de Gestão de Pessoas ou à Subsecretaria de Administração Geral – SUAG, e poderá ser realizada. Esse processo deverá



ser encaminhado à Gerência de Perícia Médica contendo os documentos que comprovem a doença a fim de se proceder ao agendamento para avaliação pericial.

Caso a Junta Médica Oficial ache necessário ela poderá realizar a Readequação sem a necessidade de abertura de processo.

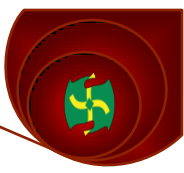


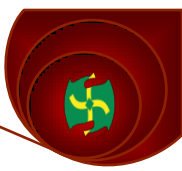


Capítulo XVI – Conclusão Pericial:

“Que a inspiração chegue não depende de mim. A única coisa que posso fazer é garantir que ela me encontre trabalhando.”

Pablo Picasso





CAPÍTULO 16. CONCLUSÃO PERICIAL:

A conclusão pericial é fundamentada nos elementos encontrados na avaliação médico pericial. Deve ser uma síntese dos elementos encontrados, informar se há ou não dano, os critérios técnicos-periciais utilizados para o embasamento da conclusão pericial, informar se há ou não capacidade laborativa e, a depender da patologia identificada, o periciado deverá ser enquadrado no dispositivo legal pertinente ao caso em particular.

Ao realizar a análise pericial, devem ser respondidos questionamentos, seguindo um fluxograma e então obtendo a conclusão pericial.

Segue abaixo modelos que devem ser usados na conclusão pericial:

a. Licença para tratamento de saúde

- Conclusão:
 - O servidor apresenta capacidade laborativa preservada e deverá retornar ao trabalho
 - O servidor deverá retornar ao trabalho com restrições temporárias. Descrever as restrições e o período que deverão ser mantidas.
 - O servidor apresenta incapacidade laborativa. Deverá manter – se afastado das suas atividades, em licença para tratamento de saúde no período de ___/___/___ a ___/___/___.
 - Deverá ser reavaliado em ___/___/___
 - Deverá retornar ao trabalho ao término da licença.

b. Licença por motivo de doença em pessoa da família:

- Conclusão:
 - O familiar é portador de doença que necessita de assistência direta do servidor, assim o servidor deverá ficar afastado das suas atividades laborais em licença. Período de afastamento: ___/___/___ à ___/___/___
 - O familiar não necessita de assistência direta do servidor.

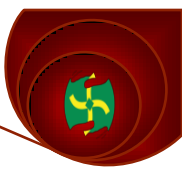
c. Aposentadoria por invalidez

❖ Doença Não Especificada em Lei.

- Conclusão:
 - O servidor é portador de incapacidade laborativa total e permanente, não susceptível de readaptação funcional, decorrente de (nome da doença por extenso acrescido da CID), doença não especificada em lei.

1. Início da doença: ___/___/___.

Nota: Deverá acompanhar termo de autorização de quebra de sigilo médico. (Em obediência a Resolução 219/2011 TCDF e despacho SJ 335/2012)



CFM).

❖ **Doenças Especificada em Lei**

- Conclusão:
- O servidor é portador de incapacidade laborativa total e permanente, não susceptível de readaptação funcional, decorrente de (nome da doença por extenso acrescido da CID), é doença:
 - Especificada em lei;
 - Decorrente de acidente em serviço;
 - Decorrente de moléstia profissional;
 - Grave, incapacitante e incurável, assemelhando-se às especificadas em lei.

Início da doença: ___/___/___.

Deverá ser reavaliado em _____ ou É considerado inválido permanentemente.

Deverá permanecer de licença médica até a data da publicação no DODF.

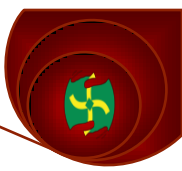
- O servidor, no momento, não é considerado portador de doença especificada em lei.

❖ **Acidente de Trabalho ou Moléstia Profissional**

- Conclusão:
- O servidor é portador de incapacidade laborativa total e permanente, não susceptível de readaptação funcional, decorrente de (nome da doença por extenso acrescido do CID), sendo considerada decorrente de acidente em serviço (ou moléstia profissional).
 1. Início da doença: ___/___/___.
 2. Deverá ser reavaliado em _____ ou É considerado inválido permanentemente.
- O servidor, no momento, não é portador de incapacidade laborativa total e permanente decorrente de acidente de trabalho (ou moléstia profissional).
-

d. **Revisão de aposentadorias**

- Conclusão:
- O periciando é portador de incapacidade laborativa total e permanente, não susceptível de readaptação funcional, decorrente de _____(descrever nome completo da doença) CID-10: _____,



É doença: Especificada em lei ou
Decorrente de acidente em serviço, ou
Decorrente de moléstia profissional; ou
Grave, incapacitante e incurável, assemelhando-se às especificadas em lei.

- Início da doença: ____/____/____
- Deverá ser reavaliado em _____ ou É considerado inválido permanentemente.
- O periciando não é portador de doença especificada em lei

e. Reversão de aposentadoria

- Conclusão:
- No momento, o servidor encontra-se capaz para exercer suas atividades laborativas, sendo considerados insubsistentes os motivos de sua aposentadoria.
- O servidor mantém a condição de invalidez, deve ser mantida a aposentadoria.

f. Isenção de Imposto de Renda:

- Conclusão:

O periciando é portador de (nome da doença por escrito acrescida do CID), é doença: especificada em lei ou decorrente de acidente em serviço, ou decorrente de moléstia profissional.

1. Início da doença: ____/____/____.
2. Deverá ser reavaliado em _____ ou É considerado inválido permanentemente
 - O periciando não é portador de doença especificada em lei.

g. Processos de Pensão:

- Conclusão:
- O periciando apresenta invalidez, decorrente de ____ (descrever nome completo da doença)nCID-10: _____.Início da doença: ____/____/____. É doença:

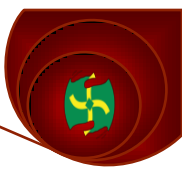
Especificada em lei ou

Doença não especificada em lei ou

Decorrente de moléstia profissional ou

Grave, incapacitante e incurável, assemelhando-se às especificadas em lei. 1.1.

É inválido permanentemente ou Deverá ser reavaliado em ____/____/____



- O periciando apresenta de invalidez, decorrente de CID-10: _____, doença não especificada em lei. Início da doença: ___/___/___.

É inválido permanentemente ou Deverá ser reavaliado em ___/___/___

- O periciado não apresenta invalidez.

h. Auxílio creche (em casos de dependentes de idade mental entre o a 06 anos):

- Conclusão:
 - O periciado apresenta idade mental entre zero e seis anos.
 - O periciado não apresenta idade mental entre zero e seis anos.

i. Remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família:

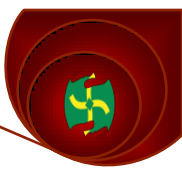
- Conclusão:
 - O servidor (ou familiar) é portador de doença que justifique o deslocamento de sua lotação.
 - O servidor não é portador de doença que justifique o deslocamento de sua lotação.

j. Concessão de horário especial para servidores com deficiência:

- Conclusão:
- O servidor é portador de necessidade especial, devidamente enquadrada na lei 4317/2009, e deve ter sua jornada de trabalho reduzida em _____ (até 20%).
- Não foi verificada a necessidade do servidor exercer suas atividades em horário especial.
- Não há enquadramento legal para a concessão do pleito.

k. Concessão de horário especial para pais ou responsáveis por dependentes com deficiência:

- Conclusão:
- O periciado é portador de necessidade especial, devidamente enquadrada na lei 4317/2009, assim o servidor deve ter sua jornada de trabalho reduzida em _____%.
- Não foi verificada a necessidade do servidor exercer suas atividades em horário especial.
- Não há enquadramento legal para a concessão do pleito.



I. Avaliação da capacidade laborativa do servidor nos Processos Administrativos Disciplinares (PAD):

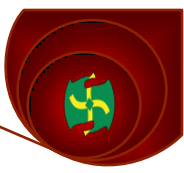
○ Conclusão:

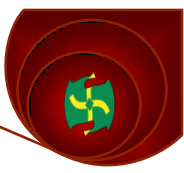
❖ A avaliação de capacidade laborativa:

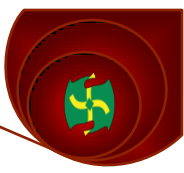
- O servidor apresenta capacidade laborativa preservada e deverá retornar ao trabalho.
- O servidor apresenta incapacidade laborativa. Deverá manter-se afastado das suas atividades, em licença para tratamento de saúde no período de ___/___/___ a ___/___/___.
- Deverá ser reavaliado em ___/___/___ ou) Deverá retornar ao trabalho ao término da licença.
- O servidor deverá retornar ao trabalho com restrições temporárias. Descrever as restrições e o período que deverão ser mantidas.

❖ A avaliação de sanidade mental:

- O servidor apresenta capacidade preservada para responder ao processo disciplinar.
- O servidor não apresenta capacidade preservada para responder ao processo disciplinar.



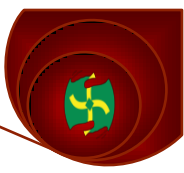


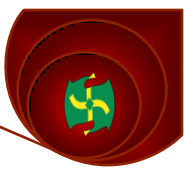


Capítulo XVII – Formulários Padronizados

"Só sabemos com exatidão quando sabemos pouco; à medida que vamos adquirindo conhecimentos, instala-se a dúvida."

Goethe





CAPÍTULO 17. FORMULÁRIOS PADRONIZADOS



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



JUNTA MÉDICA PARA PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

Nome:

Matrícula:

CPF:

Data de Nascimento
(Idade):

Sexo:

() M () F

Estado Civil:

Órgão de Lotação:

Função / Profissão

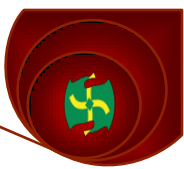
Motivo do Processo Administrativo:

Data da Perícia:

História da Moléstia Atual:

- Qual a atividade laborativa desenvolvida pelo servidor? _____

- Queixa principal e tempo de evolução:



Exame Físico Objetivo Detalhado:

RESUMO DA CONCLUSÃO DE JUNTA MÉDICA

AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA (Art. 274 e Art. 275 da Lei 840/2011 e Art. 5º Decreto 34023/2012).

- 1. () O servidor apresenta capacidade laborativa preservada e deverá retornar ao trabalho.
- 2. () O servidor apresenta incapacidade laborativa. Deverá manter – se afastado das suas atividades, em licença para tratamento de saúde no período de ___/___/___ a ___/___/___.
- . () 2.1. () Deverá ser reavaliado em ___/___/___
- 2.2. () Deverá retornar ao trabalho ao término da licença.
- 3. () O servidor deverá retornar ao trabalho com restrições temporárias. Descrever as restrições e o período que deverão ser mantidas: _____
- 4. () Pendente: _____

CONCESSÃO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDORES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS (Art.61 da Lei nº 840/2011).

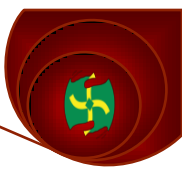
- . () 1. () O servidor é portador de necessidade especial, devidamente enquadrada na lei 4317/2009, e deve ter sua jornada de trabalho reduzida em _____ (até 20%).
- 2. () Não foi verificada a necessidade do servidor exercer suas atividades em horário especial.
- 3. () Não há enquadramento legal para a concessão do pleito.
- 4. () Pendente: _____

CONCESSÃO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS POR DEPENDENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS (Art. 61 da Lei 840/2011 e Art. 42 a 43 do Decreto 34023/2012)

- . () 1. () O periciado é portador de necessidade especial, devidamente enquadrada na lei 4317/2009, assim o servidor deve ter sua jornada de trabalho reduzida em _____%.
- 2. () Não foi verificada a necessidade do servidor exercer suas atividades em horário especial.
- 3. () Não há enquadramento legal para a concessão do pleito.
- 4. () Pendente: _____

PROCESSO DE PENSÃO: CONSTATAÇÃO DE INVALIDEZ EM DEPENDENTES (Art. 30 da Lei 769/2008 e Art. 48 do Decreto 34023/2012).

- 1. O periciando apresenta invalidez, decorrente de _____ (descrever nome completo da doença) CID-10: _____. Início da doença: ___/___/____. É doença:
- a. () especificada em lei; _____ (descrever nome completo da doença conforme a legislação)
- b. () doença não especificada em lei.
- c. () decorrente de moléstia profissional; ou
- . () d. () grave, incapacitante e incurável, assemelhando-se às especificadas em lei. (nesse caso o médico perito deverá deixar descrito a sua justificativa no corpo do laudo)
- 1.1. É inválido permanentemente ou; 1.2 () Deverá ser reavaliado em ___/___/___ (descrever nome completo da doença)
- 2. O periciando apresenta de invalidez, decorrente de _____ CID-10: _____, doença não especificada em lei. Início da doença: ___/___/____.
- 2.1. É inválido permanentemente. Ou 2.2. () Deverá ser reavaliado em ___/___/___
- 3. () O periciado não apresenta invalidez.
- 4. () Pendente:



<input type="checkbox"/>	REMOÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE (Art. 35 do Decreto 34023/2012) 1. <input type="checkbox"/> O servidor (ou familiar) é portador de doença que justifique o deslocamento da sua lotação. 2. <input type="checkbox"/> O servidor (ou familiar) não é portador de doença que justifique o deslocamento da sua lotação.	
<input type="checkbox"/>	AUXÍLIO-CRECHE: casos de dependentes de idade mental entre 0 e 06 anos. (Decreto 16409/1995). 1. <input type="checkbox"/> O periciado apresenta idade mental entre 0 e 06 anos. 2. <input type="checkbox"/> O periciado não apresenta idade mental entre 0 e 06 anos.	
<input type="checkbox"/>	OUTROS: (colocar o motivo e a fundamentação legal)	
<input type="checkbox"/>	AVALIAÇÃO DA: <input type="checkbox"/> psicologia; <input type="checkbox"/> assistência social; <input type="checkbox"/> profissional da segurança do trabalho. <small>(Preencher solicitação específica para cada equipe profissional).</small>	
Assinatura/carimbo	Assinatura/carimbo	Assinatura/carimbo



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



JUNTA MÉDICA PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA

Nome:

Matrícula:

CPF:

Data de Nascimento
(Idade):

Sexo:

() M () F

Estado Civil:

Órgão de Lotação:

Função / Profissão

Data do Afastamento do Trabalho:

Causa do Afastamento do Trabalho:

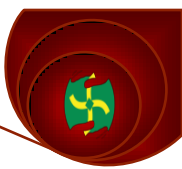
Data da Perícia:

História da Moléstia Atual:

- Qual a atividade laborativa desenvolvida pelo servidor?

