



MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE PERÍCIA EM SAÚDE



MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE PERÍCIA EM SAÚDE

REITOR AFASTADO

Herman Jacobus Cornelis Voorwald

VICE-REITOR NO EXERCÍCIO DA REITORIA

Julio Cezar Durigan

PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO

Ricardo Samih Georges Abi Rached

**COORDENADORIA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL - COSTSA**

Dr. Walnei Fernandes Barbosa

**GRUPO RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO MANUAL DE PROCEDIMENTOS
DE PERÍCIA EM SAÚDE:**

Marisa Brefe – Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araraquara

Lucieni Maria Gomes Pessoa – COSTSA - Reitoria

Maria Inês Gomes de Macieira – Seção Técnica de Saúde da Reitoria

Maria Aparecida dos Santos – Seção Técnica de Saúde da Reitoria

Regina Aparecida Napoleão – Assessoria Jurídica da Reitoria

Co-participação:

Katia Aparecida Biazotti – COSTSA - Reitoria

Silvia Cristina Camargo Pinceli – COSTSA - Reitoria

Dr^a Vania de Lourdes Arcos – Seção Técnica de Saúde do Câmpus de Botucatu

Dr Onivaldo Fanti Júnior – Seção Técnica de Saúde do Câmpus de São José do Rio Preto

Colaboração:

Coordenadoria de Recursos Humanos

Revisor Técnico:

José Celso Soares Vieira

Arte e Diagramação:

NEAD – Núcleo de Ensino a Distância – Reitoria

Mario Eduardo Bianconi Baldini – Faculdade de Ciências Agrônômicas do Câmpus de Botucatu

Impressão:

Seção de Gráfica da Faculdade de Ciências e Letras - Câmpus de Araraquara

Conteúdo

CONTEÚDO	3
APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I.....	11
Conceitos Básicos de Perícia em Saúde para Avaliação da Capacidade Laborativa	13
Perícia Oficial em Saúde.....	13
Médico Perito.....	13
Capacidade Laborativa	13
Incapacidade Laborativa.....	13
Doença Incapacitante	14
Invalidez	14
Deficiência	14
Acidente no Trabalho	15
Doença Profissional	15
Doença Relacionada ao Trabalho	15
Readaptação	15
Licenças por Motivo de Saúde.....	15
Conceitos de documentos médico legal	15
CAPÍTULO II.....	17
Doenças Especificadas em Lei	19
Doenças Especificadas no § 1º do artigo 186 da Lei nº 8.112/1990.	19
Alienação Mental	19
Cardiopatia Grave.....	21
Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público	24
Doença de Parkinson	25
Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson	26
Esclerose Múltipla.....	28
Espondiloartrose Anquilosante.....	29
Estados Avançados do Mal de Paget	29
Hanseníase	30
Neuropatia Hansênica – Diagnóstico do Dano Neural.....	31
Nefropatia Grave.....	33
Neoplasia Maligna	34
Paralisia Irreversível e Incapacitante.....	35
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids).....	36
Tuberculose Ativa	38
Doenças especificadas na Lei nº 11.025/2004.....	40
Hepatopatia Grave.....	40
Contaminação por Radiação.....	43
CAPÍTULO III	45
ATRIBUIÇÕES.....	47
Do Médico Perito	47
Dos médicos que compõem a Junta	47
Do Grupo de Reabilitação Profissional.....	48
CAPÍTULO IV.....	49
Ética e Sigilo Médico	51
CAPÍTULO V	53
Exames Médicos-Periciais	55
Sistematização da Perícia	55
Agendamento e Local de Realização dos Exames Médico-Periciais.....	55
Falta do servidor ao Exame de Perícia Médica.....	56

Recusa do servidor à Perícia Médica.....	56
CAPÍTULO VI.....	57
Parâmetros de Afastamentos Por Motivos De Doença.....	59
Parâmetros de Afastamento por Motivos Médicos.....	59
Capítulo I - Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B9)	59
Capítulo II - Neoplasias (Tumores) (C00-D48)	59
Capítulo IV - Doenças Endócrinas, Nutricionais Metabólicas (E00-E90)	60
Capítulo V - Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99)	60
Capítulo VI – Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99).....	61
Capítulo VII – Doenças do Olho e Anexos (H00-H59)	61
Capítulo VIII- Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide (H60-H95)	62
Capítulo IX - Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)	62
Capítulo X – Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)	63
Capítulo XI – Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)	64
Capítulo XII - Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (L00-L99)	64
Capítulo XIII - Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)	64
Capítulo XIV – Doenças do Aparelho Geniturinário (N00-N99).....	65
Capítulo XV - Gravidez, Parto e Puerpério (O00-O99).....	66
Capítulo XVII – Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (Q00-Q99)	67
Capítulo XVIII - Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório Não Classificados em Outra Parte R00-R99).....	67
Capítulo XIX - Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (S00-T98)	67
Capítulo XXI - Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde (Z00-Z99)	68
Procedimentos sem CID Específico	68
Parâmetros de Afastamento por Motivos Odontológicos.....	69
Capítulo I - Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B99)	69
Capítulo VI - Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)	69
Capítulo XI - Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)	69
Capítulo XII – Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (L00-L99)	70
Capítulo XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)	70
Capítulo XVII – Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (Q00-Q99)	70
Capítulo XIX – Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (S00-T98)	71
CAPÍTULO VII.....	73
ITEM I.....	75
Exame Admissional	77
ITEM II.....	79
<i>Subitem I</i>	81
Das Licenças Médicas	83
Licença para Tratamento de Saúde.....	83
Licença “Ex-Ofício”	83
Licença Médica, a pedido do servidor.....	83
<i>Subitem II</i>	87
Licença Compulsória	89
<i>Subitem III</i>	91
Licença Gestante.....	93
<i>Subitem IV</i>	95
Licença Adoção.....	97
<i>Subitem V</i>	99
Licença por motivo de Doença em Pessoa da Família	101
<i>Subitem VI</i>	103
Licença ao Servidor Acidentado no Exercício de suas Atribuições ou Acometido por Doença Profissional	105
Acidente de Trabalho	105
Doença Ocupacional.....	106
Sem concessão de licença médica	106
ITEM III.....	109
Da Decisão Final e da Publicação do Resultado.....	111
Pedidos de Reconsiderações.....	111
Pedido de Reconsideração ao Coordenador da COSTSA.....	111

Pedido de reconsideração ao Magnífico Reitor	111
ITEM IV	113
Junta Médica	115
ITEM V	117
Readaptação	119
ITEM VI	123
Aposentadoria por Invalidez.....	125
ITEM VII.....	127
Isenção de Imposto de Renda na Fonte e dos Descontos Previdenciários	129
Isenção de Imposto de Renda na Fonte	129
Isenção dos descontos Previdenciários	129
ITEM VIII.....	131
Direito ao Vale-Transporte, Vale-Trans-Individual e Vale-Alimentação	133
ITEM IX.....	135
Direito ao Benefício Auxílio Educação Especial	137
ITEM X	139
Disposições Gerais	141
CAPÍTULO VIII	143
CAPÍTULO IX.....	169
ITEM I	171
Exame Admissional.....	173
ITEM II	175
Falta ao Serviço por Motivo de Doença.....	177
ITEM III.....	179
Acidente de Trabalho ou Doença Profissional.....	181
ITEM IV	183
Salário Maternidade	185
ITEM V	187
Aposentadoria por Invalidez.....	189
ITEM VI.....	191
Reabilitação Profissional.....	193
ITEM VII.....	195
Direito ao Vale-Transporte, Vale Trans-Individual e Vale-Alimentação	197
ITEM VIII.....	199
Direito ao Benefício Auxílio Educação Especial	201
CAPÍTULO X.....	203
CAPÍTULO XI.....	209
DECRETO nº 29.180, DE 11 DE NOVEMBRO DE 1988.	211
DECRETO Nº 2.591, DE 09 DE OUTUBRO DE 1973	220
DECRETO Nº 51.738,DE 5 DE ABRIL DE 2007	221
DECRETO Nº 52.088, DE 23 DE AGOSTO DE 2007.....	222
Resolução SS - 333, de 16-11-2007	224
Resolução SS - 352, de 21-12-2007	225
LEI COMPLEMENTAR Nº 1041, DE 14 DE ABRIL DE 2008	226
LEI COMPLEMENTAR Nº 1054, DE 7 DE JULHO DE 2008.....	228
Lei Complementar Nº 1.123, de 1 de julho de 2010 de São Paulo	230
CAPÍTULO XII	237
Referências Bibliográficas.....	239

Apresentação

A elaboração deste Manual surgiu da necessidade de se normatizar, regulamentar e universalizar, no âmbito da Unesp, os procedimentos de perícia em saúde.

O início desse processo foi o Seminário Saúde e Segurança do Trabalhador, que ocorreu em novembro de 2009, com 126 participantes, representantes de todas as Unidades Universitárias, compostas por servidores das áreas de Recursos Humanos e das Seções Técnicas de Saúde e Diretores Administrativos.

Nesse encontro, houve ampla discussão democrática, definindo-se a forma como os procedimentos em perícia seriam realizados, respeitando-se a legislação.

Foi possível nessa oportunidade perceber interação ímpar em nossa instituição entre os representantes dessas seções, demonstrando comprometimento com a instituição e interesse comum a todos. Agradecemos por essa participação exemplar.

Foi instituída então, a Comissão do Manual de Procedimentos de Perícia em Saúde, presidida por Marisa Brefe e composta por Luciene Maria Gomes Pessoa, Maria Inês Gomes de Macieira, Maria Aparecida dos Santos e Regina Aparecida Napoleão.

Inúmeras foram as reuniões para o desenvolvimento desse trabalho e tamanha a dedicação desse grupo em traduzir as expectativas e decisões tomadas no Seminário, adequando-as à legislação. Não há palavras para dimensionar o agradecimento que temos a essa Comissão.

Da mesma forma, é importante ressaltar o apoio do Pró-Reitor de Administração, Prof. Dr. Ricardo Samih Georges Abi Rached, que desde o início aprovou e possibilitou o desenvolver de todo esse processo de trabalho.

Foi fundamental o olhar diferenciado do Magnífico Reitor Prof. Dr. Herman Jacobus Cornelis Voorwald, que tem priorizado a melhoria da qualidade de vida dos servidores da Unesp com implementação de políticas voltadas para esse objetivo.

Esperamos que este Manual seja um instrumento realmente manuseado, facilitador, e que contribua para que a nossa Universidade se torne cada vez mais coesa, homogênea, apesar da nossa distribuição espacial e logística.

Obrigado

Walnei Fernandes Barbosa



Introdução

O presente manual tem como objetivo orientar os profissionais das áreas de Recursos Humanos, das Seções Técnicas de Saúde e os Médicos Peritos quanto às rotinas de funcionamento do Sistema de Perícia em Saúde da Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador e Sustentabilidade Ambiental – COSTSA.

O manual foi elaborado num processo participativo com a contribuição de profissionais das áreas: de saúde, jurídica, técnica e administrativa, que refletem um conjunto de consensos construídos ao longo de 10 meses de trabalho.

Tratamos das relações éticas no ato pericial, do sigilo profissional, de ações transdisciplinares e, sobretudo, do respeito e da humanização nas relações entre administração, perito, assistente e servidor.

A existência de regras claras e de critérios transparentes são requisitos essenciais ao Estado de Direito.

A avaliação pericial dos servidores é ato imprescindível nos processos de licenças, aposentadorias, readaptações, nexos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Pretende-se que o presente manual seja instrumento de referência para auxiliar na condução das rotinas de trabalho quanto à Perícia em Saúde.

Capítulo I

Conceitos Básicos de Perícia em Saúde para Avaliação da Capacidade Laborativa

Conceitos Básicos de Perícia em Saúde para Avaliação da Capacidade Laborativa

Perícia Oficial em Saúde

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

A perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

1. **Junta Médica:** perícia oficial em saúde realizada por grupo de três médicos ou mais; e
2. **Perícia Médica:** perícia oficial em saúde realizada por apenas um médico.

Médico Perito

É o profissional médico treinado adequadamente, com a atribuição de se pronunciar conclusivamente sobre condições de saúde e capacidade laborativa do examinado, para fins de enquadramento em situação legal pertinente. Deve ter experiência na dinâmica de acompanhamento de servidores afastados, da doença ocupacional, sólida formação clínica, domínio da legislação de benefícios dos servidores e conhecimento de profissiografia, noções de epidemiologia, além da facilidade de comunicação e de relacionamento.

Na perícia, o médico deve ater-se à boa técnica e respeitar a disciplina legal e administrativa. Deve ser justo para não negar o que é legítimo nem conceder o que não é devido nem seu. Respeitadas a lei e a técnica, o médico perito deve ser independente e responder apenas perante a sua consciência.

Deve rejeitar pressões de qualquer natureza ou origem, como especialmente as de outras fontes que infelizmente existem e procuram por vezes fazer tráfico de influência, de suposta autoridade.

Quando alguém presta assistência a outrem, fica preso ao sigilo profissional. Porém a revelação do segredo médico faz-se necessária: nas perícias médicas judiciais, limitando-se a exposição do que tiver conhecimento sem ultrapassar a esfera de suas atribuições e competências.

Verifica-se daí que, como clínico, o médico está preso ao sigilo profissional e dele está liberto quando perito (salvo por declaração ou pedido do cliente).

O exame médico pericial é um exame de caráter técnico e especializado, que exige destreza e muita habilidade junto da experiência adquirida.

No procedimento, o estado do indivíduo é levado em consideração em qualquer estágio da doença.

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 ou função autárquica. O indivíduo é considerado capaz para exercer uma determinada atividade ou ocupação quando reúne as condições morfofisiológicas compatíveis com o seu pleno desempenho.

A capacidade laborativa não implica ausência de doença ou lesão. Na avaliação da capacidade deve ser considerada a repercussão da doença ou lesão no desempenho das atividades laborais.

Incapacidade Laborativa

É a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para os cargos ou função autárquica, decorrente de alterações patológicas consequentes a doenças e acidentes.

A avaliação da incapacidade deve considerar o agravamento da doença, bem como o risco à vida do servidor ou de terceiros, cuja continuação o 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.

1. **Quanto ao grau:** a incapacidade laborativa pode ser **parcial ou total:**
 - a. Considera-se como **parcial** o grau de incapacidade que permite o desempenho das atribuições do cargo ou função autárquica, sem risco de vida ou agravamento;
 - b. Considera-se como incapacidade **total** a que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo ou função autárquica, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos servidores detentores de cargo ou função autárquica.
2. **Quanto à duração,** a incapacidade laborativa pode ser **temporária ou permanente:**
 - a. Considera-se **temporária** a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro do prazo previsível;
 - b. Considera-se **permanente** a incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos de terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.
1. **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 ou função autárquica;
 - b. **Multiprofissional** – é aquela em que o impedimento abrange diversas atividades do cargo ou função autárquica;
 - 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.

Doença Incapacitante

É a enfermidade que produz incapacidade para desempenhar as atividades laborais do ser humano.

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

Invalidez

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

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

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.

Acidente no Trabalho

É aquele que ocorre com o servidor, pelo exercício do cargo ou função autárquica no ambiente de trabalho ou no exercício de suas atribuições, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou mental.

São também considerados acidentes em serviço os eventos que ocorrem no percurso da residência para o trabalho e vice-versa.

Doença Profissional

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

Doença Relacionada ao Trabalho

Consiste na doença em que a atividade laboral é fator de risco desencadeante, contributivo ou agravante de um distúrbio latente ou de uma doença preestabelecida.

A doença relacionada ao trabalho estará caracterizada quando, diagnosticado o agravo, for possível estabelecer uma relação epidemiológica com a atividade laboral. As doenças endêmicas, contraídas no exercício do trabalho, também serão caracterizadas como doenças relacionadas ao trabalho.

Readaptação

Quando se verificar, como resultado da avaliação de Junta Médica, redução da capacidade física do servidor ou estado de saúde que impossibilite ou desaconselhe o exercício das funções inerentes ao seu cargo ou função autárquica, e desde que não se configure a necessidade de aposentadoria, nem de licença para tratamento de saúde, poderá o servidor ser readaptado em atividades diferentes das que lhe cabem, sem que essa readaptação lhe acarrete qualquer prejuízo.

Licenças por Motivo de Saúde

É o direito do servidor de ausentar-se, sem prejuízo do vencimento ou remuneração a que fizer jus por motivo de:

- Tratamento da própria saúde;
- Doença em pessoa de sua família;
- Acidente no trabalho;
- Licença-gestante

Conceitos de documentos médico legal

Quando o médico, por qualquer razão, fornece informação escrita, em que relata matéria médica de interesse jurídico, estamos diante de um documento médico-legal. É evidente que esta situação pressupõe tratar-se de profissional habilitado na forma da legislação vigente e que tenha praticado ato médico específico, salvo no caso de pareceres que podem se basear em documentos pré-existentes.

Capítulo II

Doenças Especificadas em Lei

Doenças Especificadas em Lei

As doenças especificadas no § 1º do artigo 186 da Lei nº 8.112/1990 permitem aos seus portadores a concessão de alguns benefícios.

O servidor acometido por essas enfermidades, e que seja considerado inválido, terá direito à aposentadoria por invalidez com proventos integrais (§ 3º do art. 186 da Lei nº 8.112/1990).

Essas doenças, acrescidas das especificadas no art. 1º da Lei nº 11.052/2004, permitem aos seus portadores a isenção de imposto de renda sobre proventos de aposentadoria, reforma ou pensão.

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

A sua comprovação deverá ser feita por intermédio de laudos médicos e exames complementares.

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

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

- Alienação mental;
- Cardiopatia grave;
- Cegueira posterior ao ingresso no serviço público;
- Doença de Parkinson;
- Esclerose múltipla;
- Espondilartrose anquilosante;
- Formas avançadas da Doença de Paget;
- Hanseníase;
- Nefropatia grave;
- Neoplasia malignas;
- Paralisia irreversível e incapacitante;
- Síndrome da imunodeficiência adquirida (SidaAids);
- Tuberculose ativa.

b) Doenças especificadas no artigo 1º da Lei nº 11.052/2004

- Hepatopatia grave;
- Contaminação por radiação

Doenças Especificadas no § 1º do artigo 186 da Lei nº 8.112/1990.

Alienação Mental

Conceito: Conceitua-se como alienação mental todo quadro de distúrbio psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja 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 permanentemente para qualquer trabalho.

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

O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido por isso de qualquer atividade funcional.

Há indicação legal para que todos os servidores portadores de alienação mental sejam interditados judicialmente.

O perito deve avaliar se é conveniente e apropriado o enquadramento do indivíduo com alienado mental. O simples diagnóstico desses quadros não é indicativo de enquadramento.

Normas de Procedimentos para a Perícia Oficial em Saúde

Deverão constar dos laudos declaratórios da invalidez do portador de alienação mental os seguintes dados:

1. Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças;
2. Estágio evolutivo;
3. A expressão “alienação mental”.

Crítérios de Enquadramento

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

1. Seja grave e persistente;
2. Seja refratária aos meios habituais de tratamento;
3. 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 crônicas 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 crônicas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
3. Psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente crônicas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;
4. 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).

Cardiopatia Grave

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

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

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

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

CLASSE I	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispneia nem angina de peito.
CLASSE II	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.
CLASSE III	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.
CLASSE IV	Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

Na avaliação da capacidade funcional do coração devem ser utilizados os meios diagnósticos disponíveis para quantificar o déficit funcional e estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave, sendo necessária a avaliação conjunta dos resultados dos exames.

A limitação funcional cardíaca será definida pela análise criteriosa dos métodos propedêuticos, quando indicados, a saber:

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

15. Teste cardiopulmonar.
16. Perfusão miocárdica por microbolhas.

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

1. Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva;
 - a. Sinais de disfunção ventricular, baixo débito cardíaco, dispneia de esforço e em repouso (CF III e VI da NYHA), fenômenos tromboembólicos, tontura, síncope, precordialgia. Fração de ejeção <40%; dilatação e hipocontratilidade ventricular vistas no estudo hemodinâmico.
2. Síndrome de insuficiência coronariana;
 - a. Quadro clínico de forma crônica – Angina classes III e IV da CCS (**Canadian Cardiovascular Society**), apesar da terapêutica máxima adequadamente usada; manifestações clínicas de insuficiência cardíaca, associada à isquemia aguda nas formas crônicas, a presença de disfunção ventricular progressiva; arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extrasístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada devem-se associar dados do ECG e Holter).
 - b. Cinecoronarioventriculografia – Lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de >70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerda; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação inter-ventricular.
 - c. Fatores de risco e condições associadas – Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.
3. Síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundário a uma cardiopatia;
4. Arritmias complexas e graves; arritmias que cursam com instabilidade elétrica do coração, complexas, refratárias ao tratamento, sintomáticas (síncope, fenômenos tromboembólicos).

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

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

Critérios de Enquadramento

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

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

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave:

1. Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);
2. Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);
3. Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassistolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
4. Cardiopatia congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
5. Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA.

A perícia somente enquadrará os servidores como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patológica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 meses.

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

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

O laudo da Perícia Oficial em Saúde deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), a classe funcional e os elementos usados para a classificação, que permitiram o enquadramento legal da lesão incapacitante, e concluir pela existência ou não de cardiopatia grave.

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

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

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

Após um infarto do miocárdio, a avaliação de risco baseia-se em três fatores: percentagem de miocárdio isquêmico residual, extensão da disfunção ventricular esquerda e potencial arritmico.

Quando o tratamento adequado, clínico ou intervencionista, melhorar ou abolir as alterações cardiológicas, o diagnóstico de cardiopatia grave deve ser reconsiderado e reavaliado.

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

Sabe-se, também, que em um grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencio-

nista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação.

Esse é o conceito dinâmico de “reversibilidade” da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

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

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 à cegueira e como tal considerados:

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

Graus de perda parcial da visão

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

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

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

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

Serão consideradas perdas parciais de visão equivalentes a cegueira e, portanto, enquadradas em lei, os graus II, III e IV e no grau I, os indivíduos que tiverem campo visual igual ou menor que 20°, no melhor olho.

Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas

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

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

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/33	0,6	88,5
20/40	0,5	84,5

20/50	0,4	76,5
20/67	0,3	67,5
20/100	0,2	49,0
20/200	0,1	20,0
20/400	0,05	10,0

Crêterios de Enquadramento

A perícia concluirá pela incapacidade definitiva e invalidez por cegueira dos portadores de perda total de visão (cegueira) nos dois olhos, sem percep o luminosa, determinada por afec o crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado.

A perícia também concluirá pela invalidez permanente por cegueira dos servidores que apresentarem diminui o acentuada da acuidade visual, nos grau II, III e IV descritos nos itens acima, em decorrência de afec o crônica, progressiva, não suscetível de corre o óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, com base em parecer especializado.

A perícia oficial em saúde, ao emitir laudos de invalidez de portadores de afec o que os incluam nos graus de diminui o da acuidade visual descritos anteriormente, deverá escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão “equivalente   cegueira”.

Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente.   necessário ter aten o para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, que, no caso de agravamento, poderão pleitear aposentadoria. Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avalia o da condi o atual.

Em resumo, serão considerados portadores de deficiência visual comparável a cegueira os servidores que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para corre o, ou campo visual igual ou inferior a 20 graus (campo tubular), ou ocorrência de ambos. Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério bem como os que ingressaram no serviço público já portadores de deficiência compatível com cegueira.

Doença de Parkinson

Conceito: A Doença de Parkinson   um distúrbio degenerativo do sistema nervoso central, idiopático, lentamente progressivo, decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal, identificável por uma série de manifesta es:

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

Considera es:

Na maioria dos casos, não   possível conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou Doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (p s-encefalite, arteriosclerótica, etc.), a doença   conhecida como Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário.

Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legisla o, exigindo apenas o reconhecimento da

incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

Não se incluem nos dispositivos da lei as formas de parkinsonismo secundário, de caráter transitório, ocasionadas por medicamentos, cujo quadro clínico regride com a suspensão da droga, e por outras etiologias.

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

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

Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson

A) BRADICINESIA DE MÃOS – INCLUINDO ESCRITA MANUAL	
Sem comprometimento.	0
Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual.	1
Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente.	2
Lentificação grave do uso da supinação-pronação, incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	3
B) RIGIDEZ	
Não detectável.	0
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso.	1
Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado.	2
Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3
C) POSTURA	
Postura normal. Cabeça fletida para frente, menos que 10 cm.	0
Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para frente, mais de 12 cm.	1
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
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 interfalange. Começando a flexão dos joelhos.	3
D) BALANCEIO DE MEMBROS SUPERIORES	
Balanceio correto dos dois braços.	0
Um dos braços com diminuição definida do balanceio.	1
Um braço não balança.	2
Os dois braços não balançam.	3
E) MARCHA	
Passos bons, compassada de 40 cm a 75 cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encurtada para passada com 30 cm a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encurtada com 15 cm a 30 cm. Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início a marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como “gaguejar”. O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3

F) TREMOR

Sem tremor detectado	0
Observado movimento tremor com menos de 2,5 cm de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz.	1
O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	2
Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A escrita e a autoalimentação são impossíveis.	3

G) FACE

Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto.	0
Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão	1
Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca.	2
Face congelada. Boca aberta 0,5 cm ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca.	3

H) SEBORREIA

Nenhuma.	0
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	1
Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa.	2
Seborréia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa	3

I) FALA

Clara, sonora, ressonante, fácil de entender.	0
Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender.	1
Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento: dificuldade para ser compreendida.	2
Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	3

J) CUIDADOS PESSOAIS

Sem comprometimento.	0
Ainda capaz de todos os cuidados pessoais, mas a velocidade com que se veste torna-se empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado.	1
Requer ajuda em certas áreas críticas, como para virar-se na cama, levantar-se de cadeiras, etc. Muito lento no desempenho da maioria das atividades, mas trata esses problemas designando mais tempo para cada atividade.	2
Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	3

TOTAL =

Análise:

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

Critérios de Enquadramento

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

1. Quando as manifestações clínicas e evolução da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e à realização das atividades normais da vida diária;
2. Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

A perícia não deverá enquadrar como incapazes definitivamente para o serviço ativo os portadores de

parkinsonismo secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

Esclerose Múltipla

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

Etiologia

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

Patologia

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

Sinais e sintomas

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

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

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

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

Curso

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

Diagnóstico

É indireto, por dedução 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.

Exames complementares ao diagnóstico:

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

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

Critérios de Enquadramento

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

Espondiloartrose Anquilosante

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

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

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

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

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

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

Critérios de Enquadramento

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

Ao firmarem seus laudos, a perícia deverá fazer constar:

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

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

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

Estados Avançados do Mal de Paget

Conceito: O Mal de Paget é uma afecção óssea crônica, caracterizada por deformações ósseas de

evolução lenta e progressiva, de etiologia desconhecida, geralmente assintomática e acometendo um só osso ou, menos frequentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

Quadro Clínico

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

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

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

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

Ao firmar o diagnóstico, a perícia oficial em saúde deverá registrar a extensão das deformidades e as partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

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

Hanseníase

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

Sinais Cardinais da Hanseníase:

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

Classificação

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

1. **Paucibacilares (PB)** – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; tratamento de seis meses
Indeterminada (I)
Tuberculóide (T)
2. **Multibacilares (MB)** – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses.

A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

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

- a) **Dimorfa (D);**
- b) **Virchowiana (V);**
- c) **Não Especificada (NE).**

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

Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri:

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

Neuropatia Hansênica – Diagnóstico do Dano Neural

Sinais e Sintomas

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

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

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

Graus de Incapacidade

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

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

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

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problemas 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 incapacidade de contar 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 do tornozelo.
---	---

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

Teste manual da exploração da força muscular

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

Critérios de Enquadramento

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

O que pode levar ao afastamento das atividades laborativas são os casos de episódios reacionais (Reação tipo I e II), caracterizados pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou 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. Essas alterações levam à incapacidade temporária ou definitiva, devendo ser avaliadas e acompanhadas por especialistas como dermatologista, neurologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e outros.

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

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

A perícia oficial em saúde concluirá pela invalidez quando os servidores apresentarem sequelas incapacitantes sem possibilidade de recuperação.

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

Nefropatia Grave

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

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

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

Quadro Clínico

Manifestações clínicas:

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

Alterações nos Exames Complementares

1 - Alterações laboratoriais:

- a. Diminuição da filtração glomerular;
- b. Diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
- c. Aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico;
- d. Distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
- e. Acidose.

2 - Alteração nos exames por imagem:

- a. Diminuição das áreas renais nas enfermidades crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
- b. Distorções da imagem normal consequente de cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
- c. Distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;
- d. Diminuição da eliminação de contrastes quando usados.