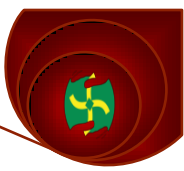
- Queixa principal e tempo de evolução:

Exame Físico Objetivo Detalhado:



Discussão e Conclusão

RESUMO DA CONCLUSÃO DE JUNTA MÉDICA	
. ()	RETORNO AO TRABALHO (§ 7º, Art.12 e Art. 15 do Decreto 34.023/2012) O servidor encontra-se capaz para suas atividades laborais e deverá retornar ao trabalho.
. ()	RETORNO AO TRABALHO COM RESTRIÇÕES (inciso X , Art. 2º e Art. 15, do Decreto 34.023/2012) O servidor deverá retornar ao trabalho com restrições temporárias. Descrever as restrições e o período que deverão ser mantidas: _____ _____
. ()	LICENÇA MÉDICA COM RETORNO AO TRABALHO AO TÉRMINO (Art. 274 da Lei 840/2011 e Art. 5º do Decreto 34023/2012). O servidor encontra-se incapaz para suas atividades laborais e deverá permanecer afastado no período ___/___/___ a ___/___/___. CID-10: _____. Deverá retornar ao trabalho ao término da licença.
. ()	LICENÇA MÉDICA COM REAVALIAÇÃO AO TÉRMINO (Artigo 274 da Lei 840/2011 e Artigo 5 do Decreto 34023/2012) O servidor encontra – se incapaz para suas atividades laborais e deverá permanecer afastado no período ___/___/___ a ___/___/___ .Deverá ser reavaliado no dia ___/___/___ . CID-10: _____ () Solicitado parecer especializado: _____
. ()	READAPTAÇÃO FUNCIONAL (Art. 277 da Lei 840 de 23/12/11 e Art. 36 a 41 do Decreto 34023/2012). 1. () O servidor encontra – se incapaz para suas atividades laborais e deverá permanecer afastado no período ___/___/___ a ___/___/___ . Deverá ser encaminhado à Comissão de Readaptação Funcional. Data da Readaptação ___/___/___ CID-10: _____ 2. () O servidor deverá retornar ao trabalho com restrições temporárias que deverão ser mantidas até a data da readaptação funcional. Data da Readaptação ___/___/___ . Descrever as restrições: _____
. ()	APOSENTADORIA POR INVALIDEZ - DOENÇA NÃO ESPECIFICADA EM LEI (§1º, Artigo 18, da Lei 769/2008 e Artigo 45 do Decreto 34023/2012). O servidor é portador de incapacidade laborativa total e permanente, não susceptível de readaptação funcional, decorrente de _____ CID-10: _____ (descrever nome completo da doença) doença não especificada em lei. Deverá permanecer de licença médica até a data da publicação no DODF. Início da doença: ___/___/___ . Nota: Deverá acompanhar termo de autorização de quebra de sigilo médico. (Em obediência a Resolução 219/2011 TCDF e despacho SJ 335/2012 CFM).
. ()	APOSENTADORIA POR INVALIDEZ – DOENÇA ESPECIFICADA EM LEI (§1º, Artigo 18, Lei 769/2008; Artigo 45 do Decreto 34023 de 11/12/12) O servidor é portador de incapacidade laborativa total e permanente, não susceptível de readaptação funcional, decorrente de _____ CID-10: _____ (descrever nome completo da doença) é doença: a. () especificada em lei; _____ (descrever nome completo da doença conforme a legislação) b.() decorrente de acidente em serviço, ou c. () decorrente de moléstia profissional; ou d.() grave, incapacitante e incurável, assemelhando-se às especificadas em lei. (nesse caso o médico perito deverá deixar descrito a sua justificativa no corpo do laudo) Deverá permanecer de licença médica até a data da publicação no DODF. Início da doença: ___/___/___ .Deverá se reavaliado em _____ ou é considerado inválido permanentemente.
. ()	OUTROS (colocar o motivo e a fundamentação legal)



Assinatura/carimbo	Assinatura/carimbo	Assinatura/carimbo
---------------------------	---------------------------	---------------------------



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA, REVISÃO DE APOSENTADORIA E REVERSÃO DE APOSENTADORIA.

Nome:

Matrícula:

CPF:

Data de Nascimento:
(Idade):

Sexo:

() M () F

Estado Civil:

Órgão de Lotação:

Função / Profissão

Data da aposentadoria:

Tipo da aposentadoria (proporcional
ou integral):

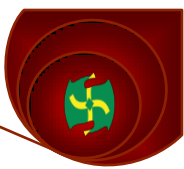
Data da Perícia:

História da Moléstia Atual

Qual a atividade laborativa desenvolvida anteriormente pelo servidor?

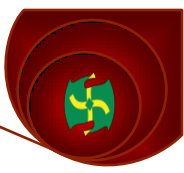
Queixa principal e tempo de evolução:

Exame Físico:



Discussão e Conclusão:

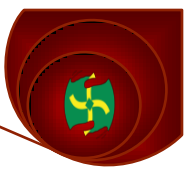
RESUMO DA CONCLUSÃO DE JUNTA MÉDICA	
1. ()	<p>REVISÃO DE APOSENTADORIA: (§9º, Artigo 18, Lei Complementar nº 769/2008; Artigo 47, Decreto nº 34023/2012).</p> <p>1. () O periciando é portador de incapacidade laborativa total e permanente, não susceptível de readaptação funcional, decorrente de _____ <small>(descrever nome completo da doença)</small> CID-10: _____, É doença:</p> <p>a. () especificada em lei; _____ <small>(descrever nome completo da doença conforme a legislação)</small></p> <p>b. () decorrente de acidente em serviço, ou c. () decorrente de moléstia profissional; ou d. () grave, incapacitante e incurável, assemelhando-se às especificadas em lei. <small>(nesse caso o médico perito deverá deixar descrito a sua justificativa no corpo do laudo)</small></p> <p>Início da doença: ____/____/____</p> <p>1.1 () Deverá ser reavaliado em _____.</p> <p>1.2 () É considerado inválido permanentemente.</p> <p>2. () O periciando não é portador de doença especificada em lei</p> <p>3. () Pendente: _____</p>
2. ()	<p>ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA (inciso XIV, Artigo 6º, Lei 7713/1988)</p> <p>1. () O periciando é portador de _____ CID-10: _____ <small>(descrever nome completo da doença)</small> É doença:</p> <p>a. () especificada em lei; _____ <small>(descrever nome completo da doença conforme a legislação)</small></p> <p>b. () decorrente de acidente em serviço, ou c. () decorrente de moléstia profissional;</p> <p>Início da doença: ____/____/____</p> <p>1.1 () Deverá ser reavaliado em ____/____/____</p> <p>1.2 () É considerado inválido permanentemente</p> <p>2. () O periciando não é portador de doença especificada em lei.</p> <p>3. () Pendente _____</p>
3. ()	<p>REVERSÃO DE APOSENTADORIA (Artigo 34, Lei nº 840/2011; Artigo 44 do Decreto 34023/2012).</p> <p>1. () O servidor encontra-se capaz para exercer suas atividades laborativas, sendo considerado insubsistentes os motivos de sua aposentadoria.</p> <p>2. () O servidor mantém a condição de invalidez, deve ser mantida a aposentadoria.</p> <p>3. () Pendente: _____</p>
4. ()	<p>OUTROS <small>(colocar o motivo e a fundamentação legal)</small></p>



<p>Assinatura/carimbo</p>	<p>Assinatura/carimbo</p>	<p>Assinatura/carimbo</p>
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------



JUNTA MÉDICA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA DO SERVIDOR			
Nome:			
Matrícula:	CPF:	Data de Nascimento (Idade):	
Sexo: () M () F	Estado Civil:	Órgão de Lotação:	Função / Profissão
Número de Dias de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família (por ano)?			Data da Perícia:
História da Moléstia Atual: - Qual o grau de parentesco com o familiar enfermo? _____ (anexar o documento comprovando o parentesco) - Queixa principal e tempo de evolução:			



Exame Físico Objetivo Detalhado:

Discussão e Conclusão:

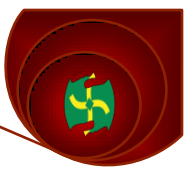
RESUMO DA CONCLUSÃO DE JUNTA MÉDICA

LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA DO SERVIDOR (Art. 134 e 283 da Lei nº 840/2011 e Art. 31 a 34 do Decreto nº 34.023/2012)

- O familiar é portador de doença que necessita de assistência direta do servidor, assim o servidor deverá ficar afastado das suas atividades laborais em licença. Período de afastamento: ____/____/____ à ____/____/____ CID-10: Z76.3.

. ()

- 2. O familiar não necessita de assistência direta do servidor.
- 3. Solicito avaliação: psicologia; assistência social; profissional da segurança do trabalho. (Preencher solicitação específica para cada equipe profissional).
- 4. Solicitado parecer especializado: _____
- 5. Pendente _____



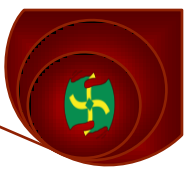
. ()	OUTROS:		
<hr/> Assinatura/carimbo		<hr/> Assinatura/carimbo	<hr/> Assinatura/carimbo



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



JUNTA MÉDICA PARA PROCESSOS DISCIPLINARES			
Nome:			
Matrícula:	CPF:	Data de Nascimento (Idade):	
Sexo: () M () F	Estado Civil:	Órgão de Lotação:	Função / Profissão
Motivo do Processo Administrativo:			Data da Perícia:
História da Moléstia Atual: - Qual a atividade laborativa desenvolvida pelo servidor? _____ - Queixa principal e tempo de evolução: _____			
Exame Físico Objetivo Detalhado:			

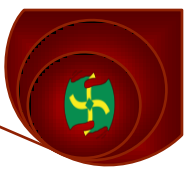


Discussão e Conclusão

RESUMO DA CONCLUSÃO DE JUNTA MÉDICA

AVALIAÇÃO DE SANIDADE MENTAL: (Inc. V, Art. 197 e Art. 227 da L. C. nº 840/11; Art. 49 Decreto 34023/2012)

- ()
- 1.() O servidor apresenta capacidade preservada para responder ao processo disciplinar.
 - 2.() O servidor não apresenta capacidade preservada para responder ao processo disciplinar.

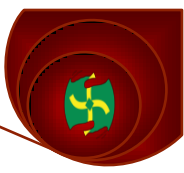


Processo Disciplinar /Quesitos:

- 1- O periciando é portador de alguma enfermidade?
- 2- Se positivo, favor listar as patologias que o acometem?
- 3- Se positivo a resposta ao primeiro quesito, qual a data do primeiro diagnóstico?
- 4- Se positivo a resposta ao primeiro quesito, há necessidade de afastamento laboral atual para tratamento da patologia?
- 5- O servidor apresenta redução da capacidade laborativa, sendo indicada nesse momento readaptação?
- 6- O periciado apresentava, no momento da infração disciplinar, capacidade de entendimento?
- 7- O periciado apresenta atualmente capacidade de entendimento?
- 8- O periciando apresenta atualmente compreensão do caráter ilícito da ação ou omissão cometida?
- 9- O periciado, ao tempo da ação ou da omissão, era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do ato e de determinar-se com esse entendimento?
- 10- O periciado apresenta, no momento, capacidade de autodeterminação reduzida ou abolida?
- 11- O periciado está em condições, no momento, de exprimir de maneira clara e lógica, seu pensamento e vontade?