Considerações:

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

Doenças Renais Crônicas – Estadiamento e Classificação*

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

4	15 – 29	6,1 – 9,0	IR grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	IR terminal ou pré-dialítica

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

São consideradas nefropatias graves:

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

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).

Avaliação Diagnóstica e Estadiamento

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

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

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

Prognóstico

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

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

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

Objetivos do Exame Pericial

O exame pericial objetiva comprovar:

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

Critérios de Enquadramento

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

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

A perícia deverá, ao emitir o parecer conclusivo, citar:

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

Os servidores portadores de neoplasia maligna detectada pelos meios propedêuticos e submetido a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico serão considerados portadores dessa enfermidade durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, mesmo que o estadiamento clínico indique bom prognóstico. O carcinoma basocelular e outras neoplasias de comportamento similar não se enquadram nesta situação.

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

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

Paralisia Irreversível e Incapacitante

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

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

A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios gra-

ves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade e que tornem o servidor impossibilitado para qualquer trabalho de forma total e permanente.

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

Não se equiparam às paralisias as lesões osteomusculoarticulares envolvendo a coluna vertebral.

Classificação das Paralisias

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

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

Critérios de Enquadramento

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

A perícia deverá especificar no laudo os diagnósticos anatômicos e etiológicos e o caráter definitivo e permanente como citado na Lei.

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

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

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

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)

Conceito: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma grave imunodeficiência que se manifesta no aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas e lesões neurológicas.

Classificação

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

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

Categoria “A”:

1. Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;

2. Linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extralinguais, com duração de pelo menos três meses, associada às sorologia positiva para o HIV;
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;

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

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

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

1. Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
2. Criptococose extrapulmonar;
3. Câncer cervical uterino;
4. Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
5. Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
6. Histoplasmose disseminada;
7. Isosporíase crônica;
8. Micobacteriose atípica;
9. Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
10. Pneumonia por *P.carinii*;
11. Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
12. Bacteremia recorrente por “salmonella”;
13. Toxoplasmose cerebral;
14. Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15. Criptosporidiose intestinal crônica;
16. Sarcoma de Kaposi;
17. Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
18. Encefalopatia pelo HIV;
19. Síndrome consumptiva pelo HIV.

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

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

Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial

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

OBS: A3, B3, C1, C2 e C3 são consideradas Sida/Aids. As demais categorias são consideradas portadores do vírus HIV.

Crêterios de Enquadramento:

1. Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).
2. Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifesta es clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral pela perícia. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam com sorologia positiva e incapacitada para retorno ao trabalho, serão aposentados.
3. A revisão da aposentadoria, em qualquer situa o, será feita por meio de nova inspe o médica pela Perícia Oficial em Saúde.
4. Deverá constar, obrigatoriamente, nos laudos de aposentadoria, se o servidor   portador do HIV ou de Sida/Aids, mencionando, ainda, a sua classifica o de acordo com o quadro acima (por exemplo: A1).

Tuberculose Ativa

Conceito: A tuberculose   urna doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, de evolu o aguda ou crônica e de notifica o compulsória. Pode acometer em qualquer  rgo, tendo, no entanto, nítida predile o pelo pulmão.

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticados em fase precoce e a boa evolu o de suas lesões se tratadas corretamente, torna-se fundamental a avalia o da fase evolutiva da doença ou da condi o de “atividade” das lesões para estabelecer a no o de cura ou a resposta ao tratamento.

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que importa   a sua repercussão geral no indivíduo e no desempenho das suas atividades.

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal aqueles indivíduos que tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da tuberculose, refratários aos esquemas terapêuticos existentes, ou aqueles que, na cura, por consequência da resolu o cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limita o funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho.

Classifica o

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

1. **Classe 0:** indivíduo sem exposi o   tuberculose e sem infec o tuberculosa;
2. **Classe I:** indivíduo com história de exposi o   tuberculose, porém, sem evidência de infec o tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
3. **Classe II:** indivíduo com infec o tuberculosa, caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém, sem tuberculose;
4. **Classe III:** indivíduo com doença ativa e que apresenta quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e define as lesões tuberculosas.

As lesões tuberculosas são classificadas em:

1. Ativas: progressivas, regressivas ou crônicas;
2. Inativas;
3. De atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);
4. Curadas.

As lesões **ativas** apresentam as seguintes características:

1. Bacteriológicas: presença do *Mycobacterium tuberculosis* ao exame direto e/ou cultura de qualquer secre o ou material colhido para exame em amostras diferentes;
2. Radiológicas:
 - a. Caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado por rea o perifocal;
 - b. Instabilidade das lesões infiltrativas observadas nas séries de radiografias;

- c. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
 - d. Derrame pleural associado;
 - e. Complexo gânglio pulmonar recente
3. Imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD-Reator Forte);
 4. Clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.

As lesões **inativas** apresentam as seguintes características:

1. Bacteriológicas: ausência de ***Mycobacterium tuberculosis*** no exame direto e/ou cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais, durante pelo menos três meses, inclusive em material obtido por broncoaspiração, e negatividade dos exames das peças de ressecção;
2. 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. Clínicas:
 - a) Ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;
 - b) Existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas consequentes à doença e à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas);
 - c) Persistência das condições clínicas favoráveis, com duração de, pelo menos, três meses.

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

As lesões tuberculosas são ditas **curadas** quando, após o tratamento regular com, esquema tríplice, durante seis meses, apresentem as características de inatividade descritas anteriormente.

Localização das Lesões:

Tuberculose pulmonar

A expressão “tuberculose pulmonar ativa” não traduz, necessariamente, uma evolução desfavorável da doença; significa, antes de tudo, o estado dinâmico ou instável do processo, com possibilidade de progredir, regredir ou permanecer estacionário (cronificado) em certo período de tempo.

Tuberculose ganglionar

As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos cervicais.

Tuberculose renal

O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizado por meio dos seguintes exames:

1. Bacteriológico: comprovação da presença do ***Mycobacterium tuberculosis***. “A comprovação bacteriológica é a única que pode afirmar o diagnóstico e a atividade das lesões, mas, nesses casos, só é positiva em 50% dos examinados”.
2. Radiológico: quando revela alterações renais, com lesão dos cálices (que podem chegar até a destruição total desses), dos bacinetes e/ou ureteres.

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

Tuberculose óssea

As localizações mais frequentes são: vertebral e depois coxofemoral.

No Mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral, há, no exame radiológico, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais.

Para a confirmação do diagnóstico de atividade devemos usar como auxiliares: radiografias, biopsias

ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões.

Critérios de Enquadramento

Nos exames para verificação de saúde e aptidão para ingresso no serviço público, a constatação de tuberculose ativa leva à inabilitação do candidato. Por outro lado, a comprovação de lesão inativa ou residual, por si só, não inabilita o candidato. Nesses casos, entretanto se faz necessária uma criteriosa avaliação das sequelas existentes e sua repercussão sobre a capacidade laborativa atual e futura do indivíduo.

O servidor portador de tuberculose pulmonar ativa permanecerá em licença para tratamento de saúde até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do servidor, quando poderá ser julgado apto, a despeito da necessidade de continuação do tratamento pelo tempo necessário.

De modo a comprovar com segurança a atividade da doença, a perícia deverá reavaliar o paciente ao término do tratamento e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

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

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

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

Nos casos em que tenha ocorrido comprovada resistência bacilar aos esquemas usados (determinada por vários testes terapêuticos) ou quando, por consequência da resolução fibrocicatricial de cura, tenha ocorrido importante limitação funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponham importante limitação física ou profilático-sanitária ao indivíduo, será cogitada a aposentadoria por tuberculose pulmonar (TP).

O servidor que apresentar “Cor pulmonale” crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, será julgado de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave, deste Manual.

O servidor portador de lesões tuberculosas extrapulmonares será julgado pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nestas normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

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

As sequelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do servidor terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois dela são decorrentes. Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

Doenças especificadas na Lei nº 11.025/2004

Hepatopatia Grave

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

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

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

Constituem Características das Hepatopatias Graves:

Quadro clínico:

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

Quadro laboratorial:

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

Nos exames por imagem são observadas as seguintes alterações:

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

São causas etiológicas das hepatopatias graves:

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

Classificação

A insuficiência hepática desenvolve-se em consequência da perda de massa celular funcionante, de-

corrente da necrose causada por doenças infecciosas, inflamatórias, tóxicas, alérgicas, infiltrativas, tumorais, vasculares ou por obstrução do fluxo biliar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

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

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

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

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

Contaminação por Radiação

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

A perícia deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a doença apresentada pelo indivíduo.

A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser 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 em fase não invalidante, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.

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

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

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

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

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

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

Quadros clínico e classificação da síndrome cutânea da radiação

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

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

2. Grau II ou moderada (exposição > 12,0 Gy a 30,0 Gy): evolui a com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;
3. Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas degenerativas e necrose;
4. Grau IV ou, muito grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

Diagnóstico

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

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

Critérios de Enquadramento

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

A perícia oficial em saúde fará o enquadramento por síndrome aguda da radiação do servidor que se enquadrar em uma das seguintes condições:

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

Capítulo III

Atribuições

Do Médico Perito

Dos médicos que compõem a Junta

Do Grupo de Reabilitação Profissional

ATRIBUIÇÕES

Do Médico Perito

São atribuições do médico perito da Unesp:

1. Realizar exames médico-periciais, preenchendo os laudos médicos nos modelos próprios da Unesp;
2. Avaliar o enquadramento legal da situação do servidor, com relação aos benefícios previstos em lei para:
 - Licença para tratamento de saúde;
 - Licença compulsória, nos casos em que ao servidor possa ser atribuída a condição de fonte de infecção de doenças transmissíveis, enquanto durar esta condição, na forma prevista no estatuto;
 - Licença para tratamento de saúde de pessoa da família que dependa exclusivamente de cuidados do servidor, desde que devidamente comprovado;
 - Licença para tratamento de doença ocupacional ou acidente de trabalho;
 - Avaliação da possibilidade de readaptação profissional;
 - Licença-gestante;
 - Isenção de recolhimento de Imposto sobre a Renda na Fonte e Isenção dos descontos Previdenciários para os aposentados que se enquadrem na legislação;
 - Avaliação da possibilidade de aposentadoria;
 - Outros procedimentos descritos em lei, que demandem avaliação médico-pericial.
3. Sugerir, quando julgar necessário, exames complementares e pareceres de especialistas, para melhor esclarecimento do caso;
4. Solicitar relatório pormenorizado dos médicos assistentes;
5. Preencher os laudos e os campos da conclusão da perícia em saúde de sua competência assim como todos os demais formulários pertinentes ao caso;
6. Informar ao servidor no ato da perícia, do imediato retorno ao trabalho, no caso de não concessão da licença;
7. Solicitar ao Coordenador da COSTSA a convocação de Junta Médica sempre que:
 - As licenças para tratamento de saúde excederem 90 (noventa) dias consecutivos ou não, pela mesma patologia;
 - Julgar necessária a avaliação do caso por outros médicos peritos e por um especialista;
 - Julgar ser indicada a readaptação ou aposentadoria do servidor;
 - Em situações especiais, a seu critério.
8. Participar como membro de Junta Médica, nos casos em que tenha sido designado pelo Coordenador da COSTSA, conforme atos vigentes;
9. Zelar pela observância do Código de Ética Médica;
10. Manter-se atualizado sobre legislação referente à concessão de benefícios por incapacidade ou por deficiência, participando dos fóruns para os quais for designado;
11. Participar, quando convocado, das revisões de benefícios previstos em lei.

Dos médicos que compõem a Junta

Ao especialista cabe emitir pareceres, atendendo solicitação da Perícia em Saúde, sem concluir sobre a capacidade laborativa do servidor. Deve ater-se às manifestações técnicas a respeito da doença, evitando manifestar-se sobre incapacidade para o trabalho, exceto quando o perito da Junta assim solicitar, pois se trata de atribuição exclusiva.

Ao perito cabe definir a capacidade laboral do servidor, fundamentando-se na avaliação técnica do especialista, relacionada à doença ou sequela que acomete o periciado.

Do Grupo de Reabilitação Profissional

Ao Grupo de Reabilitação composto por profissionais da área de saúde, caberá emitir parecer quanto à capacidade funcional do servidor, indicando as potencialidades e manifestando-se quanto às atividades que poderão ser desenvolvidas quando for indicada pela junta médica Readaptação.

Capítulo IV

Ética e Sigilo Médico

Ética e Sigilo Médico

A ética no processo de avaliação da capacidade laborativa está pautada nas argumentações, no respeito às diferenças e no diálogo com o outro. Portanto, os princípios que devem reger as relações nos atos periciais precisam transcender os códigos, os controles e os métodos para individualizar o periciado.

O perito deve ter senso de justiça, realizando os procedimentos necessários para o exercício do direito, assim como fidelidade à coisa pública de forma a não permitir favorecimentos indevidos ou negação de direitos legítimos.

Todos os profissionais que trabalham nas unidades de atenção à saúde do servidor devem, quando do manuseio dos documentos periciais, guardar sigilo.

Os documentos sigilosos como o Laudo de Perícia em Saúde, atestados, relatórios dos médicos assistentes, exames subsidiários, além dos documentos que façam menção aos diagnósticos explícitos ou codificados e à situação de saúde do servidor deverão ser acostados na contracapa dos expedientes / processos em envelope lacrado, identificado como **SIGILO SAÚDE**.

O perito poderá negar-se a realizar exame médico-pericial quando se julgar impedido por motivo ético (impedimento ou suspeição). Nesse caso, deve reportar-se por escrito ao Coordenador da COSTSA, alegando o motivo de seu impedimento.

Na ocorrência de situações excepcionais, o perito poderá ser recusado para determinado procedimento pelo Coordenador da COSTSA, que deverá tomar as providências que couberem para indicar outro perito para o ato.

Capítulo V

Exames Médicos-Periciais

Exames Médicos-Periciais

São procedimentos realizados por médicos peritos, que têm por finalidade a emissão de parecer técnico na avaliação da condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal, sendo o motivo mais frequente a habilitação a um benefício por incapacidade.