Resposta aos Quesitos

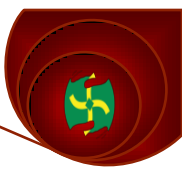
. ()



Assinatura/carimbo	Assinatura/carimbo	Assinatura/carimbo
---------------------------	---------------------------	---------------------------



JUNTA MÉDICA PARA AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE LABORATIVA POR MOTIVOS PSIQUIÁTRICOS			
Nome:		Data de Nascimento (Idade):	
Matrícula:	CPF:	Data da Perícia:	
Sexo: () M () F	Estado Civil:	Órgão de Lotação:	Função / Profissão:
HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL:			
Qual a atividade laborativa desenvolvida pelo servidor?			
Qual é a causa do afastamento atual?			
Qual é a data do diagnóstico inicial?			
Qual a data do afastamento laborativo atual?			
Quantos afastamentos laborativos já ocorreram por esse motivo?			
Quais os medicamentos em uso atual?			
Outros:			
-			

**EXAME PSÍQUICO:**

Aparência –

Atitude –

Consciência –

Atenção –

Orientação –

Memória –

Sensopercepção –

Pensamento –

Fala/linguagem –

Vontade –

Pragmatismo –

Afetividade –

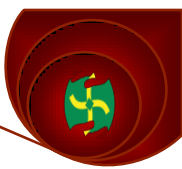
Consciência de morbidade –

Psicomotricidade –

Juízo de valor e de realidade –

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:**RESUMO DA CONCLUSÃO DE JUNTA MÉDICA**

<input type="checkbox"/>	RETORNO AO TRABALHO ((§ 7º, Art.12 e Art. 15 do Decreto 34.023/2012) O servidor encontra-se capaz para suas atividades laborais e deverá retornar ao trabalho.
<input type="checkbox"/>	RETORNO AO TRABALHO COM RESTRIÇÕES (inciso X , Art. 2º e Art. 15, do Decreto 34.023/2012) O servidor deverá retornar ao trabalho com restrições temporárias. Descrever as restrições e o período que deverão ser mantidas: _____
<input type="checkbox"/>	LICENÇA MÉDICA COM RETORNO AO TRABALHO AO TÉRMINO (Art. 274 da Lei 840/2011 e Art. 5º do Decreto 34023/2012). O servidor encontra-se incapaz para suas atividades laborais e deverá permanecer afastado no período ___/___/___ a ___/___/___. CID-10: _____. Deverá retornar ao trabalho ao término da licença.
<input type="checkbox"/>	LICENÇA MÉDICA COM REAVALIAÇÃO AO TÉRMINO (Artigo 274 da Lei 840/2011 e Artigo 5 do Decreto 34023/2012) O servidor encontra – se incapaz para suas atividades laborais e deverá permanecer afastado no período ___/___/___ a ___/___/___ .Deverá ser reavaliado no dia ___/___/___ . CID-10: _____ () Solicitado parecer especializado: _____
<input type="checkbox"/>	READAPTAÇÃO FUNCIONAL (Art. 277 da Lei 840 de 23/12/11 e Art. 36 a 41 do Decreto 34023/2012). 1. () O servidor encontra – se incapaz para suas atividades laborais e deverá permanecer afastado no período ___/___/___ a ___/___/___ . Deverá ser encaminhado à Comissão de Readaptação Funcional. Data da Readaptação ___/___/___ CID-10: _____ 2. () O servidor deverá retornar ao trabalho com restrições temporárias que deverão ser mantidas até a data da readaptação funcional. Data da Readaptação ___/___/___ . Descrever as restrições: _____
<input type="checkbox"/>	APOSENTADORIA POR INVALIDEZ - DOENÇA NÃO ESPECIFICADA EM LEI (§1º, Art. 18, da Lei 769/2008 e Art. 45 do Decreto 34023/2012). O servidor é portador de incapacidade laborativa total e permanente, não susceptível de readaptação funcional, decorrente de _____ CID-10: _____, (descrever nome completo da doença) doença não especificada em lei. Deverá permanecer de licença médica até a data da publicação no DODF. Início da doença: ___/___/___. Nota: Deverá acompanhar termo de autorização de quebra de sigilo médico. (Em obediência a Resolução 219/2011 TCDF e despacho SJ 335/2012 CFM).



<p><input type="checkbox"/> ()</p>	<p>APOSENTADORIA POR INVALIDEZ – DOENÇA ESPECIFICADA EM LEI (§1º, Art. 18, Lei 769/2008; Art. 45 do Decreto 34023/2012) O servidor é portador de incapacidade laborativa total e permanente, não susceptível de readaptação funcional, decorrente de _____ CID-10: _____ (descrever nome completo da doença) é doença: a. () especificada em lei; _____ (descrever nome completo da doença conforme a legislação) b. () decorrente de acidente em serviço, ou c. () decorrente de moléstia profissional; ou d. () grave, incapacitante e incurável, assemelhando-se às especificadas em lei. (nesse caso o médico perito deverá deixar descrito a sua justificativa no corpo do laudo) Deverá permanecer de licença médica até a data da publicação no DODF. Início da doença: ____/____/____.</p>	
<p><input type="checkbox"/> ()</p>	<p>OUTROS (colocar o motivo e a fundamentação legal)</p>	
<p>Assinatura/carimbo</p>	<p>Assinatura/carimbo</p>	<p>Assinatura/carimbo</p>



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA
DOS SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



AVALIAÇÃO DA COMISSÃO DE READPTAÇÃO FUNCIONAL

Nome:

Matrícula:

CPF:

Data de Nascimento
(Idade):

Grau de Escolaridade:

Data da admissão:

Órgão de Lotação:

Função atual:

Tempo de licenças médicas:

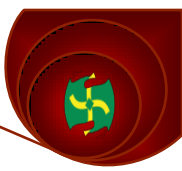
Causa do Afastamento do
Trabalho:

Data da Avaliação:

Avaliação Multiprofissional:

Descrição das Atividades da Função Atual:

Discussão:



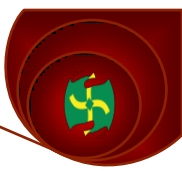
CONCLUSÃO			
- ()	PROCESSO DE READAPTAÇÃO EM ANDAMENTO (Art. 277 da LC 840/2011; e Art. 36 a 40 do Decreto 34023/2012) ELEGÍVEL PARA A READAPTAÇÃO FUNCIONAL _____		
- ()	PROCESSO DE READAPTAÇÃO EM ANDAMENTO (Art. 277 da LC 840/2011; e Art. 36 a 40 do Decreto 34023/2012) ELEGÍVEL PARA A READAPTAÇÃO FUNCIONAL COM RESTRIÇÕES DEFINITIVAS: Descrever as restrições: _____ Deverá ser reavaliado no dia ____/____/____		
- ()	PROCESSO DE READAPTAÇÃO EM ANDAMENTO (Art. 277 da LC 840/2011; e Art. 36 a 40 do Decreto 34023/2012) ELEGÍVEL PARA A READAPTAÇÃO FUNCIONAL COM RESTRIÇÕES TEMPORÁRIAS: Descrever as restrições e o tempo que deverão ser mantidas: _____ Deverá ser reavaliado no dia ____/____/____		
- ()	PROCESSO DE READAPTAÇÃO EM ANDAMENTO (Art. 277 da LC 840/2011; e Art. 36 a 40 do Decreto 34023/2012) INELEGÍVEL TEMPORARIAMENTE: Encaminhamos o servidor para avaliação por Junta Médica Oficial (JMO), para verificação da necessidade de concessão de Licença para Tratamento de Saúde. A JMO deverá reencaminhar o servidor para essa Comissão de Readaptação Funcional, ao fim da sua avaliação.		
- ()	INELEGÍVEL DEFINITIVAMENTE (Art. 277 da LC 840/2011; e Art. 36 a 40 do Decreto 34023/2012) O servidor não apresenta resíduo laboral, sendo considerado inelegível para o processo de Readaptação Funcional. Encaminhamos o servidor para avaliação da Junta Médica Oficial.		
- ()	OUTROS:		
COMISSÃO DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL			
_____	_____	_____	_____
Assinatura/carimbo	Assinatura/carimbo	Assinatura/carimbo	Assinatura/carimbo
ASSINATURA DO SERVIDOR DANDO CIÊNCIA DO PROCESSO EFETIVADO: _____			



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



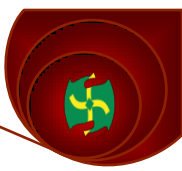
GUIA DE INSPEÇÃO MÉDICA			
SOLICITAÇÃO DE HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO			
Nome do Servidor:		CPF:	Data de Nascimento: _____/_____/_____
<input type="checkbox"/> Servidor Efetivo: <input type="checkbox"/> Cedido para: _____ <input type="checkbox"/> Empregado público – Celetista (C.L.T.) <input type="checkbox"/> Servidor comissionado de livre exoneração ou Contrato temporário		Sec. / órgão de origem	Matrícula: Setor
Telefone do setor	Telefone residencial / cel.	Data da Solicitação da Perícia _____/_____/_____	Ass. e carimbo do chefe
Endereço residencial			
Servidor alega que a queixa atual é decorrente de acidente em serviço ou de trajeto? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Avaliação Médica <small>(use o verso se necessário)</small>			CID-10
<input type="checkbox"/> Atestado homologado. Período da licença: ____/____/____ à ____/____/____		<input type="checkbox"/> Atestado não homologado ou pendente (cont. verso)	
Tipo de Vínculo	Descrição – Licença:		SGRH
<input type="checkbox"/> Servidor efetivo	<input type="checkbox"/> licença para tratamento de saúde		306
	<input type="checkbox"/> prorrogação de licença para aposentadoria		202
	<input type="checkbox"/> licença por acidente de trabalho / profissional		204
	<input type="checkbox"/> por motivo de doença em pessoa da família c/ remuneração		205
	<input type="checkbox"/> por motivo de doença em pessoa da família s/ remuneração		206
	<input type="checkbox"/> licença maternidade		207
	<input type="checkbox"/> licença maternidade (aborto)		275
	<input type="checkbox"/> licença maternidade (natimorto)		274
<input type="checkbox"/> Servidor comissionado de livre exoneração ou Contrato temporário ou Empregado público	<input type="checkbox"/> até 15 dias		250
	<input type="checkbox"/> com encaminhamento ao INSS		251
	<input type="checkbox"/> por acidente de trabalho /profissional até 15 dias		252
	<input type="checkbox"/> por acidente de trabalho /profissional e encaminhado ao INSS		253
	<input type="checkbox"/> licença maternidade		209
	<input type="checkbox"/> licença maternidade (aborto)		277
	<input type="checkbox"/> licença maternidade (natimorto)		276
Data da Perícia: ____/____/____		Assinatura e carimbo do médico	



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA
DOS SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



CONCLUSÃO DA PERÍCIA MÉDICA		
Nome do Servidor:	Matrícula	
<input type="checkbox"/> Servidor Efetivo <input type="checkbox"/> Cedido para: _____ <input type="checkbox"/> Empregado público – Celetista (C.L.T.) <input type="checkbox"/> Servidor comissionado de livre exoneração ou Contrato temporário	Sec. / Org de Lotação	Setor
<input type="checkbox"/> Atestado homologado. Período da licença: ____/____/____ à ____/____/____	Código SGRH	Ao término da licença o servidor deverá: <input type="checkbox"/> Retornar ao trabalho <input type="checkbox"/> Ser reavaliado pela Perícia Médica <input type="checkbox"/> Ser encaminhado à Perícia do INSS
<input type="checkbox"/> Atestado não homologado ou pendente. Obs.:		
Telefone da Perícia (61) 3344-8547	Data da Perícia: ____/____/____	Assinatura e carimbo do médico

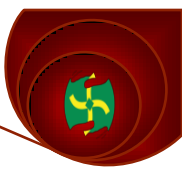


COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE EM SERVIÇO À COORDENAÇÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO - COSST		
Nome do Servidor:	Data de Nascimento: _/_/___	Matrícula
<input type="checkbox"/> Servidor Efetivo <input type="checkbox"/> Cedido para: _____ <input type="checkbox"/> Empregado público – Celetista (C.L.T.) <input type="checkbox"/> Servidor comissionado de livre exoneração ou Contrato temporário	Telefone residencial/cel	Sec. / Org de Origem
Endereço residencial		
SERVIDOR COMPARECE À PERÍCIA MÉDICA OFICIAL RELATANDO: <input type="checkbox"/> ACIDENTE EM SERVIÇO; <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRAJETO.		
COMENTÁRIO: _____ _____		
Data da Perícia: _/_/___	Assinatura e carimbo do médico	



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS





GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



**ENCAMINHAMENTO À COMISSÃO PERMANENTE DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL
FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ TELEFONES: _____
CONTATO PARA RECADO: _____

2. IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL:

MATRÍCULA: _____ TEMPO DE GDF: _____
SECRETARIA: _____ LOTAÇÃO: _____
CEDIDO PARA: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____

3. ENCAMINHAMENTO:

A Junta Médica Oficial da COPEM encaminha o (a) servidor (a) acima identificado para ser submetido (a) a avaliação pela Comissão de Readaptação Funcional,

POR MOTIVO DE: _____
CID- 10: _____

4. RESTRIÇÕES CLÍNICAS APONTADAS:

5. DATA DA JUNTA DE READAPTAÇÃO: ____/____/____.

BRASÍLIA, ____ de ____ de ____.

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO PERITO/ DO
TRABALHO

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO PERITO/ DO
TRABALHO



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO MÉDICO

Prezado(a) Colega _____
(colocar o nome do médico ou da especialidade)

Respeitando o Código de Ética Médica Artigos 11 e 54, a Resolução do CFM nº 1488/98 e, as Resoluções CRM-DF nº 119 / 94 e nº 54/99, solicitamos informações sobre o Sr. (servidor ou candidato) _____ a fim de subsidiar exame médico pericial.

Portanto, para melhor compreensão do quadro e entendimento da capacidade laborativa, solicitamos relatório contendo as seguintes informações:

- Resumo da anamnese e do exame físico; Confirmação diagnóstica com **CID 10**;
- Plano de tratamento, duração do tratamento e data da reavaliação;
- Exames complementares solicitados/realizados; Prognóstico
- Outros _____

Estamos a disposição para qualquer esclarecimento ou informação necessária através do telefone: 3342-3157.

Atenciosamente,

Brasília, ____ de _____ de _____.

Médico(a) Perito(a)



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO À GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL E PREVENTIVA

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Matrícula: _____

Endereço: _____

Órgão: _____ Cargo: _____

Telefone Residencial: _____ Telefone do Trabalho: _____

TIPO DE SERVIÇO

() Suporte Psicológico () Acompanhamento Dependência Química

() Avaliação Psicológica. Neste caso, preencher:

() É alienado mental?

() Tem capacidade laborativa?

() Tem condições de responder a PAD?

() Idade mental?

() Outros: _____

DADOS DO ENCAMINHAMENTO

1) Motivo

() pré-admissional () inclusão de dependentes () processo administrativo

() aposentadoria () reversão aposentadoria () pensão

() licença médica () reavaliação () sofrimento psíquico

() auxílio creche () faltas injustificadas () outros: _____

2) CID: _____

3) Data da próxima junta: _____

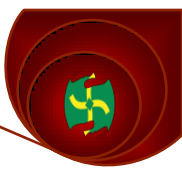
OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES (Se necessário, utilize o verso)

Data: ____/____/____

Encaminhado por: _____

Data: ____/____/____

Recebido por: _____

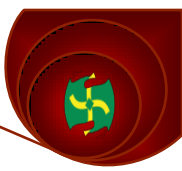


GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS



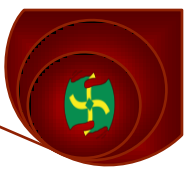
SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL

Nome do Servidor:	Data de Nascimento: ____/____/____	Matrícula
<input type="checkbox"/> Servidor efetivo <input type="checkbox"/> Empregado público – Celetista (C.L.T.) <input type="checkbox"/> Servidor comissionado de livre exoneração ou Contrato temporário	Telefone residencial/cel	Sec. / Org de Lotação
Endereço residencial		
<input type="checkbox"/> SOLICITO VISITA DOMICILIAR PELA ASSISTENTE SOCIAL PARA O SERVIDOR ACIMA CITADO.		
JUSTIFICATIVA: _____ _____ _____ _____		
Data da Perícia: ____/____/____	Assinatura e carimbo do médico	



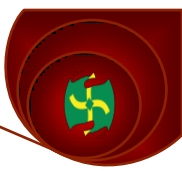
Solicitação Análise de Posto de Trabalho/Atividade		Gerência(sigla):	Nº ___/___
Solicitante:			
Cargo:		Matr.	
Setor:		Data:	
DADOS DO SERVIDOR (A)			
Servidor (a):			
Matrícula:			
Órgão:			
Setor:		Telefone:	
Cargo/função:			
BREVE HISTÓRICO DAS ATIVIDADES DO SERVIDOR (A) NO AMBIENTE			
Objeto da solicitação:	<input type="checkbox"/> Posto de Trabalho	<input type="checkbox"/> Atividade	
Tempo de trabalho na Unidade:			
Tempo em que realiza a atividade:			
Resumo das atividades relacionadas ao trabalho e seu ambiente laboral. Outras informações pertinentes para a avaliação do ambiente de trabalho.			

Assinatura e carimbo



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SUBSECRETARIA DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES
COORDENAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS





LAUDO MÉDICO PERICIAL
AVALIAÇÃO PARA FINS DE _____
PROCESSO Nº _____
NÚMERO DO LAUDO: _____

Identificação do Servidor
Nome do(a) servidor(a):
CPF:
Matrícula:
Órgão:

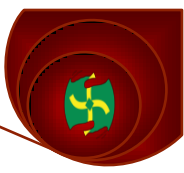
Considerando o exame pericial realizado em ____/____/____, concluímos que:
(Descrever a Conclusão Pericial)

Brasília, ____/____/____.

Fundamentação Legal:
(Citar a Fundamentação Legal)

Nome do médico
CRM
Coordenação de Perícias Médicas/SEAP

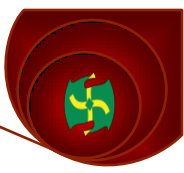
Nome do médico
CRM
Coordenação de Perícias Médicas/SEAP

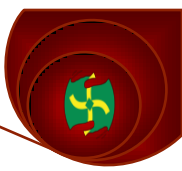


Capítulo XVIII - Bibliografia

"Um pouco de conhecimento que age vale infinitamente mais do que conhecimento que é ocioso"

Gilbran





CAPÍTULO 18. BIBLIOGRAFIA

Brasil. Resolução Conselho Federal de Medicina nº1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina. Diário Oficial da União de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no Diário Oficial da União de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173.

A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Dejours, C.. São Paulo: Cortez/Oboré. 1992.

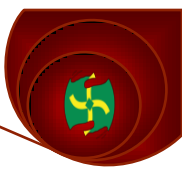
Distrito Federal. Lei nº 4.317, de 09 de abril de 2009. Institui a Política Distrital para Integração da Pessoa com Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Ano XLIII nº 70. Brasília, 13 de abril de 2009, seção I, página 1.

Distrito Federal. Lei Complementar nº 769, de 30 de junho de 2008. Reorganiza e unifica o Regime Próprio de Previdência Social do Distrito Federal – RPPS/DF e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Ano XLII nº 125. Brasília, 1 de julho de 2008, seção 1, página 12. Alterada pela L.C. 840/2011 Diário Oficial do Distrito Federal, Ano XLIII nº 246. Brasília, 26 de dezembro de 2011, seção I, página 1.

Distrito Federal. Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais. Diário Oficial do Distrito Federal, Ano XLIII nº 246. Brasília, 26 de dezembro de 2011, seção I, página 1.

Distrito Federal. Decreto nº 16.409, de 05 de abril de 1995. Dispõe sobre a concessão do benefício Auxílio Creche e Pré-Escola, destinado aos dependentes dos servidores públicos civis da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, de 06 de abril de 1995.

Distrito Federal. Decreto nº 34.023, de 10 de dezembro de 2012. Regulamenta os Procedimentos Médico-Periciais e de Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Administração Pública, no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional



do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, Ano XLIII nº 249, 11 de dezembro de 2012, seção 1, página 1.

Distrito Federal. Portaria nº 48, da Secretaria de Estado de Administração Pública, de 26 de maio de 2011. Aprova as normas relativas ao apoio institucional ao Programa de Atenção ao Dependente Químico. Diário Oficial do Distrito Federal, Ano XLIII nº 106. Brasília, 02 de junho de 2011, seção I, página 13.

Distrito Federal. Portaria nº 49, da Secretaria de Estado de Administração Pública, de 26 de maio de 2011. Institui a Junta Médica Oficial de Recurso. Diário Oficial do Distrito Federal, Ano XLIII nº 106. Brasília, 02 de junho de 2011, seção I, página 14.

Distrito Federal. Portaria nº 138, da Secretaria de Estado de Administração Pública, de 5 de outubro de 2011. Republica os Membros do Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho e seu Regimento Interno, criado pelo Decreto 32.716, de 1º de janeiro de 2011. Diário Oficial do Distrito Federal, Ano XLIII nº 49. Brasília, 09 de março de 2012, seção I, página 11.

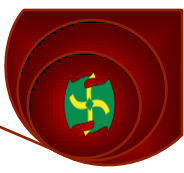
Aspectos Práticos da Avaliação do Dano Corporal em Direito Civil - coordenador Duarte Nuno Vieira, José Alvarez Quintero ; trad. Sónia Almeida. Coimbra : Imprensa da Universidade de Coimbra : Caixa Seguros, 2008.

Perícias Médicas: Teoria e Prática - coordenadores Emilio Bicalho Epiphanyo, José Ricardo de Paula Xavier Vilela – Rio de Janeiro: Ganabara Koogan, 2009.

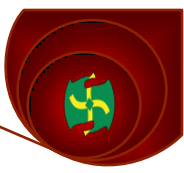
Manual De Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, instituído pela Portaria nº 797 de 22 de março de 2010, publicada no Diário Oficial da União em 23 de março de 2010.

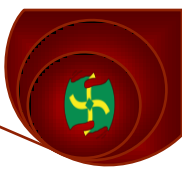
As Doenças Ocupacionais e as Doenças Relacionadas ao Trabalho: as diferenças conceituais existentes e suas implicações – Marco Antonio Borges das Neves – São Paulo: LTr, 2011.

Psiquiatria Forense – José G.V. Taborda, Elias Abdalla- Filho, Miguel Chalub – 2ª Edição – Porto Alegre: Artmed, 2012.



Capítulo XIX- Anexos





CAPÍTULO 19. ANEXOS

ANEXO I:

DECRETO Nº 33.653, DE 10 DE MAIO 2012.

Institui a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor Público do Distrito Federal.

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 100, incisos VII e XXVI, da Lei Orgânica do Distrito Federal, DECRETA:

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Governo do Distrito Federal, a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor Público do Distrito Federal.

Parágrafo único. A Política a que se refere este Decreto atenderá aos servidores estatutários, ativos, da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional.

Art. 2º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor: valor social público, para o qual concorrem fatores ambientais, sociais, psicológicos, políticos, econômicos e organizacionais, que afetam o bem estar dos servidores públicos estaduais no ambiente de trabalho;

II - Risco Ocupacional: tem por base a frequência, o grau de probabilidade e as consequências da ocorrência de um determinado evento, por meio da ação de fatores de risco, isolados ou simultâneos, geradores de dano futuro imediato ou remoto à saúde do servidor, classificados, em função de sua natureza, concentração, intensidade e tempo de exposição, como físicos, químicos, biológicos, ergonômicos de acidentes e psicossociais;

III - Desempenho Global da Saúde Ocupacional: aferição de resultados mensuráveis, relativos ao controle dos riscos à saúde e à segurança no trabalho do servidor público distrital;

IV - Equipes Multiprofissionais de Saúde e Segurança do Trabalho: grupo de servidores tecnicamente habilitados, com a função de executar as ações de Saúde e Segurança do Trabalho na Administração Pública Distrital;

V - Vida Laboral Plena: compreende o período de tempo contado desde a data da admissão do servidor até a sua inatividade.

Art. 3º Compete à Secretaria de Estado de Administração Pública, por intermédio da Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores, órgão de coordenação em saúde, segurança e previdência dos servidores, realizar estudos, normatizar, propor diretrizes, planejar, controlar e auditar as ações em matéria de saúde, segurança do trabalho e de regime próprio de previdência dos servidores públicos estatutários da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal.

Art. 4º Aos demais órgãos da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal compete efetivar as atividades de execução e operacionalização das ações de saúde, segurança e previdência normatizadas pelo órgão central e demais atribuições afins previstas na legislação.

Art. 5º A política a que se refere o artigo 1º sustentar-se-á em três eixos, a saber:

I - prevenção, promoção e vigilância em 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;

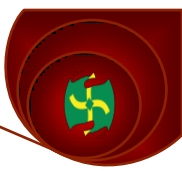
II - perícia médica oficial: ato pericial com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais;

III - previdência: ações com o objetivo de propor diretrizes e políticas voltadas para a concessão de benefícios previdenciários aos servidores públicos estatutários.

Art. 6º A Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor Público tem como objetivo, princípios e metas:

I - desenvolver e dar execução a um sistema de gestão da saúde e segurança do trabalho, visando reduzir e/ou eliminar os riscos aos quais os servidores públicos distritais possam estar expostos quando da realização das suas atividades;

II - implementar, manter e melhorar continuamente a gestão da Saúde e



Segurança do Trabalho do servidor;

III - implementar o monitoramento dos indicadores organizacionais e de riscos psicossociais preditores de futuros adoecimentos para subsidiar ações preventivas;

IV - promover e preservar a saúde do conjunto dos servidores públicos distritais;

V - fomentar o comprometimento e as ações dos órgãos da administração pública distrital voltadas à melhoria do desempenho global da saúde ocupacional;

VI - integralizar as ações nas áreas de saúde e segurança no trabalho;

VII - promover a cooperação interinstitucional entre os órgãos da Administração Direta, Autárquica e Fundacional, por meio do Acordo de Cooperação, estimulando a busca de soluções consorciadas e compartilhadas;

VIII - viabilizar e coordenar o conjunto de ações de segurança no trabalho;

IX - priorizar a proteção da saúde dos servidores públicos distritais;

X - implementar a Comissão de Segurança do Trabalho nos órgãos da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal para atuar em conjunto com as equipes multiprofissionais de Saúde e Segurança do Trabalho;

XI - promover a prevenção, recuperação e reabilitação física, psicológica, social e profissional;

XII - proporcionar orientação e capacitação para as equipes multiprofissionais de Saúde e Segurança do Trabalho.

Art. 7º Compõem a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor Público do Distrito Federal:

I - Sistema Integrado de Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Distrital;

II - Projetos e ações destinados à promoção, recuperação e reabilitação da Saúde e Segurança do Trabalho do servidor;

III - Sistema Informatizado de Gestão de Recursos Humanos referentes aos módulos de perícia médica oficial e Saúde e Segurança do Trabalho do servidor;

IV - Equipes multiprofissionais de Saúde e Segurança do Trabalho, atuantes em cada órgão da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal;

V - Acordo de Cooperação Técnica entre os órgãos atendidos e a Secretaria de Estado de Administração Pública;

VI - Relatórios de execução das ações das Equipes Multiprofissionais SST.