Na realização dos exames médico-periciais, devem ser observadas as seguintes normas gerais:

- Agir com uniformidade de critérios, para o que é indispensável o conhecimento das normas médico-periciais;
- Manter-se isento não se deixando influenciar pela posição funcional do examinado, nem por problemas sociais, não aceitando pressões de qualquer ordem;
- Não tentar resolver, através de decisões periciais, problemas que sejam puramente funcionais ou administrativos;
- Evitar a realização de exame pericial em seus familiares ou em seus próprios pacientes;
- Atentar para os prejuízos ao serviço públicos, em geral traduzidos por gastos indevidos e desnecessários que uma conclusão pericial incorreta pode trazer;
- Ter sempre presente a diferenciação essencial existente entre doença e doença incapacitante, procurando inclusive esclarecer o servidor a respeito, se necessário;
- Analisar com cuidado os antecedentes periciais do servidor e considerar também seu passado laborativo;
- Ouvir com atenção e tempo as queixas do paciente e efetivamente examiná-lo, mantendo um bom relacionamento e informando-o sobre a conclusão pericial, fazendo, assim, com que esta seja mais bem aceita, quando desfavorável e diminuindo os componentes reivindicadores ou mesmo agressivos que possam eventualmente existir;
- Estar sempre atento para a possibilidade de ganho secundário e simulação de incapacidade;
- Não comentar o tratamento realizado, apenas registrando-o na ficha de exame. Observe-se, contudo, que é injustificável não estar sendo tratada uma doença que se apresente em nível incapacitante para o trabalho, considerando que em determinadas patologias (doenças mentais, principalmente) é importante que o tratamento seja especializado, se houver condições para isto;
- A responsabilidade pela conclusão final do laudo é sempre do perito clínico, pois o exame especializado, embora valioso, não é conclusivo.

Sistematização da Perícia

No Prontuário do servidor, deve conter genericamente:

- a. Histórico, relatando as razões motivadoras do exame.
- b. Descrição, relatando pormenorizadamente a matéria médica.
- c. Discussões, analisando o relatado e firmando uma conclusão.
- d. Conclusão a ser aceita como decorrência lógica de toda exposição.
- e. Parecer legal.
- f. Quesitos e respostas para facilitar o manuseio do laudo não de rotina, mas em determinadas situações jurídicas, esclarecedoras (Este item seria reservado a casos especiais).

Esse é um roteiro mínimo e geral que facilita a compreensão e análise do relatório.

Para esta avaliação, o médico necessita saber, além do estado de saúde do examinado, o que a Lei dispõe e o que o indivíduo fazia em seu trabalho, quais as exigências profissionais envolvidas, sem o que é impossível opinar sobre os efeitos da doença constatada.

Agendamento e Local de Realização dos Exames Médico-Periciais

O agendamento das perícias será feita exclusivamente nas Seções Técnicas de Saúde da Região que pertence a Unidade Universitária, bem como a realização das perícias.

Somente poderão ser realizadas perícias fora da sede, para os casos em que houver comprovação médica da necessidade, quando o servidor estiver a trabalho fora de sua Unidade de origem e nos exames admissionais.

Falta do servidor ao Exame de Perícia Médica

Se o servidor não comparecer a uma convocação para exame médico-pericial, ele deverá ser convocado pela segunda vez, cabendo ao médico perito a escolha da data do agendamento.

Caso o servidor falte à segunda convocação para o exame, a GPM será indeferida por não comparecimento em data e local agendado, tendo como consequência a suspensão do pagamento dos dias em que permaneceu afastado de suas atividades laborais.

Recusa do servidor à Perícia Médica

O servidor que se recusar a submeter-se à inspeção médica quando julgada necessária terá seus vencimentos suspensos, devendo a Seção Técnica de Saúde proceder a comunicação do fato à área de Recursos Humanos para as providências cabíveis. (baseada no Decreto 29.180/88, artigo 72, inciso I, letra e.)

Capítulo VI

Parâmetros de Afastamentos por Motivos de Doença

Parâmetros de Afastamentos Por Motivos De Doença

Este capítulo apresenta os parâmetros de afastamentos das principais doenças geradoras de licenças por motivos médicos e odontológicos, com base na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

Os protocolos foram elaborados por especialistas das áreas médica e odontológica. Foram considerados documentos e publicações técnico-científicas atuais, assim como a experiência acumulada em várias instituições públicas.

Trata-se de uma indicação técnica que visa conferir transparência aos atos de avaliação, na medida em que oferece parâmetros para a uniformização de critérios no deferimento de prazos para a concessão de licenças nas perícias em saúde dos servidores.

Os prazos estabelecidos correspondem a referências a serem utilizadas pelos peritos e podem sofrer alterações. O perito deve considerar como preponderante na sua decisão o quadro clínico apresentado pelo servidor no momento da perícia e sua relação com a atividade realmente exercida.

Parâmetros de Afastamento por Motivos Médicos

Capítulo I - Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B9)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
A05 A08 A09	Gastroenterocolites	2
A15	Tuberculose respiratória	30
A15.0	Tuberculose pulmonar	30
A15.6	Derrame pleural por tuberculose	20
A46	Erisipela	10
	Simples	10
	Bolhosa	15
A90	Dengue clássico	7
B06	Rubéola	7
B15/B16 B17/B18	Hepatites virais agudas, crônicas descompensadas e alcoólicas	30
B26	Caxumba	10
B26.8	Parotidite epidêmica com complicações - variável com o tipo de complicação	15
B26.9	Parotidite epidêmica sem complicações – a partir da manifestação	10

Capítulo II - Neoplasias (Tumores) (C00-D48)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS	
Orientação geral do afastamento dependendo do tratamento	Inoperável: encaminhamento para avaliação de aposentadoria operável	90	
	Operável	Irressecável: encaminhamento para avaliação de aposentadoria	90
		Ressecável	90
C02/C06	Neoplasia boca/língua	90	
C15	Neoplasia maligna do esôfago	90	
C16	Neoplasia maligna do estômago	90	
C18	Neoplasia maligna de cólon	90	
C22	Neoplasia maligna do fígado	90	
C25	Neoplasia maligna do pâncreas	90	
C34	Cirurgia para retirada de tumor de pulmão + Z54.0	90	
C50	Neoplasia maligna de mama	90	
	Quadrantectomia mamária + Z54.0	90	
	Mastectomia + Z54.0	90	

C62	Neoplasia maligna dos testículos	Orquiectomia + Z54.0	90
C63	Neoplasia maligna de outros órgãos genitais masculinos		90
C67	Neoplasia maligna de bexiga – Cistectomia + Z54.0		90
C71	Cirurgia para retirada de tumor cerebral + Z54.0		90
C73	Neoplasia maligna da glândula tireóide	Pós-cirúrgico + Z54.0	90
		Pós-radioterapia Z51.0	8
		Quimioterapia Z51.1	8
		Exame de seguimento após tratamento por neoplasia maligna Z08 e Z12.8	30
D25	Leiomioma do útero	Miomectomia convencional + Z54.0	30
		Miomectomia videolaparoscopia + Z54.0	15
D30.3	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos) + Z54.0		10

Capítulo IV - Doenças Endócrinas, Nutricionais Metabólicas (E00-E90)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS	
E03	Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal)	10	
E04	Tireoidectomia parcial	15	
E05	Hipertireoidismo (descompensado e em início.reposição hormonal) clínico supressivo	Radioterápico	8
		Cirúrgico + Z54.0	15
E06.1	Tireoidite subaguda	10	
E10	Diabetes insulínico dependente descompensado e sintomático	7	
E11	Diabetes não insulínico dependente descompensado e sintomático	10	
E24	Síndrome de Cushing	30	
E66.8	Obesidade mórbida-cirúrgico (qualquer modalidade) + Z54.0	Clínico: avaliar comorbidade	30
E89.2	Hipoparatiroidismo pós-cirúrgico + Z54.0	30	

Capítulo V - Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
F00/F09	Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos	30
F10/F19	Intoxicação aguda (0 até 2)	3
	Demais situações (3 até 9)	15
F20/F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	30
F30	Episódio maníaco	30
F31	Transtorno afetivo bipolar	30
F32	Episódio depressivo	20
F40	Transtornos fóbicos ansiosos	20
F41	Outros transtornos ansiosos (síndrome do pânico)	20
F42	Transtorno obsessivo-compulsivo	30
F43	Reação a estresse grave e transtorno de adaptação	15
F44	Transtornos dissociativos ou conversivos	7
F45	Transtornos somatoformes	7
F48	Outros transtornos neuróticos	7
F50	Transtornos de alimentação	20
F53.1	Psicose puerperal	30

Capítulo VI – Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
G00	Meningite bacteriana	20
G02.0	Outras meningites (virais)	10
G05	Outras doenças inflamatórias do SNC (encefalite, mielite e encefalomielite)	60
G20	Doença de Parkinson	90
G21	Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos)	30
G30	Doença de Alzheimer	90
G31	Outras doenças degenerativas do SNC (ex.: álcool)	90
G31	Descompressão do nervo facial por via translabiríntica + Z54.0	90
G35	Esclerose múltipla (crise de agudização)	30
G40	Epilepsia (crise isolada)	5
G43	Enxaqueca	2
G45	Acidente vascular cerebral isquêmico transitório	15
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G51	Descompressão do nervo facial por via mastóidea + Z54.0	30
G51.0	Paralisia facial periférica (Paralisia de Bell)	30
G53.0	Nevralgia pós-zoster	15
G56	Cirurgia por síndrome do túnel do carpo + Z54.0	30
G56.0	Síndrome o túnel do carpo moderada e grave	15
G57.0	Lesão do nervo ciático	15
G58.0	Neuropatia intercostal	15
G61	Polineuropatia inflamatória (S. de Guillain-Barré)	60
G62.1	Polineuropatia alcoólica	60
G63.3	Polineuropatia em doenças endócrinas e metabólicas	60
G70.0	Miastenia gravis	60
G91	Hidrocefalia (shunt de líquido cefalorraquidiano) + Z98.2	60
G99.1	Simpatectomia + Z54.0	30

Capítulo VII – Doenças do Olho e Anexos (H00-H59)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
H01	Blefarite infecciosa	3
H04	Cirurgia do aparelho lacrimal + Z54.0	10
H04.0	Dacriadenite	7
H04.3	Dacriocistite aguda	7
	Canaliculite	5
H05	Transtornos da órbita (celulite)	15
H10	Conjuntivite	5
H10.5	Blefarconjuntivite	7
H11.0	Cirurgia para exérese de pterígeo + Z54.0	10
H15	Transtornos da esclerótica	7
H16	Retirada de corpo estranho de córnea se estiver com úlcera de córnea + Z48	7
H16.0	Úlcera de córnea	7
H16.1	Ceratite sem conjuntivite	5
H16.2	Ceratoconjuntivite	7
H16.3	Ceratite interna e profunda	10
H20	Iridociclite	15
H28	Cirurgia de catarata + Z54.0	30
	Cirurgia para correção de catarata (facectomia) + Z54.0	30
H30/H30.0/ H30.1/H30.2	Inflamações coriorretinianas (uveíte posterior)	30
H33	Descolamentos e defeitos da retina	30

	Cirurgia para correção de descolamentos e defeitos da retina + Z54.0	30
H34	Oclusões vasculares da retina (com diminuição da visão)	30
H35	Outros transtornos da retina com diminuição da visão	15
H35.6	Hemorragia retiniana	30
H36.0	Retinopatia diabética (com procedimento)	15
H40	Glaucoma	15
	Cirurgia para correção de glaucoma + Z54.0	30
H43.1	Hemorragia	30
H44.0	Endoftalmite purulenta	30
H46	Neurite óptica	30
H49	Cirurgia para correção de estrabismo + Z54.0	10
H52	Cirurgia para correção de vício de refração + Z54.0	3

Capítulo VIII- Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide (H60-H95)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
H60	Otite externa aguda (quadros severos e dolorosos)	3
H65/70	Timpanomastoidectomia	30
H65/70	Mastoidectomias associadas ou não a timpanoplastias	30
H65	Otite média aguda não supurada	5
H65	Miringoplastia para colocação de tubo de ventilação + Z54.0	5
H66	Otite média aguda supurada	3
H72/H73	Timpanoplastia + Z54.0	20
H80	Estapedectomia + Z54.0	30
H82	Síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte (em crise de agudização)	15
H91	Surdez súbita	30
H93.3	Exérese de neurinoma do nervo acústico + Z54.0	90

Capítulo IX - Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS	
I01	Febre reumática com comprometimento do coração (cardite reumática)	30	
I10	Hipertensão arterial	PA até 150/110 PA acima de 150/110	2 7
I11	Doença cardíaca hipertensiva	20	
I20	Angina tratamento clínico	20	
	Revascularização miocárdica – a partir da cirurgia + Z54.0	90	
I21	Infarto agudo do miocárdio sem complicação	30	
	Revascularização miocárdica - a partir da data cirurgia + Z54.0	90	
I22	Infarto do miocárdio recorrente	30	
	Revascularização miocárdica – a partir da data da cirurgia + Z54.0	90	
I23	Infarto agudo do miocárdio com complicação	60	
I30	Pericardite aguda	30	
I30	Revascularização do miocárdio + Z54.0	90	
I33	Endocardite aguda	60	
I40	Miocardite aguda	60	
I44	Bloqueio A-V / bloqueio de ramo esquerdo	10	
I47	Taquicardia paroxística	5	
I49	Outras arritmias (taquiarritmias)	5	
I50	Insuficiência congestiva crônica descompensada	30	

I60	Hemorragia subaracnóidea (aneurisma roto, acidente vascular, hemorrágico) + Z54	60	
I71	Aneurisma de aorta + Z54.0	60	
I73	Revascularização de membros inferiores + Z54.0	60	
I80.0	Tromboflebite de veias superficiais dos membros inferiores	7	
I80.2	Trombose venosa profunda dos membros inferiores	30	
I83	Cirurgia de varizes raqui ou peridural + Z54.0	15	
	Cirurgia de varizes com anestesia local Z54.0	7	
	Safenectomia radical + Z54.0	30	
I84	Hemorroidectomia (convencional) + Z54	30	
	Hemorróidas	5	
I85.0	Varizes de esôfago - com sangramento	7	
I86.1	Cirurgia para correção de varicocele + Z54.0	20	
I89.0	Linfedema	Não exige ortostatismo prolongado	-----
		Exige ortostatismo prolongado	Avaliação do especialista
	Casos complicados (geralmente por erisipela)	15	

Capítulo X – Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
J00	Ivas	3
J01	Sinusopatia aguda	5
J02	Faringite aguda viral	3
J03	Amigdalite aguda viral	3
	Amigdalite aguda bacteriana	7
J04	Laringite ou traqueítes agudas virais	3
	Laringite ou traqueítes agudas virais em professores	7
	Laringite ou traqueítes agudas bacterianas	7
J11	Gripe não complicada	3
J12/J16	Pneumonia	10
J18.0	Broncopneumonia	10
J20	Bronquite aguda	5
J21	Bronquiolite	7
J30	Rinopatia alérgica ou vasomotora em vigência de crise de agudização	3
	Em casos severos e se o fator desencadeante estiver presente, como em reformas das unidades de trabalho, afastamento até o término da reforma, enquanto o servidor estiver exposto ao fator de risco desencadeante do quadro	
J34.2	Septoplastias por desvio do septo nasal + Z54.0	15
	Em se tratando de funções que exijam sobrecarga física do servidor	21
J34.3	Turbinectomia + Z54.0	15
J35	Amigdalectomia + Z54.0	10
J36	Abscesso amigdaliano	10
J38	Cirurgia de cordas vocais + Z54.0	30
J41	Bronquite crônica (agudização)	10
J44.1	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização)	7
J45	Asma (crise)	5
	O período poderá ser aumentado em caso de reforma na unidade	
J47	Bronquiectasia (infectada)	15
J85.1	Pneumonia com abscesso	30
J85.2	Abscesso do pulmão	30
J91	Pneumonia com derrame	20
J93	Pneumotórax	15

Capítulo XI – Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
K11	Submandibulite e parotidite aguda não epidêmica	3
K12	Estomatites	3
K21.0	Esofagite de refluxo dias	2
K22.1	Esofagite erosiva - com sangramento	7
K25/K26	Úlcera gástrica ou duodenal	5
K25.4	Úlcera gástrica – com sangramento	10
K29	Gastrite	2
K29.0	Gastrite aguda (erosiva) - com hemorragia	7
K35.1	Apendicectomia no adulto + Z54.0	30
K40	Herniorrafia inguinal + Z54.0	30
K40	Herniorrafia inguinoescrotal + Z54.0	30
K42	Herniorrafia umbelical + Z54.0	15
K43	Herniorrafia epigástrica + Z54.0	20
K40/K46	Herniorrafia incisional + Z54.0	30
K40/K46	Herniorrafia por videolaparoscopia + Z54.0	15
K50	Doença de Crohn – em atividade	10
K51	Retocolite ulcerativa - em atividade	15
K57	Doença diverticular do intestino - em atividade	7
K60	Fistulectomia + Z54.0	30
K60	Fissura das regiões anal e retal	5
K61	Abscesso das regiões anal e retal	7
K74	Cirrose hepática descompensada	60
K80.0	Colecistectomia convencional + Z54.0	30
	Colecistectomia videolaparoscópica + Z54.0	15
K80.0	Calculose da vesícula biliar com colecistite guda	7

Capítulo XII - Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (L00-L99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
L01	Impetigo / Impetiginização de outras dermatoses	7
L02	Abscesso cutâneo	7
L03	Celulite (flegmão)	10
L05	Cisto pilonidal / caso haja procedimento (drenagem)	15
L08.0	Piodermite	7
L14	Herpes zoster + B02.9	15
L20	Dermatite atópica quando agudizada	5
L23	Dermatite alérgica de contato (devendo ser considerada a função exercida)	7
L40	Psoríase quando agudizada e extensa	10
L52	Eritema nodoso - para diagnóstico da doença de base	15
L60.0	Unha encravada (com procedimento e considerada a função)	5
L97	Úlcera de estase	15
L98.0	Granuloma piogênico	5

Capítulo XIII - Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
M05	Artrite reumatóide (em atividade)	15
M10	Artrite gotosa	8
M13.0	Poliartrite não especificada	10

M13.2	Artrite não especificada	10
M16.7	Artroplastias de quadril por artrose + Z54.0	90
M17.9	Artroplastia de joelho por artrose + Z54.0	90
M20.1	Correção de hálux valgo + Z54.0	45
M22.4	Condromalácia da rótula	15
M23	Transtornos internos do joelho	15
M23.5	Artroscopia para reparação ligamentar + Z54.0	60
M23.9	Artroscopia diagnóstica + Z54.0	10
	Artroscopia (para outros procedimentos) + Z54.0	30
M25.4	Derrame articular	15
M32	Lupus eritematoso disseminado (sistêmico)	15
M43.1	Espondilolistese (com sintomatologia)	15
M45	Espondilite anquilosante (com sintomatologia)	30
M43.6	Torcicolo	3
M50/M51	Transtornos dos discos vertebrais (com radiculopatia)	15
	Transtornos dos discos cervicais e outros transtornos dos discos intervertebrais	15
	Laminectomia (hérnia de disco) + Z54.0	60
M54.2	Cervicalgia	3
M54.3	Ciática	15
M54.4	Lombociatalgias agudas	15
M54.5	Lombalgias	5
M62.6	Distensão muscular	10
M65	Sinovite e tenossinovite	7
M65.9	Tenólise + Z54.0	15
M71.2	Cisto sinovial do espaço poplíteo (com sintomatologia)	5
M71.3	Retirada de cisto sinovial de punho + Z54.0	15
M71.9	Bursopatia não especificada	15
M72.2	Faciíte plantar	10
M75.1/M75.4	Lesões do ombro	30
M79.0	Fibromialgia (quadro doloroso inicial)	20
M86	Osteomielite	30
M86.4	Osteomielite crônica com seio drenante	90
M87	Osteonecrose	30
	Da cabeça do fêmur, côndilo do fêmur e platô tibial	90
M90.0	Tuberculose óssea (em atividade)	60
M96.1	Síndrome pós-laminectomia não classificada em outra parte (com subsídios)	30

Capítulo XIV – Doenças do Aparelho Geniturinário (N00-N99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
N00/N03	Glomérulonefrite	20
N04	Síndrome nefrótica	60
N10/N16	Pielonefrite	10
N13	Uropatia obstrutiva e por refluxo	7
N17	Insuficiência renal aguda	90
N18	Insuficiência renal crônica com encaminhamento para aposentadoria	90
N20	Calculose renal	7
N20/N23	Nefrolitotomia + Z54.0	60
	Ureterolitotomia + Z54.0	60
	Retirada de cálculo por via endoscópica + Z54.0	7
	Litotripsia extracorpórea + Z54.0	5
N21.0	Cistolitotomia + Z54.0	40
	Ureterolitotomia + Z54.0	60

N28.8	Nefropexia + Z54.0	30
N29.8	Ureterocistoplastia + Z54.0	40
N30	Cistite	3
N34	Uretrites	3
N35	Uretrotomia interna (estenose de uretra) + Z54.0	30
	Dilatação uretral: dias + Z43	2
N40	Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstrutiva)	10
N41.0	Prostatite aguda	7
N43	Hidrocelectomia + Z54.0	15
N44	Torção de testículo + Z54.0	15
N45	Orquite e epididimite	7
N47	Postectomia + Z54.0	5
N61	Transtornos inflamatórios da mama (casos com sinais flogísticos, associados à infecção)	7
N63	Exérese de nódulo mamário + Z54.0	10
N70	Salpingite e ooforite quando agudas	7
N73	Doença inflamatória pélvica (parametrite, celulite pélvica e pelvipерitonite)	15
N75	Bartholinctomia + Z54.0	15
	Doença da glândula de Bartholin (bartholinite)	7
N76.4	Abscesso vulvar	10
N80	Endometriose (com sintomatologia ocorre no período pré-menstrual)	3
N81	Colpoperineoplastia + Z54.0	30
N88.3	Circlagem por incompetência istmo-cervical com posterior reavaliação + Z54.0	7
N88.3	Incompetência istmocervical - com prorrogação	90
N92	Metrorragia (com patologia de base: mioma, adenomiose, pólipos endometrial)	3
N97	Infertilidade: em caso de realizar tratamento para fertilização (Z31.1)	15

Capítulo XV - Gravidez, Parto e Puerpério (O00-O99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
O00	Cirurgia para gravidez tubária convencional + Z54.0	30
	Videolaparoscópica para gravidez tubária + Z54.0	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparoscopia)	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparotomia)	30
O01	Mola hidatiforme (em caso de curetagem)	10
O06	Curetagem por abortamento + Z54.0	10
	Microcesária + Z54.0	30
O10	Hipertensão preexistente complicando gravidez	15
O13/O14	Pré-eclampsia	15
O20	Ameaça de aborto	15
O21	Hiperemese gravídica	3
O22	Complicações venosas na gravidez (tromboflebite)	15
O23	Infecção urinária na gestação	10
O24	Diabetes na gestação	10
O44	Placenta prévia	15
O60	Trabalho de parto prematuro	15

Capítulo XVII – Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (Q00-Q99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
Q54	Cirurgia para correção de hipospádia no adulto + Z54.0	30

Capítulo XVIII - Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório Não Classificados em Outra Parte (R00-R99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
R49.0	Disfonia sem outras alterações	3

Capítulo XIX - Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (S00-T98)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
S12.9	Fratura da coluna lombar / cervical + Z54.0	90
	Fratura de vértebras cervicais	60
	Coluna cervical	90
S22.0	Fratura de vértebras torácicas (com imobilização)	30
S22.3	Fratura de arco-costal	20
S32.0	Fratura de vértebras lombares (com imobilização)	30
S32.8	Fratura de bacia + Z54.0	60
S42	Fratura de ombro e braço	30
S42.0	Fratura de clavícula + Z54.0	45
S43	Luxação de ombro / clavícula / braço	30
	Luxação recidivante de ombro + Z54.0	60
S46	Tenorragia do ombro + Z54.0	60
S52	Fratura de ossos do antebraço (rádio e ulna)	45
	Olecrano	30
S52.0	Fratura de cotovelo + Z54.0	60
S52.5	Fratura de úmero + Z54.0	60
	Fratura de Colles + Z54.0	45
S53.1	Luxação de cotovelo	30
S62.0	Fratura de escafoide + Z54.0	60
S62.3	Fratura de metacarpianos + Z54.0	45
	Fratura de metacarpiano com imobilização	30
S62.6	Fratura de falanges	15
S63.1	Luxação de dedos da mão	15
S63.3	Tenorragia do punho e da mão + Z54.0	40
S63.5	Entorse de punho	7
S72.0	Fratura de quadril /colo de fêmur + Z54.0	90
S72.1	Artroplastias de quadril por fratura + Z54.0	90
S72.8	Supracondiliana de fêmur	60
S73.0	Luxação de quadril	60
S82/S83	Artroscopia do joelho (outras) + Z54.0	30
S82.0	Cirurgia de rótula com osteossíntese + Z54.0	45
	Fratura de rótula	30
	Cirurgia de rótula com osteossíntese Z54.0	90
S82.1	Fratura de platô tibial + Z54.0	90
	Fratura de platô tibial com imobilização	45
S82.1/S72.4	Artroplastia de joelho por fratura + Z54.0	90
S82.2/S82.3	Fratura de tíbia	60
S82.4	Fratura isolada de fíbula	30
S83	Entorse de joelho	7

S82.5/S82.6	Fratura de maléolo	60
S83.4	Correção de ligamentos colaterais do joelho (aberta) + Z54.0	90
S83.5	Correção do ligamento anterior (aberta) + Z54.0	90
S83/S64	Artroscopia do joelho (para correção de ruptura de ligamento) + Z54.0	60
S83	Tenorrafia aberta de ligamentos do joelho + Z54.0	60
	Realinhamento de patela + Z54.0	45
S86.0	Tenorrafia do tendão de Aquiles + Z54.0	90
S92.0	Fratura de calcâneo / tálus + Z54.0	90
	Fratura de calcâneo (com imobilização)	60
S92.2	Fratura de ossos do tarso com imobilização	30
S92.3	Fratura de metatarsianos + Z54.0	30
S92.5	Pododáctilos	15
S93	Entorse de tornozelo	7
S93.0	Luxação túbio-társica (tornozelo)	60
	Osteossíntese de fêmur + Z54.0	90
T12	Osteossíntese de tíbia + Z54.0	90
	Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, especificadas por local	
	2º grau	5
T20/T25	3º grau	15
T78.3	Urticária gigante	3
T82.0	Troca de válvula cardíaca (se biológica) + Z54.0	60
	Troca de válvula cardíaca (se metálica) + Z54.0	90
T82.1	Troca de gerador do marca-passo + Z54.0	15

Capítulo XXI - Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde (Z00-Z99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
Z03.8	Artroscopia do joelho (diagnóstica)	7
Z13.6	Cateterismo	7
Z13.9	Cistoscopia diagnóstica	2
Z41	Plástica mamária	30
	Dermolipectomia	40
	Lipoaspiração / Lipoescultura	20
	Rinoplastia	20
	Blefaroplastia	7
	Ritidoplastia	20
	Vasectomia	3
Z48.0	Retirada de corpo estranho de córnea + W44	3
Z89.9	Amputação de membros	60
Z94.7	Transplante de córnea	30
Z95.0	Implante de marca-passo	15
Z95.5	Angioplastia sem complicação	15
	Colocação de "stent" em angioplastia sem complicação	15

Procedimentos sem CID Específico

CID	PROCEDIMENTOS	AFAST/DIAS
	Ginecológicas e obstétricas	
	Cirurgia de Wertheim-Meigs (pan-histerectomia + linfadenectomia)	60
	Histerectomia total abdominal	45
	Histerectomia subtotal	30
	Histerectomia vaginal	30

	Anexectomia / ooforectomia convencional	30
	Anexectomia / ooforectomia videolaparoscópica	15
	Curetagem de prova	5
	Urológicas	
C61/D29.1	Prostatectomia convencional	45
C61/D29.1	Prostatectomia transvesical	30
	Ressecção transuretral de próstata	30
	Ressecção transvesical de próstata	45
	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos)	10
	Cistectomia	90
	Nefrectomia	60
	Orquiectomia	10

Parâmetros de Afastamento por Motivos Odontológicos

Capítulo I - Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
A69.1	Gengivite ulceronecrosante aguda (gona)	7
B00.2	Gengivoestomatite herpética (herpes simples)	3
B37.0	Estomatite por Cândida	3

Capítulo VI - Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G50.1	Dor facial atípica	15

Capítulo XI - Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)