Art. 8º Cabe ao Governo do Distrito Federal, por intermédio dos órgãos da Administração Pública Distrital e sob a orientação e supervisão da Secretaria de Estado da Administração Pública, adotar mecanismos e práticas administrativas visando:

I - proporcionar aos servidores públicos estaduais condições salubres de trabalho e monitoramento dos ambientes, desde o início de suas atividades até a sua saída, visando reduzir ou eliminar o impacto dos riscos sobre sua saúde;

II - melhorar as condições de Saúde e Segurança do Trabalho dos servidores públicos distritais;

III - reduzir o absenteísmo;

IV - prevenir acidentes em serviço, doenças profissionais e do trabalho;

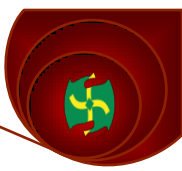
V - adquirir e fornecer equipamentos de proteção, individual e coletiva, de acordo com os riscos ocupacionais a que estão expostos os servidores, capacitando-os para o manejo e uso dos mesmos.

Art. 9º Fica instituído, no âmbito da Secretaria de Estado de Administração Pública, o Sistema de Seccionais de Saúde e Segurança do Trabalho - SSST, com oito seccionais.

§1º Cada seccional será integrada por um conjunto de órgãos e entidades atendidos pela Secretaria de Estado de Administração Pública, agrupados conforme o grau de risco e quantitativo de servidores.

§2º O Sistema de Seccionais será composto por equipes multiprofissionais compostas por médico do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, psicólogo, assistente social, enfermeiro do trabalho, técnico de segurança do trabalho e técnico de enfermagem do trabalho.

§3º Cada órgão será atendido pelo Programa de Saúde e Segurança do Trabalho, por



adesão, na medida em que firmar Acordo de Cooperação Técnica, em que se comprometerá a disponibilizar estrutura física e recursos materiais adequados à execução das atividades das equipes.

Art. 10. Fica instituído, no âmbito da Secretaria de Estado de Educação, o Sistema de Pólos de Saúde e Segurança do Trabalho – SPSST, com seis pólos.

§1o Os Pólos serão integrados por Diretorias Regionais de Ensino, segundo critério geográfico.

§2o O Sistema de Pólos será composto por equipes multiprofissionais pertencentes à Gerência de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, formadas por médico do trabalho, psicólogo, fonoaudiólogo, enfermeiro do trabalho, assistente social, engenheiro de segurança do trabalho, técnico de segurança do trabalho e técnico de enfermagem do trabalho.

Art. 11. Ficam instituídos, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, os Núcleos de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho - NSHMT, com dezenove núcleos.

§1o Cada núcleo ficará localizado em uma Regional de Saúde que atenderá a regional ou um conjunto de estabelecimentos de saúde por meio das equipes multiprofissionais.

§2o Os núcleos serão compostos por equipes multiprofissionais formadas por médico do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, assistente social, psicólogo, assistente social, enfermeiro do trabalho, técnico de segurança do

trabalho e técnico de enfermagem do trabalho, subordinados tecnicamente à Diretoria de Saúde Ocupacional.

Art. 12. A Secretaria de Estado de Administração Pública, por intermédio do Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho - CSST, órgão colegiado, de caráter consultivo e natureza permanente, presidido pelo Secretário de Estado de Administração Pública do Distrito Federal, terá por finalidade atuar na formulação, implantação e controle da execução da Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor Público, em conjunto com a Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores, elaborando estratégias de ação conjunta e diretrizes no processo de construção em toda a sua amplitude, como uma política de Estado permanente, no âmbito dos órgãos e entidades do Distrito Federal, bem como nas autarquias e fundações do Distrito Federal.

Art. 13. São atribuições da Secretaria de Administração Pública, por intermédio do Conselho de Saúde e Segurança do Trabalho e da Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores:

I - opinar acerca dos protocolos dos exames médicos periódicos, tendo por base a idade, o sexo, a atividade exercida e o grau de exposição do servidor a riscos nos ambientes de trabalho;

II - supervisionar a realização desses exames pelos órgãos e entidades no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal;

III - propor normas complementares à aplicação deste Decreto;

IV - propor procedimentos para preservação do sigilo das informações sobre a saúde do servidor, restringindo o acesso apenas ao próprio servidor ou a quem este autorizar legalmente, e aos profissionais de saúde responsáveis.

Art. 14. Os servidores, nos termos do art. 1o, serão submetidos a exames médicos periódicos, conforme diretriz estabelecida pela Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores.

§1o A realização de exames médicos periódicos terá como objetivo prioritário o monitoramento da saúde dos servidores devido a possíveis riscos existentes no ambiente de trabalho e a doenças ocupacionais ou profissionais.

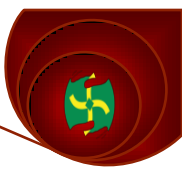
§2o Na hipótese de acumulação lícita de cargos públicos, o exame deverá ser realizado com base no cargo que possuir atribuições de maior exposição a riscos no ambiente de trabalho.

§3o Os exames médicos periódicos serão realizados conforme os seguintes intervalos de tempo:

I - bienal, para os servidores públicos com idade entre dezoito e quarenta e cinco anos;

II - anual, para os servidores públicos com idade acima de quarenta e cinco anos;

III - anual ou em intervalos menores, para os servidores públicos expostos a riscos que possam implicar desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional ou profissional, bem



como para os portadores de doenças crônicas.

Art. 15. Os servidores serão submetidos, até o final de 2014, obedecendo às dotações orçamentárias existentes, a exames periódicos, que compreendem a avaliação clínica e os seguintes exames complementares:

I - hemograma completo;

II - glicemia;

III - urina tipo I (elementos Anormais e Sedimentoscopia - EAS);

IV - creatinina;

V - colesterol total e triglicérides;

VI - AST (Transaminase Glutâmica Oxalacética - TGO);

VII - ALT (Transaminase Glutâmica Pirúvica - TGP);

VIII - citologia oncótica (Papanicolau), para mulheres;

IX - oftalmológico, para servidores com mais de quarenta e cinco anos de idade;

X - pesquisa de sangue oculto nas fezes (método imunocromatográfico), para servidores com mais de cinquenta anos;

XI - mamografia, para servidoras com mais de cinquenta anos; XII - PSA, para servidores com mais de cinquenta anos. XIII - exame de videolaringoscopia para professores (a critério clínico); XIV - outros considerados necessários pelo Médico do Trabalho.

Parágrafo único. O exame de citologia oncótica será anual para mulheres que possuam indicação médica e, caso haja dois exames seguidos com resultados normais num intervalo de um ano, poderá ser feito a cada três anos, até a aposentadoria.

Art. 16. Os servidores que, em razão do desempenho de suas atividades, são expostos a raios X ou a substâncias radioativas serão submetidos à avaliação médico ocupacional e a exames médicos complementares a cada seis meses.

Art. 17. Os servidores expostos a agentes químicos serão submetidos a exames específicos de acordo com as dosagens de indicadores biológicos previstos em normas expedidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego ou pelo Ministério da Saúde.

Art. 18. Os servidores expostos a outros riscos à saúde serão submetidos a exames complementares previstos em normas de saúde, a critério da Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores.

Art. 19. Os exames médicos periódicos serão executados por instituições especializadas, contratadas especificamente para tal fim.

Parágrafo único. Os dados dos exames periódicos comporão prontuário eletrônico ou arquivo físico, junto com os periciais, para fins coletivos de vigilância epidemiológica e de melhoria dos processos e ambientes de trabalho, sendo garantido o sigilo e a segurança das informações individuais, de acordo com o previsto em código de ética médica expedido pelo Conselho Federal de Medicina.

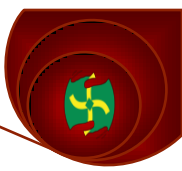
Art. 20. Se o servidor se opuser a realizar os exames, a recusa deverá ser por ele consignada formalmente ou reduzida a termo.

Art. 21. As despesas decorrentes deste Decreto serão custeadas pelo Governo do Distrito Federal, com recursos destinados à assistência médica dos servidores públicos, nos limites das dotações orçamentárias consignadas para a Secretaria de Estado de Administração Pública.

Art. 22. Os Programas de Prevenção de Riscos Ocupacionais – PPRA e de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO serão regulamentados por ato do Secretário de Estado de Administração Pública.

Art. 23. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, 10 de maio de 2012.

124o da República e 53o de Brasília AGNELO QUEIROZ



ANEXO II:

DECRETO Nº 34.023, de 10 de dezembro de 2012.

Regulamenta os Procedimentos médico-Periciais e de Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Administração Pública, no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal, e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso XXVI, do artigo 100, da Lei Orgânica do Distrito Federal, e tendo em vista o disposto no inciso III, do §3º, do artigo 3º, da Lei nº 2.299, de 21 de janeiro de 1999, DECRETA:

Art. 1º Ficam regulamentados os procedimentos médico-periciais e de saúde ocupacional da Secretaria de Estado de Administração Pública, no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal, nos termos deste Decreto.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º O atendimento aos servidores públicos civis, ativos e inativos, bem como aos empregados públicos da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal, será realizado de acordo com as disposições contidas neste decreto.

Parágrafo único. Para efeitos deste Regulamento considera-se:

I - Órgão da Administração Pública Distrital: unidade de atuação integrante da estrutura da administração direta, tendo estrutura, competência própria, quadro de servidores, poderes funcionais, mas não personalidade jurídica;

II - Entidades da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal: órgãos da administração indireta, constituídos por lei para prestarem serviços essencialmente públicos, típicos ou atípicos da administração pública;

III - Unidades de Saúde Ocupacional: unidade de referência em saúde e segurança do trabalho da administração pública direta, autárquica e fundacional do Distrito Federal;

IV - Unidades Desconcentradas de Saúde e Segurança do trabalho: referem-se às Seccionais de Saúde e Segurança do trabalho – SSSSt, da Secretaria de Estado de Administração Pública; os Núcleos de Segurança, Higiene e medicina do trabalho – NSHmt, da Secretaria de Estado de Saúde; e, os Pólos de Saúde e Segurança do trabalho – PSSSt, da Secretaria de Estado de Educação;

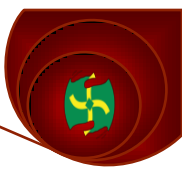
V - Unidade de Perícias médicas: local de atendimento centralizado que é responsável pelo atendimento dos servidores da administração pública direta, autárquica e fundacional do Distrito Federal, na qual o servidor ou empregado público está lotado, e para onde deve dirigir-se para a realização de perícias médicas. Referem-se à Coordenação de Perícias médicas da Subsaúde/SEAP; Coordenação de Saúde Ocupacional/SEE; e, Diretoria de Saúde Ocupacional/SES;

VI - Perícia Médica Oficial: A perícia oficial pode ser conceituada como o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do servidor, por médico formalmente designado. A perícia médica oficial produz informações para fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto na Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011, e suas alterações posteriores.

a) Perícia Médica Oficial Singular: quando a perícia oficial é realizada por apenas um médico.

b) Junta Médica Oficial: quando a perícia oficial é realizada por um grupo de dois ou mais médicos.

VII - Incapacidade Laborativa: é a impossibilidade de desempenhar as atribuições laborativas para a função habitual, advindas de alterações médicas, físicas ou mentais, decorrentes de doenças ou acidentes. Para avaliação da incapacidade, deve-se considerar o agravamento da doença, bem como o risco à vida do servidor ou de terceiros. O conceito de incapacidade deve compreender em sua análise os seguintes parâmetros: o grau, a duração e a abrangência da tarefa



desempenhada;

VIII - Invalidez: é a incapacidade laborativa total, permanente, insuscetível de recuperação ou readaptação profissional, em consequência de doença ou acidente. A incapacidade permanente ou invalidez acarreta a aposentaria, por tornar o servidor incapaz de realizar a atividade laboral para qual foi admitido por intermédio de concurso público;

IX - Readaptação Funcional: é o conjunto de medidas que visa o aproveitamento compulsório do servidor, portador de inaptidão e/ou restrições definitivas em atividade laborativa anteriormente exercida; e

X - Readequação: é o procedimento que autoriza a redução do rol permanente de atividades inerentes ao cargo ocupado, em decorrência de restrições de saúde apresentadas pelo servidor, desde que mantido o núcleo básico do cargo. Até 180 (cento e oitenta) dias, poderá ser realizada pelo médico do trabalho ou médico perito e, a partir de 180 (cento e oitenta) dias, pela Comissão Permanente de Readaptação Fundacional.

DA POSSE EM CARGO PÚBLICO NO DISTRITO FEDERAL

Art. 3º Quando da nomeação em cargo público, a relação dos exames complementares laboratoriais, radiológicos, entre outros, será estabelecida pelas Unidades de Saúde Ocupacional, cabendo ao médico examinador solicitar, quando necessário, outros exames complementares ou pareceres técnico-científicos.

§1º Os exames serão entregues por ocasião do exame médico admissional na respectiva Unidade de Saúde Ocupacional, que emitirá laudo de aptidão ou inaptidão para o cargo.

§2º Da decisão médica que concluir pela inaptidão temporária ou definitiva para o exercício do cargo, caberá recurso à junta médica, com efeito suspensivo.

§3º O prazo para a posse pode ser prorrogado, para ter início após o término de: licença médica ou odontológica, licença-maternidade, licença-paternidade, e licença para o serviço militar.

DA CONSULTA MÉDICA – ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Art. 4º O atestado de comparecimento a serviços médicos, odontológicos ou laboratoriais não gera licença, sendo somente justificativa de afastamento, que restringe-se ao turno no qual o servidor foi atendido.