(K00-K14 Doenças da Cavidade Oral, das Glândulas Salivares e dos Maxilares)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
K00.1	Dentes supranumerários + Z54.0	5
K01.0	Dentes inclusos	5
K01.1	Dentes impactados	5
K04.0	Pulpite	3
K04.1	Necrose da polpa	3
K04.4	Periodontite apical aguda de origem pulpar	3
K04.5	Periodontite apical crônica + Z54.0	5
K04.6	Abscesso periapical com fístula	3
K04.7	Abscesso periapical sem fístula	3
K04.8	Cisto radicular + Z54.0	3
K05.1	Gengivite crônica + Z54.0	3
K05.2	Periodontite aguda	3
K05.3	Periodontite crônica + Z54.0	5
K05.4	Periodontose + Z54.0	3
K06.1	Hiperplasia gengival + Z54.0	5
K06.2	Lesões da gengiva e do rebordo alveolar em dentes, associadas a traumatismos	3
K06.8	Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	3
K07.0	Anomalias importantes (major) do tamanho da mandíbula + Z54.0	45
K07.1	Anomalias da relação entre a mandíbula com a base do crânio	45

	+ Z54.0	
K07.2	Anomalias da relação dentárias entre as arcadas dentárias + Z54.0	45
K07.6	Transtornos da articulação temporomandibular	5
K08.1	Perda de dentes devido a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	3
K08.2	Atrofia do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	5
K08.3	Raiz dentária retida + Z54.0	3
K09.0	Cistos odontogênicos de desenvolvimento + Z54.0	7
K09.1	Cistos de desenvolvimento (não-odontogênicos) da região bucal + Z54.0	7
K09.2	Outros cistos das mandíbulas + Z54.0	7
K09.8	Outros cistos da região oral não classificados em outra parte + Z54.0	7
K10.0	Transtornos do desenvolvimento dos maxilares + Z54.0	7
K10.1	Granuloma central de células gigantes + Z54.0	3
K10.2	Afecções inflamatórias dos maxilares	7
K10.3	Alveolite maxilar	7
K10.8	Outras doenças especificadas dos maxilares	30
K11.2	Sialadenite + Z54.0	15
K11.3	Abscesso de glândula salivar + Z54.0	15
K11.4	Fístula de glândula salivar + Z54.0	15
K11.5	Sialolitíase + Z54.0	15
K11.6	Mucocele de glândula salivar + Z54.0	7
K11.8	Outras doenças das glândulas salivares + Z54.0	30
K11.9	Doença de glândula salivar, sem outra especificação + Z54.0	30
K12.2	Celulite e abscesso da boca	7
K13.2	Leucoplasia e outras afecções do epitélio oral, inclusive da língua + Z54.0	5
K13.3	Leucoplasia pilosa + Z54.0	5
K13.4	Lesões granulomatosas e granulomatóides da mucosa oral + Z54.0	3
K13.5	Fibrose oral submucosa + Z54.0	5
K13.7	Outras lesões e as não especificadas da mucosa oral	3
K14.5	Língua escrotaI + Z54.0	30
K14.8	Outra doenças da língua + Z54.0	30

Capítulo XII – Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (L00-L99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
L14	Herpes labial sem infecção secundária + B00.1	3
	Com infecção secundária + B00.1	7

Capítulo XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
M86	Osteomielite	30

Capítulo XVII – Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (Q00-Q99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
Q36	Fenda labial + Z54.0	45

Q37	Fenda labial com fenda palatina + Z54.0	45
Q38.1	Anquiloglossia + Z54.0	15

Capítulo XIX – Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (S00-T98)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares	30
S02.5	Fratura de dente	3
S02.6	Fratura de mandíbula	30
S02.8	Outras fraturas do crânio e dos ossos da face	30
S03.0	Luxação de articulação têmporo-mandibular	5
S03.2	Luxação dentária	3
S03.4	Entorse e distensão do maxilar-articulação têmporo-mandibular-ligamento têmporo-mandibular	5
T85.7	Infecção e reação inflamatória devido a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos internos	3

Capítulo VII
Procedimentos
Servidor - Estatutário

Item I

Exame Admissional

Exame Admissional

As perícias em saúde, para fins de ingresso na Universidade, serão realizadas pela Seção Técnica de Saúde. O candidato deverá ser encaminhado à Seção Técnica de Saúde, munido de documento hábil de identificação e da requisição de exame médico de sanidade e capacidade física de ingresso (**anexo I**), preenchida pelas áreas de Recursos Humanos, para agendamento do exame admissional.

A Seção Técnica de Saúde orientará o candidato, dependendo do cargo ou função autárquica para a qual está sendo nomeado ou admitido, quanto aos exames laboratoriais e outros especificados no PCMSO, que deverá apresentar na data agendada para a perícia em saúde de ingresso.

Além dos exames especificados no PCMSO, serão solicitados, ainda, os seguintes exames, a cargo do empregador:

- Hemograma completo, glicemia em jejum, Gama GT e creatinina;
- Papanicolau;
- Carteira de vacinação devidamente atualizada;
- Radiografia de tórax em PA e perfil.

Exceções:

Será solicitado, também, dos candidatos que possuem idade igual ou superior a 45 anos os seguintes exames:

- Perfil lipídico (colesterol total, triglicérides e HDL colesterol);
- PSA total e livre;
- Mamografia.

Exames complementares poderão ser exigidos, a critério médico, para apuração da capacidade ou aptidão física e mental do candidato para o cargo ou função autárquica que deverá exercer.

Após o exame, será expedido o Certificado de Sanidade e Capacidade Física (**anexo II**), onde deverá constar se o candidato está **apto** ou **inapto** para o exercício das atividades.

O certificado deverá ser emitido em duas vias sendo que uma será arquivada na Seção Técnica de Saúde e a outra enviada à área de Recursos Humanos.

O certificado de sanidade terá validade de 12 (doze) meses, que será contado a partir da data de sua expedição. A validade deste cessará quando for concedida ao servidor licença médica, exceto nos casos de servidora gestante e licença por motivo de doença em pessoa da família.

Será indispensável submissão à nova perícia médica para ingresso ou exercício quando:

- Na perícia médica anterior tenha sido necessária a manifestação de junta médica;
- Para desempenho das atribuições de novo cargo ou função autárquica, forem exigidos exames especiais.

O servidor desta Universidade, que se candidatar a outro concurso público nesta Instituição, se habilitado e convocado, deverá ser submetido a novo exame admissional, se seu certificado de sanidade não estiver dentro do prazo de validade acima mencionado, ou seja, 12 (doze) meses.

O servidor admitido no regime jurídico efetivo ou autárquico que for admitido para exercer função em confiança estará dispensado de novo exame admissional de ingresso.

A contagem do prazo para o candidato entrar em exercício poderá ser suspensa nas seguintes hipóteses:

- Por até 120 (cento e vinte) dias a critério do médico perito, a partir da data da apresentação do candidato na Seção Técnica de Saúde para perícia de sanidade e capacidade física para fins de ingresso, sempre que a inspeção médica exigir essa providência, cabendo à Seção Técnica de Saúde comunicar o fato à área de Recursos Humanos (**anexo III**). O prazo para o candidato entrar em exercício recomeçará a correr sempre que o candidato, sem motivo justificado, deixar de submeter-se aos exames médicos julgados necessários, conforme artigos 52 e 53 da Lei nº 10.261/68 alterada pela Lei Complementar 1123/2010.
- Por 30 dias (trinta), mediamente a interposição de recurso pelo candidato contra a decisão do médico perito da Seção Técnica de Saúde. A interposição de recurso pelo candidato dar-se-á no prazo de 05 (cinco) dias, a contar da data de decisão do médico perito da Seção Técnica de Saúde. (**Vide item Pedidos de Reconsiderações**)

Item II
Das Licenças Médicas

Subitem I

Licença para Tratamento de Saúde

Das Licenças Médicas

- Ex-ofício;
- Licença a pedido;
- Licença Gestante;
- Acidente de Trabalho ou Doença Ocupacional;
- Licença por motivo de Doença em Pessoa da Família.

Licença para Tratamento de Saúde

A licença para tratamento de saúde dependerá de perícia em saúde realizada nas Seções Técnicas de Saúde e poderá ser concedida:

- “Ex-ofício”
- A pedido do servidor.

Licença “Ex-Ofício”

Quando o chefe imediato ou mediato perceber que o servidor apresenta algum problema de saúde que esteja interferindo na execução de suas atividades profissionais, e, se o servidor se recusar a procurar tratamento médico, o chefe imediato ou mediato deverá emitir ofício confidencial esclarecendo as razões determinantes à área de Recursos Humanos que deverá emitir a Guia de Perícia Médica - GPM e encaminhá-la a Seção Técnica de Saúde para agendamento da perícia. **(Procedimentos para e após emissão da GPM idêntico ao da Licença Saúde)**

Licença Médica, a pedido do servidor

O servidor que necessitar de licença para tratamento de saúde deverá comparecer à área de Recursos Humanos de sua Unidade, munido de atestado e/ou relatório médico ou declaração de internação, no prazo máximo de 05 (cinco) dias corridos contados de seu afastamento do trabalho.

O relatório médico deverá conter os seguintes itens:

- Nome completo do paciente;
- Data de emissão do relatório;
- Data do início do acompanhamento médico;
- Limitações (Física e/ou Psíquica);
- Exames subsidiários (Resultados), com cópias para que sejam anexadas ao prontuário;
- Tratamento (pregresso e atual);
- Evolução;
- Prognóstico.

A área de Recursos Humanos procederá a emissão da GPM, em 04 (quatro) vias, acessando o site do Sistema de RH.

Caso o servidor se encontre impossibilitado de comparecer à área de Recursos Humanos de sua Unidade, deverá ser representado por outrem.

A área de Recursos Humanos, quando do preenchimento da GPM, deverá atentar para a data da emissão do atestado médico, bem como a data de início da licença. A data da emissão da GPM não poderá ser anterior à data da emissão do documento médico apresentado.

Caso a data do documento médico apresentado seja superior a 05 dias consecutivos, limitado até 10 dias de seu afastamento do trabalho, o servidor deverá apresentar justificativa comprovando motivo de força maior ou graves condições de saúde. Na falta de comprovação ou ser julgada insuficiente a justificativa, serão registrados como faltas os dias que ultrapassem a retroação.

Não deverá ser emitida a GPM pela área de Recursos Humanos, quando o prazo ultrapassar 10 dias.

A área de Recursos Humanos deverá observar o correto preenchimento da GPM, quanto a/à:

- Nome completo do servidor, sem abreviações;

- Número do RG, CPF, NI;
- Situação funcional;
- Endereço completo com CEP, telefone com DDD;
- Informação sobre o motivo da perícia;
- Local, data e assinatura do responsável por sua expedição.

NOTA: Nos casos em que o servidor solicitar emissão de GPM para fins de concessão de Licenças Médicas pela primeira vez, é necessário que a área de Recursos Humanos providencie cópia do RG do servidor e o anexo à GPM.

Uma vez emitida a GPM, o servidor ou seu representante, deverá comparecer à Seção Técnica de Saúde até o primeiro dia útil subsequente ao da emissão da GPM para protocolo da mesma e agendamento da perícia em saúde.

Caberá, somente, solicitação de licença para tratamento de saúde quando a ausência do servidor for igual ou superior a dois dias.

Quando o funcionário ou servidor adoecer em localidade diversa de sua sede, a GPM poderá ser por ele preenchida e assinada devendo comunicar o fato à Unidade de origem.

Estando o servidor a trabalho, fora da Unidade de origem e, havendo unidade da UNESP com Seção Técnica de Saúde instalada, o servidor poderá, mediante a apresentação do Atestado Médico, dirigir-se à área de Recursos Humanos da localidade, que emitirá a GPM encaminhando-o para o agendamento de perícia médica na Seção Técnica de Saúde local.

Na ocorrência da situação acima mencionada, a área de Recursos Humanos que emitiu a GPM deverá contatar a área de Recursos Humanos de origem do servidor informando sobre o fato.

A GPM poderá ser recusada pelas Seções Técnicas de Saúde, se:

- Estiver preenchida incorretamente ou de maneira incompleta;
- For apresentada depois do primeiro dia útil subsequente ao da sua emissão;
- Contiver rasura que comprometa sua autenticidade;
- GPM emitida pela primeira vez não estiver anexada a cópia do RG.

Deverá verificar se o atestado está devidamente preenchido, se contém CID e, na falta deste, deverá solicitar que o servidor apresente relatório médico que deverá ser preenchido conforme descrito acima, devidamente preenchido pelo Médico Assistente.

A Seção Técnica de Saúde deverá agendar o exame médico-pericial, sempre que possível, dentro do prazo de vigência do benefício requerido.

O protocolo será feito em livro próprio, em que deverão constar:

- Número do protocolo;
- Nome do servidor;
- Unidade a que pertence;
- Tipo de benefício requerido;
- Data e hora agendadas para a perícia.

O número e a data do protocolo também deverão ser anotados na GPM.

Para o exame médico-pericial, o servidor deverá comparecer à Seção Técnica de Saúde na data e hora agendadas, portando os relatórios e atestados emitidos, assim como os exames que tiverem sido realizados em decorrência de seu adoecimento.

Passará por pré-consulta com a enfermagem e será encaminhado para exame médico-pericial.

Em seguida, o servidor será encaminhado para entrevista com a Assistente Social ou Enfermeira, que deverá esclarecer adequadamente sobre a conclusão do exame, os prazos estabelecidos e as providências que ele deverá tomar, se houver.

Após conclusão da perícia, a Seção Técnica de Saúde deverá proceder da seguinte forma, em relação à GPM:

- Primeira via, acompanhada do atestado e RG (quando se tratar de guia emitida pela primeira vez) será encaminhada a COSTSA para publicação;
- Segunda via será arquivada na Seção Técnica de Saúde;

- Terceira via será entregue ao servidor, e;
- Quarta via será encaminhada à área de Recursos Humanos, sem o CID.

O prazo máximo para licença médica será de 90 dias por GPM emitida.

Os prazos de licença expiram no último dia da concessão, devendo o servidor retornar ao trabalho no próximo dia útil, exceto quando o benefício tiver sido concedido por indicação de junta médica ou quando o período de afastamento for superior a 30 dias; nestes casos, o servidor deverá passar pelo médico da Seção Técnica de Saúde para emissão do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) para retorno ao trabalho.

No caso de solicitação de licença médica, em que após a emissão da GPM, verificar-se a necessidade de continuidade do afastamento, pelo médico assistente, não será necessária a abertura de outra GPM, desde que o servidor ainda não tenha sido periciado.

Caberá ao médico perito, caso conceda a licença, aplicar a soma do número de dias dos atestados apresentados.

No caso do servidor estar apto para retornar ao trabalho antes do término da licença saúde concedida, este deverá dirigir-se à Seção Técnica de Saúde, munido de atestado médico onde deverá constar que está apto para retorno ao trabalho, para agendar nova avaliação pericial. Em havendo concordância por parte do médico perito quanto ao retorno do servidor ao trabalho, a Seção Técnica de Saúde deverá elaborar de imediato Ofício ao Coordenador da COSTSA solicitando que seja retificado o período da licença concedida e publicada, com cópia para a área de Recursos Humanos para ciência quanto ao retorno do servidor ao trabalho.

Atenção: Ao servidor licenciado para tratamento de saúde não mais será concedida licença em prorrogação, cabendo ao servidor ou à autoridade competente ingressar, quando for o caso, com um novo pedido de licença.

Subitem II
Licença Compulsória

Licença Compulsória

O servidor considerado com fonte de infecção de doença transmissível poderá ser imediatamente afastado, a critério médico, enquanto durar essa condição.

Verificada a procedência da suspeita pelo médico perito, o servidor será licenciado para tratamento de saúde, considerando-se incluídos no período da licença os dias de licenciamento compulsório.

Quando não confirmada a suspeita, deverá o servidor retornar ao serviço, considerando-se como efetivo exercício, para todos os efeitos legais, o período de licença compulsória.

Subitem III
Licença Gestante

Licença Gestante

A servidora gestante terá direito a 180 (cento e oitenta) dias de licença e será concedida:

Antes do parto: a partir do oitavo mês (34 semanas) de gestação, salvo prescrição médica em contrário, devendo comparecer à área de Recursos Humanos, munida de atestado médico que emitirá, no mesmo ato, GPM, em 04 (quatro) vias e neste caso a licença vigorará a partir da data fixada na GPM pelo Médico Perito que realizar a perícia em saúde. **(Procedimento para e após emissão da GPM idêntico ao de Licença Saúde)**

As licenças propostas antes de completado o oitavo mês de gestação, por complicações da mesma ou intercorrências clínicas, devem ser para tratamento de saúde e não licença gestante.

Após o parto: será concedida mediante a apresentação da certidão de nascimento da criança por meio de requerimento à área de Recursos Humanos, e considerar-se-á, como início da licença, a data do parto, podendo, quando for o caso, retroagir até 15 (quinze) dias do evento.

Em caso de natimorto, será concedida à servidora licença para tratamento de saúde, a critério médico, na forma prevista para licença médica.

Concedida a licença gestante, ainda que a criança venha a falecer durante a licença, a servidora poderá usufruí-la por inteiro, entretanto o disposto não inibe a realização da perícia em saúde para retorno laboral a pedido da licenciada, devendo reassumir o exercício se for considerada apta.

Fica assegurado à funcionária ou servidora o direito ao gozo do restante do período de licença quando, entre a data do parto e a do início do exercício no serviço público, mediar tempo inferior a 180 (cento e oitenta) dias (Lei Complementar nº 1054/2008), requerida mediante apresentação da certidão de nascimento da criança.

Subitem IV
Licença Adoção

Licença Adoção

O servidor poderá obter licença de 180 dias, com vencimentos ou remuneração integrais, quando adotar menor de até 07 (sete) anos de idade, ou quando obtiver judicialmente a sua guarda para fins de adoção.

Como não é necessária a realização de perícia médica, o servidor deverá solicitar a licença diretamente na área de recursos humanos por tratar-se de procedimento administrativo amparado pela Lei Complementar nº 367/1984 alterada pela Lei Complementar nº 1.054/2008.

Subitem V

Licença por motivo de Doença em Pessoa da Família

Licença por motivo de Doença em Pessoa da Família

O servidor poderá solicitar afastamento do trabalho para cuidar da saúde de pessoa da família, por motivo de doença do cônjuge e de parentes até 2º grau, quando verificada pelo médico assistente, ser indispensável a sua assistência pessoal, impossível de ser prestada simultaneamente com o exercício de seu cargo ou função autárquica.

Equipara-se ao cônjuge, o companheiro ou a companheira com quem viva, há pelos menos 5 (cinco) anos e os parentes até segundo grau aqueles que assim define o código Civil Brasileiro.

O servidor deverá procurar a Área de Recursos Humanos de sua Unidade, munido de atestado médico ou relatório médico pormenorizado, para emissão da GPM. **(Procedimento para e após emissão da GPM idêntico ao de Licença Saúde).**

É importante ressaltar que não basta apresentar relatório médico do parente adoecido. Por ocasião da perícia em saúde, a pessoa da família deverá ser periciada para que o benefício seja concedido.

Obs.: Em caso de familiar internado, o servidor deverá, além do Atestado Médico ou Relatório Médico, apresentar Declaração de Internação Hospitalar.

A reiteração de pedido de licença por motivo de doença em pessoa da família deverá ser objeto de sindicância social a ser realizada pela Seção Técnica de Saúde.

A licença será concedida com vencimento ou remuneração, até 01 (um) mês e com os seguintes descontos:

- De 1/3 (um terço), quando exceder de 1 (um) mês até 3 (três);
- De 2/3 (dois terços), quando exceder a 3 (três) meses até 6 (seis);
- Sem vencimento ou remuneração, do sétimo ao vigésimo mês.

Para efeito dos descontos acima, serão somadas as licenças concedidas durante o período de 20 (vinte) meses, contado da primeira concessão.

Não cabe concessão de licença a mais de um servidor para assistir o mesmo paciente.

O servidor ocupante exclusivamente de função de confiança não terá direito à licença por motivo de doença em pessoa de sua família.

Atenção: Ao servidor licenciado por motivo de Doença em Pessoa de sua Família não mais será concedida licença em prorrogação, cabendo ao servidor ou à autoridade competente ingressar, quando for o caso, com um novo pedido de licença.

Subitem VI

Licença ao Servidor Acidentado no Exercício de suas Atribuições ou Acometido por Doença Profissional

Licença ao Servidor Acidentado no Exercício de suas Atribuições ou Acometido por Doença Profissional

O servidor que se acidentar no exercício de suas atribuições ou que tenha adquirido doença profissional terá direito à licença com vencimento ou remuneração.

Considera-se, também, acidente de trabalho a agressão sofrida e não provocada pelo servidor no exercício de suas funções e a lesão sofrida pelo servidor quando em trânsito no percurso usual para o trabalho.

Os conceitos de acidentes de trabalho, bem como a relação das moléstias profissionais, para fins de enquadramento dos acidentes de trabalho, serão os adotados pela legislação federal vigente à época do acidente. **(anexo IV)**

Acidente de Trabalho

O servidor deverá comunicar imediatamente seu Superior Imediato ou Mediato ou à área de Recursos Humanos da Unidade, qualquer acidente de trabalho que ele venha a sofrer.

Caso o servidor necessite afastar-se de suas atividades, deverá apresentar atestado médico para emissão da GPM. **(Procedimento para e após emissão da GPM idêntico ao de Licença-saúde).**

A área de Recursos Humanos orientará o servidor que a licença será enquadrada, a princípio, como licença para tratamento de saúde.

Será indispensável para enquadramento da licença como acidente de trabalho, a sua comprovação em expediente, que deverá iniciar-se no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, mediante o preenchimento da Notificação de Acidente de Trabalho – NAT, em 02 (duas) vias **(anexo V)**, pelo superior imediato, juntamente com o servidor, conforme orientação da área de Recursos Humanos.

A área de Recursos Humanos receberá a NAT, devidamente preenchida, e solicitará a abertura de expediente de Acidente de Trabalho referente ao processo de Licença Saúde individual do servidor, instruindo-o com a NAT. Caberá, ainda, à área de Recursos Humanos, encaminhar cópia da NAT à CIPA local para registro do acidente.

No caso de acidente de trajeto, o expediente deverá ser instruído com cópia do Boletim de Ocorrência, cópia do atendimento hospitalar e outros documentos que o comprovem.

Instruído o expediente, a área de Recursos Humanos o encaminhará à Seção Técnica de Saúde para que o médico perito avalie o servidor e emita parecer, estabelecendo ou não o nexo-causal, na NAT e, se entender necessário, solicitará novos exames ou a apresentação de documentos que comprovem a doença ou lesão.

Após o recebimento do expediente de acidente de trabalho e estabelecido o nexo causal, a Seção Técnica de Saúde deverá juntar cópia da(s) GPM(s), frente e verso, dos períodos que inicialmente foram considerados como licença para tratamento de saúde e que se pretende transformar em acidente de trabalho.

Os documentos de sigilo médico deverão ser acostados na contracapa do expediente, em envelope lacrado, identificado como **SIGILO SAÚDE**.

O expediente para comprovação de acidente de trabalho deverá ser enviado ao Coordenador da COSTSA para parecer final.

Quando do encaminhamento do expediente ao Coordenador da COSTSA, a Seção Técnica de Saúde deverá providenciar cópia completa do expediente e anexa-lá na contracapa do mesmo, considerando a necessidade de uma cópia ter que ser arquivada no DPME.

O expediente deverá, então, conter os seguintes documentos:

Notificação de Acidente de Trabalho – NAT com o Nexo causal já estabelecido;

- Cópia do boletim de ocorrência (para acidente de trajeto) se for o caso;
- Cópia do atendimento médico realizado;
- Ofício de encaminhamento ao Coordenador da COSTSA e

- Cópias das GPMs (frente/verso)
- e demais documentos médicos acostados na contracapa do expediente, em envelope lacrado, identificado como **SIGILO SAÚDE**, bem como a cópia completa do expediente.

O Coordenador da COSTSA recebe o expediente para análise e emissão de parecer e, se entender necessário, encaminhará o mesmo para apreciação da Comissão de Acidente de Trabalho.

Concluída a análise do expediente pelo Coordenador e, em caso de parecer favorável, o mesmo será encaminhado ao DPME para retificação do enquadramento legal da licença no DOE.

Quando o servidor se acidentar no exercício de suas atribuições sem que haja incapacidade laboral, portanto, sem que haja necessidade de concessão de licença, deverá ser aberto expediente como descrito acima para comprovação do acidente, não ocorrendo nestes casos, publicação em DOE.

Doença Ocupacional

Com concessão de licença médica

No caso de comprovação de doença ocupacional, em que tenha sido concedida licença médica ao servidor, deverá ser adotado o procedimento como o explicitado no item acidente de trabalho, havendo, entretanto, algumas diferenças na documentação que deverá ser juntada ao expediente, não havendo, nesse caso, o prazo de 10 (dez) dias para a abertura do expediente.

O expediente deverá ser instruído pela área de Recursos Humanos com a Notificação de Doença Ocupacional - NDO, (**anexo VI**) com o PPRA e o PCMSO (referente ao servidor), ou o PPP, e o rol de atividades efetivamente realizadas pelo servidor, que deverá ser elaborado em conjunto com a chefia mediata ou imediata.

Na seqüência, o expediente deverá ser enviado a Seção Técnica de Saúde para agendamento de perícia para estabelecimento donexo causal.

A Seção Técnica de Saúde deverá, então, juntar as GPMs (frente/verso) dos períodos que se pretende transformar e, então, providenciar o envio do mesmo ao Coordenador Regional de Saúde, para análise e manifestação.

O Coordenador Regional de Saúde deverá manifestar-se e enviar o expediente ao Coordenador da COSTSA.

O Coordenador da COSTSA recebe o expediente para análise e emissão de parecer e, se entender necessário, encaminhará o mesmo para apreciação da Comissão de Acidente de Trabalho.

Concluída a análise do expediente pelo Coordenador e, em caso de parecer favorável, o mesmo será encaminhado ao DPME para retificação do enquadramento legal da licença no DOE.

Sem concessão de licença médica

O servidor que não estiver afastado de suas atividades laborais, mas que por, indicação de seu médico assistente, solicitar a investigação de doença ocupacional, deverá comparecer a Seção Técnica de Saúde munido de relatório médico fornecido por seu médico assistente e solicitar agendamento de consulta assistencial com o médico da Seção Técnica de Saúde. Caso o médico julgue procedente a indicação, deverá ser solicitada pela Seção Técnica de Saúde que a área de Recursos Humanos proceda à abertura de expediente de Doença Ocupacional referente ao processo de Licença Saúde individual do servidor.

O expediente, então, deverá ser instruído com a Notificação de Doença Ocupacional – NDO (**anexo VI**), cópia do PPRA e PCMSO (referente ao servidor) ou o PPP e o rol de atividades efetivamente realizadas pelo servidor, o qual deverá ser elaborado em conjunto com a chefia mediata ou imediata.

Na seqüência, o expediente deverá ser enviado a Seção Técnica de Saúde para agendamento de perícia para estabelecimento donexo causal. Após a manifestação do médico perito, o expediente deverá

ser enviado ao Coordenador Regional de Saúde para manifestação.

Quando do encaminhamento do expediente de doença ocupacional para o Coordenador Regional, de Saúde a Seção Técnica de Saúde deverá providenciar cópia completa do expediente e anexá-la na contracapa do mesmo, considerando a necessidade de uma cópia ter que ser arquivada no DPME.

O Coordenador da COSTSA recebe o expediente para análise e emissão de parecer e, se entender necessário, encaminhará o mesmo para apreciação da Comissão de Acidente de Trabalho.

O expediente de Doença Ocupacional deverá, então, conter os seguintes documentos:

- Notificação de Doença Ocupacional – NDO com o Nexo causal já estabelecido;
- Cópia do PPRA e PCMSO ou PPP.
- Rol das atividades efetivamente realizadas pelo servidor;
- Ofício de encaminhamento ao Coordenador Regional de Saúde para manifestação, que o encaminhará, posteriormente, ao Coordenador da COSTSA.
- Cópias das GPMs (frente/verso), quando houver afastamento e demais documentos médicos acostados na contracapa do expediente em envelope lacrado, identificado como **SIGILO SAÚDE**, bem como a cópia completa do expediente.

Atenção: Ao servidor licenciado por Acidente no Exercício de suas Atribuições ou Acometido por Doença Profissional não mais será concedida licença em prorrogação, cabendo ao servidor ou à autoridade competente ingressar, quando for o caso, com um novo pedido de licença.

Item III

Da Decisão Final e da Publicação do Resultado Pedidos de Reconsiderações

Da Decisão Final e da Publicação do Resultado

A decisão final sobre os pedidos de licenças, bem como seu enquadramento legal, caberá ao Coordenador da COSTSA, que junto ao DPME, providenciará a publicação no Diário Oficial do Estado.