Parágrafo único. O servidor cuja carga horária seja inferior a 40 (quarenta) horas semanais, deverá compensar o período ausente até o final do mês subsequente à data do atestado de comparecimento, a fim de cumprir integralmente sua jornada semanal de trabalho.

DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Art. 5º Será concedida licença para tratamento de saúde ao servidor, a pedido ou de ofício, com base na conclusão da Perícia Médica Oficial, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus.

§1º As licenças terão por base o acometimento de quaisquer moléstias que impossibilitem o exercício das funções do respectivo cargo;

§2º O servidor do quadro efetivo será submetido à inspeção médica singular, nas licenças de até 30 (trinta) dias, concedidas em um intervalo mínimo de 60 (sessenta) dias. Nas licenças superiores a 30 (trinta) dias, será submetido à inspeção médica realizada pela Junta Médica Oficial.

§3º O servidor sem vínculo efetivo será submetido à inspeção médica singular, nas licenças de até 15 (quinze) dias, e submetido à Junta Médica Oficial, em caso de licenças superiores a 15 (quinze) dias.

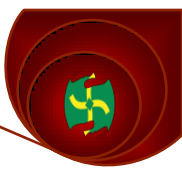
§ 4º Somente serão aceitos atestados médicos e odontológicos, emitidos por profissionais inscritos nos seus respectivos conselhos de classe (resolução CFm nº 1.658/2002).

§ 5º Atestados emitidos por psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, acupunturistas e outros profissionais de saúde serão aceitos, apenas, para fins de homologação de atestado médicos, como documentos complementares.

Art. 6º O prazo da licença sempre será fixado em dias.

Parágrafo único. O início do afastamento laboral será a data fixada pelo médico perito da respectiva Unidade de Perícias médicas.

Art. 7º Para usufruir o direito à licença, o servidor deverá:



- I - Preencher a Guia de Inspeção médica - GI_m, a ser retirada em seu local de trabalho;
- II - Coletar a assinatura de sua chefe a imediata, para ciência de sua intenção;
- III - Apresentar-se ao perito da respectiva Unidade de Perícias médicas para avaliação da capacidade laborativa, portando o atestado ou laudo emitido por médico ou odontólogo; e
- IV - Entregar o documento com a conclusão pericial no prazo de até (02) dois dias úteis em seu local de trabalho.

§ 1º Caso o atestado médico ou odontológico sugira apenas (01) um dia de afastamento da atividade laborativa, o servidor deverá dirigir-se à respectiva Unidade de Perícias médicas, conforme os incisos acima, em até 24 (vinte e quatro) horas da emissão do atestado, prazo que deverá ser reconsiderado, caso o perito constate a incapacidade laborativa.

§ 2º Caso o atestado médico ou odontológico sugira afastamento acima de (01) um dia, o servidor deverá dirigir-se à respectiva Unidade de Perícias médicas, conforme os incisos acima, em até 48 (quarenta e oito) horas da emissão do atestado, prazo que deverá ser reconsiderado, caso o perito constate a incapacidade laborativa.

§ 3º O servidor que se encontrar impossibilitado de comparecer à respectiva Unidade de Perícias médicas para homologação do atestado no prazo determinado, poderá utilizar-se de terceiros para apresentá-lo ao perito, que decidirá a conduta a ser adotada.

Art. 8º Em caso de apresentação de 01(um) atestado médico ou odontológico concedendo licença de até (03) três dias por bimestre do ano civil, poderá ser dispensada a inspeção médica, a critério da chefe a imediata. O atestado será entregue ao chefe imediato que o encaminhará à Perícia médica para a contabilização do tempo de afastamento.

§ 1º A partir do segundo atestado médico ou odontológico apresentado dentro de um mesmo bimestre do ano civil, o encaminhamento à Unidade de Perícias médicas para sua homologação é obrigatório.

§ 2º Nos casos de internação hospitalar, o afastamento do trabalho deverá ser comunicado à Unidade de Perícias médicas, em até 72 (setenta e duas) horas após a internação, por intermédio da guia de inspeção médica, juntamente com atestado ou relatório médico.

§ 3º Se o servidor acumular (02) dois cargos, deverá executar os procedimentos previstos neste artigo em relação a cada um dos cargos.

§ 4º O servidor cedido deverá ser periciado na Unidade de Perícias médicas do seu órgão de origem.

Art. 9º À critério da Gerência da Unidade de Perícias médicas do respectivo órgão, a inspeção poderá ser realizada na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar, se localizado no perímetro geográfico do Distrito Federal.

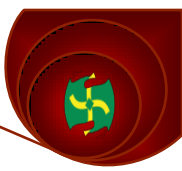
Parágrafo único. A Gerência da Unidade de Perícias médicas entrará em contato com o servidor para avaliar a real necessidade de perícia externa, ou estabelecer prazo para que o interessado compareça pessoalmente à perícia médica, sendo, neste caso, emitido documento de pendência, onde constará a data prevista para a efetivação da mesma.

Art. 10. O servidor em trânsito, ou cedido para fora do Distrito Federal, portador de doença que o impossibilite de retornar, deverá solicitar a realização de Junta Médica Oficial na localidade em que se encontra, a qual emitirá laudo que será encaminhado à Unidade de Perícias médicas do seu órgão de origem, para avaliação e conclusão.

§ 1º Inexistindo Junta Médica Oficial no local onde se encontra o servidor, será aceito atestado emitido por médico ou odontólogo, desde que acompanhado por relatório pormenorizado, exams complementares e cópia do prontuário, se for o caso, e demais documentos que a Junta médica Oficial do Distrito Federal julgar necessários.

§ 2º A Junta Médica Oficial do Distrito Federal poderá exigir a presença do servidor que esteja em tratamento fora do Distrito Federal.

§ 3º O servidor que precisar realizar ou complementar tratamento de saúde fora do Distrito Federal, deverá comparecer à sua respectiva Unidade de Perícias médicas para formalização de encaminhamento de solicitação de avaliação por Junta médica de entidade pública da localidade para posterior homologação.



I - O documento elaborado pela junta médica da localidade da avaliação deverá ser encaminhado a respectiva Unidade de Perícias médicas do Distrito Federal no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis da sua emissão;

II - Caberá a respectiva Unidade de Perícias médicas do Distrito Federal a análise da documentação encaminhada e a avaliação quanto à sua homologação; e

III - O atestado somente produzirá efeitos quando homologado na respectiva Unidade de Perícias médicas.

§4º Serão considerados como do Distrito Federal, para fins de homologação, os atestados médicos e odontológicos emitidos nos seguintes municípios do Entorno:

I - Estado de Goiás (GO): Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas, Alexânia, Alto Paraíso, Alvorada do Norte, Anápolis, Buritinópolis, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho, Corumbá de Goiás, Cristalina, Damianópolis, Flores do Goiás, Formosa, Luziânia, mambaí, mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, São João D'Aliança, Simolândia, Sítio D'Abadia, Valparaíso do Goiás, Vila Boa e Vila Propício;

II - Estado de Minas Gerais (MG): Arinos, Bonfinópolis de Minas, Buritis, Cabeceira Grande, Dom Bosco, Formoso, Natalândia, Paracatu, Pintópolis, Riachinho, Unaí, Uruana de Minas e Uruçuaia.

Art. 11. O servidor que estiver em tratamento médico fora do Brasil deverá apresentar relatório médico detalhado que justifique o tratamento no exterior com a assinatura autenticada de (03) três médicos ou odontólogos e os exames complementares realizados.

Parágrafo único. Todos os documentos deverão ser apresentados juntos com tradução pública realizada por tradutor oficial juramento, com número de registro na Junta Comercial.

Art. 12. Em todas as perícias médicas, o perito poderá solicitar informações complementares para conclusão do laudo pericial, tais como a identificação do CID, exames complementares, relatórios médicos ou de outros profissionais, bem como cópia de prontuários. Nesses casos será emitida uma pendência concedendo prazo hábil para o retorno, durante o qual ficará sobrestada a conclusão do Ato médico Pericial.

§1º Não havendo cumprimento da solicitação, no prazo fixado, e na ausência de uma justificativa aceita pelo perito que emitiu a pendência, o pedido de licença médica será indeferido.

§2º Sempre que houver indícios de acidente em serviço, o perito médico deverá assinalar na Guia de Inspeção médica e solicitar, por intermédio de formulário próprio, à respectiva Unidade de Saúde Ocupacional, a definição donexo causal e a adoção de medidas preventivas.

§3º Quando a licença médica se relacionar aos transtornos mentais, incluindo suspeita de dependência química, o perito médico poderá encaminhar o servidor para avaliação psiquiátrica ou psicológica.

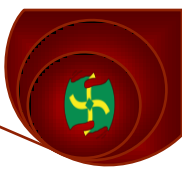
§4º É de competência exclusiva da chefia imediata, o encaminhamento do servidor que apresente indícios de lesões orgânicas ou funcionais para avaliação na Unidade de Saúde ocupacional, devendo detalhar os motivos do encaminhamento.

§5º No caso do parágrafo anterior, à respectiva Unidade de Saúde Ocupacional convocará o servidor efetivo para inspeção médica e emitirá parecer sobre a sua capacidade para o trabalho.

§6º Nos casos em que o servidor não compareça e nem justifique a sua ausência de forma convincente e, por necessidade da Administração Pública, a Perícia médica Oficial poderá executar a perícia de ofício.

§7º Nas doenças autolimitadas e com prognóstico determinado, o laudo pericial poderá estabelecer o retorno automático ao trabalho no término da licença. Art. 13. O laudo pericial e o atestado da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença (Classificação Internacional de Doenças - CID), salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas na legislação vigente do regime próprio de previdência dos servidores públicos do Distrito Federal.

Parágrafo único. São doenças especificadas em lei: tuberculose incapacitante; hanseníase incapacitante; pênfigo foliáceo; alienação mental; neoplasia maligna; cegueira posterior ao ingresso no serviço público; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de



Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida – Aids; neuropatia grave; esclerose múltipla; contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e hepatopatia grave com base em conclusão da medicina especializada, aplicando-se ainda, no que couber, os critérios estabelecidos pelo regime próprio de previdência dos servidores públicos do Distrito Federal, em conformidade com os critérios técnico-periciais.

Art. 14. A licença poderá ser prorrogada mediante a conclusão da Perícia médica Oficial, que pode, sempre que julgar necessário, solicitar atestado, laudo e relatório médico para fundamentar a sua decisão.

Art. 15. Findo o prazo da licença, o servidor poderá ser submetido à nova inspeção médica pericial que concluirá pelo retorno ao serviço, pela prorrogação da licença, pelo encaminhamento ao Programa de Readaptação Funcional, ou pela aposentadoria por invalidez, com proventos proporcionais ou integrais, quando se tratar de acidente em serviço, doença profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificada em lei.

Parágrafo único. O laudo somente concluirá pela aposentadoria por invalidez quando não houver capacidade laborativa residual que permita readaptação profissional do servidor.

Art. 16. O servidor que, no curso da licença médica, julgar-se em condições de retornar à atividade laboral, solicitará a realização de perícia médica, com vistas a validar sua capacidade laborativa.

Art. 17. O servidor que no período de 02 (dois) meses atingir o limite de 30 (trinta) dias de licença para tratamento de saúde, consecutivos ou não, em relação à mesma doença, ou dela decorrente, independentemente do prazo de sua duração, será submetido à inspeção por Junta Médica Oficial, para concessão de nova licença.

Art. 18. Se uma nova licença médica for concedida no interstício de 60 (sessenta) dias do término de outra, pelo mesmo motivo, será considerada como prorrogação da licença médica anterior.

Art. 19. O servidor vinculado ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, e o empregado público, cujo período de afastamento seja superior a 15 (quinze) dias, consecutivos ou não, no interstício dos últimos 60 (sessenta) dias, será encaminhado à Perícia médica do INSS para concessão da licença, nos termos do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.

Parágrafo único. Considera-se para contagem dos primeiros 15 (quinze) dias a mesma patologia ou doença correlata.

Art. 20. É vedada a concessão de férias, licença prêmio e abonos aos servidores que se encontrem em gozo de licença médica para tratamento de saúde, licença de acompanhamento de pessoa enferma na família e licença para tratamento de saúde por acidente em serviço.

Art. 21. No caso específico da não homologação pela respectiva Unidade de Perícias Médicas, o servidor poderá solicitar a reconsideração ou recurso, por escrito, utilizando-se de formulário padrão, anexando laudo médico e exames complementares, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis.

§1º O servidor que discordar do resultado da perícia terá direito a três pleitos, quais sejam: um pleito de reconsideração, um recurso em primeira instância e um recurso em segunda instância. O pedido será encaminhado à Gerência da Unidade de Perícias médicas para análise. A autoridade competente pode dar efeito suspensivo ao pleito, desde que fundamente sua decisão.

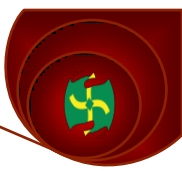
§2º Caso a Perícia médica mantenha o resultado inicial, serão consideradas como faltas não justificadas os dias que excederem àqueles efetivamente homologados.

Art. 22. O pedido de remarcação da Junta médica, por motivo de não comparecimento do servidor, será interpretado como pedido de recurso. §1º Esgotadas as etapas recursais, o servidor que não comparecer às Juntas médicas agendadas receberá alta administrativa, devendo retornar imediatamente ao trabalho.

§2º Serão consideradas como faltas não justificadas os dias que excederem àqueles efetivamente homologados.

DA LICENÇA POR ACIDENTE EM SERVIÇO

Art. 23. Acidente em serviço é aquele ocorrido no exercício do cargo, que se relacione,



direta ou indiretamente, com as atribuições deste, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

§1º Equipara-se ao acidente em serviço:

I – O acidente ligado ao serviço que, embora não tenha sido a causa única, tenha contribuído diretamente para a 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 servidor no local e no horário do trabalho, em consequência de:

a) Ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de serviço;

b) Ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao serviço;

c) Ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de serviço;

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 servidor no exercício do cargo;

IV – O acidente sofrido pelo servidor, ainda que fora do local e horário de serviço:

a) Na execução de ordem ou na realização de serviço relacionado ao cargo;

b) Em viagem a serviço, inclusive para estudo, quando financiada pelo Distrito Federal, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do servidor;

c) 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 servidor.

§2º Não será considerado acidente em serviço, os infortúnios ocorridos durante atividades físicas, desportivas ou de competição não oficiais realizadas no período destinado a refeições ou descanso, durante a jornada de trabalho.

Art. 24. O servidor que sofrer acidente em serviço deverá solicitar a ficha de Requerimento de Apuração de Acidente em Serviço, preenchê-la em 03 (três) vias e coletar assinatura de sua chefia imediata.

§1º O servidor deverá dirigir-se à Unidade de Perícias médicas para o exame clínico inicial, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis após o acidente, de posse da Ficha referida no caput deste artigo, juntamente com a guia de inspeção médica, o atestado e o laudo médico emitidos pelo profissional que prestou a primeira assistência ao servidor.

§2º O servidor que se encontrar impossibilitado de comparecer à respectiva Unidade de Perícias médicas no prazo acima estipulado, poderá utilizar-se de terceiros para apresentá-lo ao médico perito.

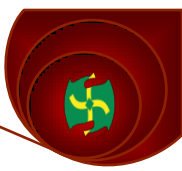
§3º Expirado o prazo sem que o servidor, terceiro ou chefia imediata compareça à Unidade de Perícias médicas, a abertura de sindicância restará prejudicada.

§4º Após o atendimento inicial, a chefia imediata do servidor deverá proceder à abertura da sindicância.

§5º A Comissão de Sindicância será instituída em cada órgão, composta, por no mínimo 03 (três) servidores, sendo pelo menos 01 (um) efetivo, indicados pelo dirigente máximo do respectivo órgão. §6º Os servidores membros da Comissão de Sindicância deverão ser capacitados para realizar a investigação, seguindo o Relatório de Investigação e Análise de Acidente.

§7º A sindicância deverá obedecer o prazo de 30 (trinta) dias, contados da instauração, prorrogável por igual período.

§8º Somente após a Ata de Confirmação do Acidente em Serviço, a comissão encaminhará o servidor à Unidade de Saúde Ocupacional para avaliação dos dados colhidos no processo, novo exame físico, avaliação de exames realizados, averiguação da existência ou não de sequelas, verificação de capacidade laboral, estabelecimento ou exclusão donexo de causalidade pelo médico do trabalho e resposta aos quesitos.



§9º A Comissão de Sindicância deverá encaminhar a conclusão do processo à chefia imediata do servidor e à Unidade de Saúde Ocupacional, para fins de registros estatísticos.

Art. 25. A Apuração do acidente em serviço compete à Comissão de Sindicância de Acidente em Serviço dos órgãos e entidades da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal.

Parágrafo único. Caberá à Comissão de Sindicância de Acidente em Serviço a imediata apuração e processamento do acidente em serviço, adotando as seguintes providências:

I - Solicitar ao Setor de Gestão de Pessoas a classificação funcional e escala de serviço do servidor acidentado;

II - Convocar as testemunhas para prestarem depoimento, mediante intimação, que será expedida, também, às respectivas chefias imediatas, para conhecimento;

III - Inquirir separadamente as testemunhas;

IV - tomar o depoimento do servidor acidentado;

V- Concluir pela existência ou não do acidente, registrando em Ata de Confirmação de Acidente de Serviço;

VI - Encaminhar o processo adequadamente instruído à respectiva Unidade de Saúde Ocupacional, para análise quanto aonexo causal; e

VII – Após o retorno do processo da Unidade de Saúde Ocupacional, proceder à conclusão da sindicância e remetê-lo ao Setor de Gestão de Pessoas para publicação no Diário Oficial do Distrito Federal.

Art. 26. Compete às Unidades de Saúde Ocupacional:

I - Proceder ao exame clínico do servidor e responde aos quesitos;

II - Emitir laudo conclusivo sobre possível incapacidade laborativa do servidor, parcial ou total;

III - Estabelecer ou não o nexocausal;

IV - Determinar os períodos de licenças concedidas por ocasião do acidente;

V- Informar sobre a aptidão para o retomo ao trabalho do servidor acidentado;

VI - Prestar as demais informações que se fizerem necessárias; e

VII - Restituir o processo à Comissão de Sindicância de Acidente em Serviço.

§1º As unidades de atendimento, mediante avaliação médico-pericial, poderão fixar o período de licença considerado suficiente para que o servidor possa recuperar a capacidade para o trabalho, podendo dispensar, durante este prazo, a realização de perícias.

§2º Caso o prazo concedido para a recuperação se revele insuficiente, o servidor poderá solicitar a realização de nova perícia médica.

Art. 27. No caso de servidor vinculado ao Regime Geral de Previdência Social ou empregado público, caberá à chefia imediata o preenchimento do formulário “Comunicado de Acidente de trabalho” até o primeiro dia útil após o acidente, bem como, o formulário “Guia de Inspeção médica”, e o encaminhamento do servidor, juntamente com o respectivo atestado médico, à Perícia médica Oficial.

Parágrafo único. No prazo de 48 (quarenta e oito) horas após o acidente de trabalho, a chefia imediata, ou seu representante legal, encaminhará o acidentado à respectiva Unidade de Perícias Médicas, para fins de exame médico pericial e posterior encaminhamento à Agência do INSS.

Art. 28. No caso do acidente em serviço resultar em óbito do servidor, a chefia imediata deverá comunicar o fato, imediatamente, à autoridade policial e ao Setor de Gestão de Pessoas.

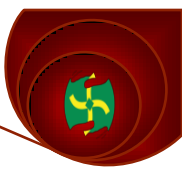
DA LICENÇA MATERNIDADE

Art. 29. A servidora gestante faz jus à licença maternidade pelo prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar do dia do parto.

§1º A licença de que trata o caput poderá ser antecipada em até 28 (vinte e oito) dias do parto, por determinação da Perícia Médica Oficial.

§2º Em caso de aborto, comprovado em Perícia Médica Oficial, a servidora terá direito a 30 (trinta) dias de repouso remunerado, a partir da data do evento.

§3º Em caso de natimorto, de nascimento com vida seguido de óbito (nativo), ou de óbito



da criança durante o período de licença maternidade, a servidora terá direito a 30 (trinta) dias de repouso remunerado, a partir da data do evento. Após decorridos os trinta dias, a servidora deverá ser avaliada por Perícia Médica Oficial.

Art. 30. Compete à chefia imediata encaminhar a servidora, vinculada ao Regime Geral de Previdência Social ou empregada pública, à respectiva Unidade de Perícias médicas, portando a Guia de Inspeção médica, com vistas à concessão da licença, em conformidade com o Regulamento de Benefícios da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, para posteriormente ser encaminhada à Agência do INSS mais próxima de sua residência, para os procedimentos complementares.

DA LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA DO SERVIDOR

Art. 31. A Licença por motivo de Doença em Pessoa da Família é o afastamento do servidor vinculado ao Regime Próprio de Previdência do Distrito Federal, para prestar assistência direta à pessoa de sua família acometida de moléstia que exija permanente assistência, mediante comprovação por Junta Médica Oficial.

§1º A licença somente será deferida nas situações em que a assistência pessoal e direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo.

§2º A licença poderá ser concedida a apenas um servidor por familiar enfermo.

§3º Considera-se da família do servidor:

I - O cônjuge ou o companheiro;

II - Os filhos; e,

III - Na forma da legislação federal, os que forem seus dependentes econômicos na sua declaração de imposto de renda da pessoa física, os que forem seus dependentes econômicos.

§4º O servidor que figurar como tutor ou curador de terceiros, poderá ter a licença concedida pela Junta Médica Oficial.

§5º A Junta Médica Oficial poderá requerer a manifestação de profissionais especializados para comprovar a real necessidade de concessão da licença.

§6º Caso a pessoa da família resida em outra localidade fora do Distrito Federal, o servidor deverá solicitar ao médico assistente laudo que ateste a enfermidade e a necessidade da presença do acompanhante. Esse documento deverá ser encaminhado a Unidade de Perícias médicas no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas do início da necessidade de acompanhamento para avaliação da Unidade de Perícias médicas. §7º A licença não abonará eventuais faltas ao trabalho ocorridas antes de sua concessão.

§8º Caso a Junta Médica Oficial julgue necessário, a concessão de licença de acompanhamento poderá ser precedida de visita domiciliar ou hospitalar, dentro dos limites do Distrito Federal.

§9º No ato de avaliação pela Junta Médica Oficial, será exigida do servidor a apresentação de documentos que comprovem o grau de parentesco e/ou dependência econômica do familiar enfermo e/ou termo de tutela ou curatela.

Art. 32. A Junta Médica Oficial poderá conceder Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família não superior a 30 (trinta) dias, podendo ser renovada no dia subsequente ao término, após nova avaliação pericial.

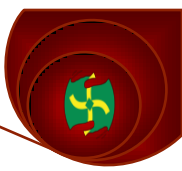
Art. 33. O somatório dos períodos da Licença por motivo de Doença em Pessoa da Família não pode ultrapassar 180 (cento e oitenta) dias por ano.

Art. 34. Quando não houver mais a necessidade da licença por motivo de doença em pessoa da família, antes do término do período estabelecido pela última inspeção médica, a licença será suspensa, a pedido do servidor ou de ofício, após nova avaliação da Junta Médica Oficial.

Parágrafo único. Em caso de óbito, a licença cessará imediatamente, sendo obrigatório o encaminhamento, pelo servidor, do atestado de óbito para a Unidade de Perícias médicas, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas.

DA REMOÇÃO DO SERVIDOR POR MOTIVO DE SAÚDE

Art. 35. Dar-se-á a remoção, a pedido, para outra localidade, por motivo de saúde, comprovada por junta médica, do servidor, cônjuge, companheiro, filho, tutelado, curatelado ou



dependente econômico, condicionada à existência de vaga no local pretendido.

§1º Aplica-se a disposição do caput também aos casos de remanejamento de posto de trabalho e/ou flexibilização de carga horária formulado por servidor, que tenham sob sua guarda portadores de deficiência física, sensorial ou mental.

§2º Com base no parecer emitido pela Junta Médica Oficial, o Setor de Gestão de Pessoas adotará as providências pertinentes.

DA READAPTAÇÃO EM VIRTUDE DE LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA OU MENTAL

Art. 36. O servidor que for considerado incapaz pela Junta Médica Oficial, para o desempenho pleno das atividades que realizava até a data do evento incapacitante e, com persistência de resíduo laborativo, para o exercício de outras atividades, será encaminhado ao Programa de Readaptação Funcional.

Parágrafo único. A indicação para readaptação será de exclusiva competência e atribuição da Junta Médica Oficial, que encaminhará o servidor para o Programa de Readaptação Funcional.

Art. 37. A readaptação processar-se-á no mesmo cargo, com restrições de caráter permanente, e compatíveis com a redução sofrida na capacidade física e/ou mental do servidor.

§1º Do laudo de avaliação constará informação das atividades a serem desempenhadas, assim como as restritas. Esse documento deverá ser arquivado nos assentamentos funcionais do servidor e chefia imediata, bem como o setor de recursos humanos do órgão de lotação deverão ser notificados.

§2º O servidor que se recusar a ser avaliado pelo Programa de Readaptação Funcional, estando em condições de fazê-lo, será submetido a processo administrativo disciplinar nos termos da legislação vigente.

Art. 38. O Programa de Readaptação Funcional será desenvolvido por equipe multidisciplinar especializada em Medicina do Trabalho, Serviço Social, Psicologia e outras profissões afins.

§1º Será considerado elegível ao Programa de Readaptação Funcional, o servidor que possua resíduo laborativo que permita desempenhar atividades compatíveis com o cargo para o qual foi admitido no concurso público. §2º Após a conclusão da elegibilidade do servidor, o mesmo poderá ser encaminhado para treinamento, conforme avaliação da comissão responsável pela readaptação.

§3º Será considerado inelegível ao Programa de Readaptação Funcional o servidor que não possua resíduo laborativo para exercício do cargo no qual foi admitido no concurso público.

§4º Neste caso, o servidor será desligado do Programa de Readaptação Funcional, e reencaminhado à Junta Médica Oficial para as providências pertinentes.

§5º Se julgado incapaz para o serviço público, o readaptando será aposentado.

Art. 39. A Readaptação poderá ser revertida no prazo de 05 (cinco) anos, a contar da publicação, caso o Programa de Readaptação Funcional julgue insubsistentes os motivos que levaram a readaptação do servidor.

Art. 40. Cabe à Junta Médica Oficial ou à Medicina do Trabalho propor restrições de atividades laborativas temporárias.

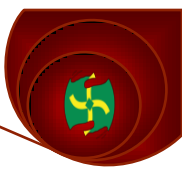
Art. 41. As Readaptações Funcionais Permanentes deverão ser publicadas no Diário Oficial do Distrito Federal.

DA CONCESSÃO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS POR DEPENDENTES COM DEFICIÊNCIA

Art. 42. O horário especial ou móvel, bem como a redução da carga horária de trabalho de servidores que sejam cônjuges, pais ou responsáveis por pessoa com deficiência, enquadradas na legislação vigente, limitar-se-ão ao período em que se fizer necessário o respectivo acompanhamento.

§1º O pedido de concessão destes benefícios será examinado em processo individual, por Junta Médica Oficial, e será instruído com os seguintes documentos:

I – A comprovação da necessidade do atendimento especial à pessoa com deficiência, que seja incompatível com o horário de trabalho do servidor, mediante parecer técnico fornecido pela



instituição que estiver prestando o atendimento. Este parecer deverá ser homologado por junta médica que emitirá laudo onde deverá constar se o dependente é deficiente, se há necessidade de acompanhamento especializado em que seja indispensável a presença do servidor e o período necessário do tratamento;

II – O número de dependentes com deficiência;

III – O comprovante de residência do servidor; e,

IV – O dia, horário e local de atendimento do dependente com deficiência em instituição de saúde, reabilitação ou educação especializada.

§2º Do parecer técnico deverá constar:

I – Caracterização da deficiência do dependente do servidor; e,

II – Indicação da forma e do período de tratamento ou atendimento.

§3º Do processo deverão constar pronunciamento da chefia imediata do servidor e lauda da Junta Médica Oficial, bem como parecer conclusivo do Setor de Gestão de Pessoas.

§4º Nos casos em que trata o caput, a redução de carga horária é de até 20% (vinte por cento) da jornada de trabalho, sendo exigida do servidor a compensação de horário na Unidade Administrativa, de modo que seja cumprido integralmente o seu regime semanal de trabalho.

§5º Cabe ao chefe imediato analisar, semestralmente, a necessidade da permanência da redução da carga horária, exigindo comprovantes de comparecimento do servidor aos atendimentos especializados. Em caso de dúvida, o servidor deverá ser encaminhado à Junta Médica Oficial para nova avaliação.

DA CONCESSÃO DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDORES COM DEFICIÊNCIA Art. 43. Será concedido horário especial ao servidor com deficiência devidamente enquadrada na legislação vigente, quando comprovada a necessidade de tratamento ou reabilitação, por Junta Médica Oficial, sem a necessidade de compensação de horário.

§1º O pedido de concessão do benefício previsto neste artigo será examinado em processo individual, instruído com os seguintes documentos:

I - A comprovação da necessidade do atendimento especializado ao servidor com deficiência que seja incompatível com o horário de trabalho, mediante parecer técnico fornecido pela instituição que estiver prestando-lhe atendimento, que deverá ser homologado por Junta Médica Oficial, que emitirá laudo definindo se há necessidade de acompanhamento especializado, e o período necessário ao tratamento;

II - Comprovante de residência do servidor; e,

III - Dia, horário e local de atendimento ao servidor com deficiência em instituição de saúde ou reabilitação.

§2º Do parecer técnico deverá constar:

I – Caracterização da deficiência do servidor;

II – Indicação da forma e do período de tratamento ou atendimento; e,

III - Exames complementares que comprovem a deficiência ou a necessidade de atendimento ou reabilitação.

§3º Nos casos em que trata o caput, a redução de carga horária é de até 20% (vinte por cento) da jornada de trabalho.

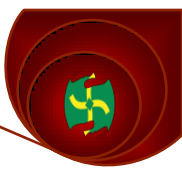
§4º Cabe ao chefe imediato analisar, semestralmente, a necessidade da permanência da redução da carga horária, exigindo comprovantes de comparecimento do servidor aos atendimentos especializados. Em caso de dúvida o servidor deverá ser encaminhado à Junta Médica Oficial para nova avaliação.

DA REVERSÃO

Art. 44. A reversão é o retorno à atividade do servidor aposentado por invalidez, quando, por Junta Médica Oficial, ficar comprovada a sua reabilitação, tornando insubsistentes os fundamentos de concessão da aposentadoria.

§1º A Junta Médica Oficial poderá requisitar outros exames que julgar necessários para a aferição da capacidade laborativa do servidor.

§2º O pedido somente poderá ser interposto após o prazo mínimo de 01 (um) ano, da publicação da aposentadoria do servidor no Diário Oficial do Distrito Federal, e poderá ser



realizado uma vez a cada ano, até o prazo máximo de 05 (cinco) anos da aposentadoria;

§3º A reversão dar-se-á no mesmo cargo ou no cargo resultante de sua transformação, sem restrições laborais.

DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Art. 45. A aposentadoria por invalidez é garantida ao servidor que, estando ou não em licença para tratamento saúde, for considerado incapaz de ser readaptado ao exercício das atividades do cargo.

§1º A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade, mediante avaliação da Junta Médica Oficial.

§2º Os proventos da aposentadoria por invalidez serão proporcionais ao tempo de contribuição, exceto se decorrentes de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, conforme especificado na legislação do Regime Próprio de Previdência dos Servidores Públicos do Distrito Federal.

§3º O lapso de tempo compreendido entre o término da licença e a publicação do ato da aposentadoria será considerado como prorrogação de licença, o qual não poderá ser superior a 60 (sessenta) dias. §4º O laudo da Junta Médica Oficial não pode se referir ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas na legislação do Regime Próprio de Previdência dos Servidores Públicos do Distrito Federal.

Art. 46. Se a aposentadoria por invalidez for decorrente de acidente em serviço, deverá constar em arquivo médico cópia do processo de sindicância instaurado por ocasião do acidente.

§1º No caso de doença profissional, o laudo da Junta Médica Oficial deve estabelecer o nexo causal entre a moléstia e a atividade exercida pelo servidor.

§2º No caso do parágrafo anterior, o Ministério da Saúde deve ser notificado, como determina a Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador.

§3º Considera-se como moléstia profissional ou ocupacional aquela decorrente das condições próprias do trabalho (da sua forma especial de realização ou situações peculiares de trabalho que agravam uma doença de base pré-existente) ou do seu meio restrito e expressamente caracterizada como tal por Junta Médica Oficial.

DA REVISÃO DA APOSENTADORIA

Art. 47. O servidor aposentado com provento proporcional ao tempo de contribuição, caso venha a ser acometido de quaisquer das moléstias especificadas na legislação do Regime Próprio de Previdência dos Servidores Públicos do Distrito Federal, passará a perceber provento integral, calculado com base no fundamento legal de concessão da aposentadoria.

Parágrafo único. A constatação da doença especificada em lei será realizada por Junta Médica Oficial.

DA CONCESSÃO DE PENSÃO POR INVALIDEZ

Art. 48. Para fins de concessão de pensão por invalidez a dependente maior de idade, a Junta Médica Oficial emitirá laudo que conste:

I – A existência, ou não, de invalidez no requerente;

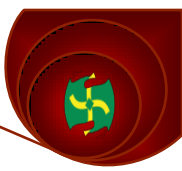
II – A data do início da invalidez, se possível, ou se a invalidez ocorreu anterior à morte do servidor; e,

III – Ocorrendo invalidez, se esta é definitiva ou não, sendo que, neste caso, deverá determinar o período provável da invalidez, podendo o beneficiário, ao término do período, solicitar nova avaliação;

Parágrafo único. A inclusão do dependente inválido poderá ser realizada por Junta Médica Oficial antes da morte do servidor.

DA INSTRUÇÃO DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DISCIPLINARES

Art. 49. Nos casos de dúvida sobre a sanidade mental do servidor que esteja respondendo a processo administrativo disciplinar, a Comissão Processante deverá propor à autoridade competente que ele seja submetido a exame pela Junta Médica Oficial, da qual participe pelo menos 01 (um) médico psiquiatra.



Parágrafo único. A Junta médica Oficial poderá solicitar que o servidor indiciado seja submetido à avaliação psicossocial.

DA VERIFICAÇÃO DE INSALUBRIDADE, PERICULOSIDADE OU ATIVIDADE PENOSA

Art. 50. As Unidades de Saúde Ocupacional realizarão, sempre que necessário, ou conforme solicitação do Setor de Gestão de Pessoas, a elaboração do Laudo técnico das Condições Ambientais do trabalho - LTCAT para constatação de condições insalubres e/ou perigosas relacionadas às atividades ou ambientes de trabalho dos servidores, conforme lei específica.

Parágrafo único. Para prevenção dos riscos ocupacionais, os órgãos da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal deverão possuir o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA.

Art. 51. O Setor de Gestão de Pessoas do órgão ficará responsável pela atualização permanente dos servidores que fazem jus ao adicional de insalubridade ou periculosidade no respectivo módulo do SIGRH, ou outro que o substitua, ou equivalente, conforme movimentação de pessoal, sendo, também, de sua responsabilidade, proceder à suspensão do pagamento, mediante comunicação oficial ao servidor interessado.

Art. 52. Os LTCATS deverão ser elaborados por intermédio de inspeções nos locais de trabalho para identificação e análises quantitativas e qualitativas dos fatores de riscos físicos, químicos e biológicos, contendo as descrições das atividades e dos locais de trabalho dos servidores.

§1º Os riscos físicos, químicos, biológicos, das atividades e operações perigosas e do local de trabalho do servidor poderão ser descritos no levantamento técnico, por Profissional de Segurança do trabalho com curso e registro no respectivo órgão de classe, e o enquadramento técnico legal dos referidos adicionais deverão ser definidos, obrigatoriamente, por Médico do Trabalho, Engenheiro em Segurança do trabalho, ou Gestor de Saúde e Segurança do trabalho, que possuam habilitação técnica e que integrem o Quadro de Pessoal do Distrito Federal, e sejam lotados nas Unidades de Saúde Ocupacional ou nas Unidades de Segurança do trabalho.

§2º O LTCAT somente será renovado se houver alteração no ambiente, mudança de lotação ou de atividades. Não ocorrendo tais alterações, o LTCAT será renovado após 20 (vinte) anos.

§3º O servidor poderá solicitar, a qualquer momento, a verificação das condições de trabalho para fins de concessão dos adicionais, para eliminação dos riscos ou para interdição de setor ou equipamento que possa causar danos iminentes, por intermédio de formulário próprio.

§4º A solicitação deverá ser feita através de processos individualizados. Em casos excepcionais, à critério da Unidade de Saúde Ocupacional, conforme as questões técnicas-científicas-legais, os LTCATS poderão ser realizados coletivamente, atendendo à lisura do processo de elaboração técnica e agilidade de conclusão do trabalho.

§5º A Equipe de Segurança do trabalho, no momento das inspeções ou nas auditorias da implementação do PPRA, deverá encaminhar ao Setor de Gestão de Pessoas do Órgão, com cópia à Unidade de Saúde Ocupacional, Relatório de Inspeção técnica e sempre que necessário, solicitar o embargo ou a interdição da atividade, do setor ou maquinário que possam causar danos graves e iminentes à saúde ou integridade física dos servidores, mediante constatação expressa no PPRA, constando prazo para a solução ou para a minimização do fator de risco.

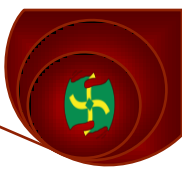
Art. 53. A servidora gestante ou lactante, enquanto durar a gestação e a lactação, deve exercer suas atividades em local salubre e em serviço não perigoso.

§1º Para efeito deste Decreto, considera-se o período de lactação aquele referente à licença maternidade de 180 (cento e oitenta) dias.

§2º O afastamento da gestante ou lactante do local insalubre e de serviço perigoso será feito mediante requerimento da servidora à Unidade de Saúde e Segurança do trabalho do órgão.

Art. 54. O pagamento dos adicionais será suspenso quando cessar o risco ou o servidor for afastado do local ou atividade que deu origem à concessão.

Art. 55. Conforme lei específica, o reconhecimento de tempo de atividade especial pelo



Distrito Federal deverá ser instruído com o Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP e o Laudo Técnico de Condições Ambientais do trabalho -LTCAT.

Parágrafo único. O Setor de Gestão de Pessoas deverá preencher e manter atualizado, por intermédio das informações contidas no LTCAT.

Art. 56. Os locais nos quais os servidores operem Raios-X ou substâncias radioativas serão fiscalizados permanentemente para que as doses de radiação ionizante não ultrapassem o nível máximo previsto na legislação própria.

Art. 57. Os órgãos que possuam instalações de Raios-X e substâncias radioativas deverão ser providos dos meios técnicos que evitem as irradiações fora do campo operacional radioterápico, destinados a proteger devidamente o operador e o paciente, bem como proporcionar-lhes meios adequados de defesa, inclusive com vestuário completo anti-radioativo (equipamento de proteção individual e/ou coletiva).Art. 58. Os responsáveis pelos serviços de radiologia e radioterapia determinarão o imediato afastamento do trabalho do servidor que apresente indícios de lesões radiológicas, orgânicas ou funcionais (ou dosimetria individual mensal alterada), encaminhando-o para a respectiva Unidade de Saúde Ocupacional.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 59. Aos servidores ocupantes de cargos em comissão ou de natureza especial, sem vínculo efetivo com o Distrito Federal, aplicar-se-ão as regras insertas no Regime Geral de Previdência Social.

Art. 60. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 61. Revogam-se as disposições em contrário, em especial o Decreto nº 32.546, de 09 de dezembro de 2010.

Brasília, 10 de dezembro de 2012.

125º da República e 53º de Brasília

AGNELO QUEIROZ