Pedidos de Reconsiderações

Pedido de Reconsideração ao Coordenador da COSTSA

Deverá ser dirigido ao Coordenador, por escrito, interposto no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da publicação do parecer final sobre o pedido de licença.

Examinado o pedido, o Coordenador poderá determinar a realização de diligência, inclusive nova perícia em saúde.

O Coordenador terá prazo de 30 (trinta) dias consecutivos da entrada na COSTSA para apreciar e decidir a reconsideração. Ele poderá solicitar um novo exame pericial em sua sede ou convocar uma Junta Médica para melhor elucidação do quadro clínico, assim como solicitar a apreciação da Assessoria Jurídica. No caso de necessidade de esclarecimento, serão estabelecidos prazos compatíveis com a disponibilidade de recursos materiais e humanos para sua realização.

O Parecer do Coordenador será publicado no Diário Oficial do Estado.

Após publicação, o pedido de reconsideração será encaminhado à Seção Técnica de Saúde para ciência do servidor e juntada no prontuário médico.

A área de Recursos Humanos, após verificação da publicação no Diário Oficial do Estado, em caso de **indeferimento**, deverá comunicar imediatamente o servidor, para o que couber.

Pedido de reconsideração ao Magnífico Reitor

A reconsideração ao Magnífico Reitor, em última instância, deverá ser interposta no prazo de 30 dias consecutivos, contados da publicação do despacho do Coordenador da COSTSA.

Após publicação da manifestação do Magnífico Reitor sobre o pedido de reconsideração, o mesmo será devolvido à Seção Técnica de Saúde para ciência do servidor e da área de Recursos Humanos e juntada no prontuário médico.

As reconsiderações só poderão ser interpostas uma única vez em cada instância.

As reconsiderações interpostas fora do prazo não serão aceitas.

Item IV
Junta Médica

Junta Médica

É a avaliação médico-pericial realizada por no mínimo três médicos, sendo dois peritos e um especialista, para avaliar um caso.

O médico perito poderá solicitar ao Coordenador da COSTSA a convocação de Junta Médica sempre que:

- As licenças para tratamento de saúde excederem 90 (noventa) dias consecutivos ou não, pela mesma patologia no período de 06 (seis) meses, exceto nos casos de psiquiatria onde a indicação de junta médica será realizada pelo médico perito psiquiatra.
- Julgar necessária a avaliação do caso por outros médicos peritos e por um especialista;
- Julgar ser indicada a readaptação ou aposentadoria do servidor;
- Em situações especiais, a seu critério.

A Junta Médica deve ser solicitada através de formulário próprio com todos os campos devidamente preenchidos (**anexo VII**), pelo médico perito, em que conste a justificativa para a convocação, com relatório médico minucioso (destacando queixas, exame físico, exames subsidiários, diagnósticos, terapêutica, evolução e prognóstico), o CID (Código Internacional de Doenças), o motivo da solicitação, e a especialidade médica pertinente, devendo estar assinada e datada.

A solicitação de junta médica deverá ser enviada a COSTSA para que a convocação do servidor seja feita pelo Coordenador, por meio de publicação no Diário Oficial do Estado.

Após a publicação, a área de Recursos Humanos convocará o servidor por escrito e avisará a Seção Técnica de Saúde sobre a convocação.

O servidor convocado deverá se apresentar na Seção Técnica de Saúde de Botucatu ou de São Paulo, conforme convocação, munido de relatório recente, do médico assistente, que só terá valor legal para a junta médica, se estiver devidamente preenchido com nome completo do paciente, evolução clínica com CID, datado, assinado e com carimbo do médico assistente, bem como todos os exames comprobatórios, quando houver, (RX, ECG, Tomografia, RNM, EEG, Biópsia, etc.).

O servidor que não atender à primeira convocação, desde que devidamente justificada, poderá ser convocado para nova junta médica. O não comparecimento à segunda convocação implicará o indeferimento do benefício solicitado, devendo retornar imediatamente ao trabalho ao término da licença vigente.

Caberá à Seção Técnica de Saúde de Botucatu e de São Paulo comunicarem, via e-mail, o Coordenador da COSTSA o não comparecimento dos servidores convocados. O Coordenador comunicará a Seção Técnica de Saúde de origem para que os procedimentos acima mencionados sejam adotados.

Após a realização da Junta Médica, deverá ser emitido o Laudo Conclusivo de Junta Médica (**anexo VIII**) próprio a cada propósito (manutenção da licença, readaptação, aposentadoria ou retorno laboral), que deve ser assinado por todos os membros da Junta e encaminhado ao Coordenador da COSTSA para conclusão e parecer final que deve ser observado e considerado.

Quando da avaliação do servidor pela Junta Médica e a conclusão da mesma for pela Readaptação, o servidor será avaliado pelo Grupo de Reabilitação Profissional da COSTSA que emitirá Parecer que deverá ser anexado ao Laudo Conclusivo de Junta Médica.

No caso de indicação de aposentadoria, se o for o caso, é indispensável à elaboração do enquadramento nos termos da Lei Federal nº 8112 de 11/12/1990.

Nos casos em que houver indicação de manutenção de licença saúde, o servidor deverá ser reavaliado a cada 90 dias pelo perito local.

Caberá à Seção Técnica de Saúde informar, por ofício, a área de Recursos Humanos a conclusão da Junta Médica.

Item V
Readaptação

Readaptação

A readaptação ocorrerá quando o servidor apresentar doenças ou danos à sua saúde que alterem sua capacidade de trabalho, tornando-o incapaz de realizar algumas ou todas as atividades concernentes à sua função, mas que não o tenham tornado inválido para toda e qualquer atividade laboral.

A readaptação poderá ser sugerida pelo médico perito a qualquer tempo para os servidores que se encontrarem em licença a saúde.

Nos casos em que o servidor encontrar-se em exercício de suas atividades e apresentar atestado do médico assistente, indicando readaptação, o servidor deverá dirigir-se à área de Recursos Humanos, que emitirá a GPM, e após, comparecerá à Seção Técnica de Saúde para agendamento da perícia.

Após a avaliação pericial, caso julgue pertinente o pedido, o médico perito solicitará Junta Médica.

Somente a Junta Médica pode indicar a readaptação do servidor assim como suas limitações.

A Junta Médica emitirá Laudo Conclusivo de Junta Médica (**anexo VIII**) que poderá indicar:

- Contrário à readaptação, manifestando-se pela continuidade do servidor em licença para tratamento de saúde, pela manutenção do servidor em suas atividades laborais, pela aposentadoria ou retorno imediato ao trabalho;
- Favorável à readaptação.

O Laudo será enviado à Seção Técnica de Saúde e havendo a indicação da readaptação será solicitada à área de Recursos Humanos a abertura de expediente referente ao processo de Contratação/Admissão/Nomeação do servidor. O expediente deverá ser instruído com os seguintes documentos:

- Folha informativa onde consta a situação funcional do servidor, bem como o rol das atividades exercidas pelo mesmo, devidamente assinada pela chefia imediata e pelo servidor; (**anexo IX**)
- Perfil ocupacional institucional.

O expediente deverá ser enviado à Seção Técnica de Saúde para que seja anexado o laudo conclusivo de junta médica, bem como o Parecer do Grupo de Reabilitação Profissional, se houver, onde constam as limitações do servidor.

A Seção Técnica de Saúde, após a avaliação com o perito local do parecer da junta, agendará a **primeira** reunião com o CAS, com o objetivo de estabelecer o Rol das atividades que serão efetivamente desenvolvidas pelo servidor, considerando a capacidade laboral e a limitação física e/ou mental temporária ou permanente, já determinadas pela junta médica.

Na primeira reunião, estarão presentes o Médico Perito, o Supervisor da Seção Técnica de Saúde ou Assistente Social, o Diretor Técnico Administrativo, o Supervisor de Seção da área de Recursos Humanos e a Chefia Imediata.

Posteriormente a Seção Técnica de Saúde agendará a **segunda** reunião com o CAS, composta pelo Médico Perito, pelo Supervisor da Seção Técnica de Saúde ou Assistente Social e o Servidor com o objetivo de acolher e dar ciência ao servidor do rol de atividades que foram propostas na primeira reunião.

Após a segunda reunião, o servidor deverá retornar ao trabalho, ao término da licença vigente, quando for o caso, devendo desempenhar as novas atribuições fixadas, cabendo à Assistente Social ou Supervisor da Seção Técnica de Saúde, recepcionar o servidor no seu primeiro dia de retorno ao trabalho, para sua reinserção junto à equipe.

É de competência do Supervisor da Seção Técnica de Saúde ou Assistente Social a elaboração das ATAS, devendo anexá-las ao expediente de readaptação.

Após reunião com o CAS, o Médico perito emitirá o Laudo de Readaptação (**anexo X**) que deverá ser anexado no expediente de readaptação e a Seção Técnica de Saúde encaminhará o mesmo, devidamente instruído, ao Coordenador da COSTSA, que após análise será enviado à CAAS – Comissão de Assuntos de Assistência à Saúde, vinculado à Secretaria de Gestão Pública para publicação da Súmula no Diário Oficial do Estado.

ATENÇÃO: Da chegada na Seção Técnica de Saúde do Laudo conclusivo da junta médica indicando

a readaptação do servidor até a emissão do laudo de readaptação mencionado no parágrafo acima, a mesma terá o prazo de 60 (sessenta) dias após recebimento do Laudo Conclusivo de Junta Médica com parecer favorável à Readaptação para finalizar o expediente e encaminhá-lo ao Coordenador da COSTSA.

Após publicação da Súmula, o expediente retornará à Seção Técnica de Saúde para ciência e posterior encaminhamento à área de Recursos Humanos que será responsável pela anotação no Sistema de RH e controle da reavaliação, a contar da data da publicação da readaptação.

Observações: A área de Recursos Humanos, após a publicação da Súmula de readaptação, comunicará aos Conselhos Regionais das Categorias dos Profissionais readaptados, suas funções e rol de atividades que passarão a desempenhar e nos casos de função de Motorista deverá ser comunicado ao DETRAN, a readaptação do profissional.

Após os primeiros 90 (noventa) dias, contados a partir da data em que o servidor assumir suas novas atribuições, a Seção Técnica de Saúde encaminhará a Ficha de Reavaliação da Readaptação (**anexo XI**) para a Chefia Imediata que providenciará o preenchimento da mesma junto com o servidor e a devolverá à Seção Técnica de Saúde.

A Seção Técnica de Saúde agendará entrevista com a Assistente Social e o médico da STS, com o objetivo de avaliar a adequação do servidor à readaptação, registrando os resultados no prontuário médico do servidor ou dando o devido encaminhamento, de acordo com as seguintes possibilidades:

- Não há agravamento da disfunção que levou a readaptação e a mesma é mantida;
- Há agravamento da disfunção que levou a readaptação por não cumprimento do rol estabelecido no CAS; neste caso, a assistente social deverá interagir com a chefia imediata para resolver essa questão administrativa;
- Há agravamento da disfunção que levou a readaptação mesmo cumprindo-se apenas o estabelecido pelo CAS, o que leva à necessidade de abertura de GPM, para agendamento de perícia local que vai constatar, ou não, o agravamento do caso. Havendo o agravamento, será concedida licença médica até que haja reavaliação do caso pela Junta Médica, a qual, como já foi mencionado anteriormente, deverá ser solicitada pelo médico perito.

Sessenta dias antes do término do prazo estipulado para a readaptação, a área de Recursos Humanos convocará o servidor e a Chefia Imediata para que os mesmos providenciem o preenchimento da Ficha de Reavaliação da Readaptação (**anexo XII**).

A área de Recursos Humanos deverá anexar a Ficha de Reavaliação da Readaptação no expediente de readaptação e o encaminhará à Seção Técnica de Saúde para que sejam juntados os relatórios da (s) Junta (s) Médica (s) realizada (s) anteriormente, em envelope lacrado identificado com **SIGILO SAÚDE**, na contracapa do expediente.

O expediente deverá então ser enviado a COSTSA para agendamento de junta médica para reavaliação da readaptação.

A reavaliação da readaptação deverá ser feita por junta médica e poderá ter as seguintes conclusões:

- Manutenção da readaptação temporária;
- Cessação da readaptação;
- Readaptação definitiva;
- Aposentadoria.

Após decisão da Junta Médica, a Seção Técnica de Saúde onde ocorreu a Junta encaminhará o expediente, devidamente instruído, ao Coordenador da COSTSA, que após análise, encaminhará à CAAS – Comissão de Assuntos de Assistência à Saúde, vinculada à Secretaria de Gestão Pública para publicação da Súmula no Diário Oficial do Estado.

Após publicação da Súmula, o expediente retornará à Seção Técnica de Saúde para ciência e posterior encaminhamento à área de Recursos Humanos para o que couber.

Em se tratando de readaptação definitiva o servidor deverá ser reavaliado anualmente pelo médico da Seção Técnica de Saúde.

À área de Recursos Humanos deverá providenciar o controle do vencimento das readaptações definitivas e vinte dias antes do vencimento deverá convocar o servidor e a Chefia Imediata para que os

mesmos providenciem o preenchimento da Ficha de Reavaliação da Readaptação (**anexo XI**) devendo anexar a Ficha no expediente de readaptação e encaminhá-lo a Seção Técnica de Saúde.

A Seção Técnica de Saúde agendara entrevista com a Assistente Social e o médico da STS, com o objetivo de avaliar a adequação do servidor à readaptação, registrando os resultados no prontuário médico do servidor ou dando o devido encaminhamento, de acordo com as seguintes possibilidades:

- Não há agravamento da disfunção que levou a readaptação e a mesma é mantida;
- Há agravamento da disfunção que levou a readaptação por não cumprimento do rol estabelecido no CAS; neste caso, a assistente social deverá interagir com a chefia imediata para resolver essa questão administrativa;
- Há agravamento da disfunção que levou a readaptação mesmo cumprindo-se apenas o estabelecido pelo CAS, o que leva à necessidade de abertura de GPM, para agendamento de perícia local que vai constatar, ou não, o agravamento do caso. Havendo o agravamento, será concedida licença médica até que haja reavaliação do caso pela Junta Médica, a qual, como já foi mencionado anteriormente, deverá ser solicitada pelo médico perito.

A reavaliação do expediente de readaptação poderá ser solicitada ao Coordenador da COSTSA a qualquer momento, nos casos em que haja:

- Dúvidas quanto à sua eficácia;
- Agravamento da saúde do servidor;
- Melhora do estado de saúde do servidor;
- Inobservância das determinações da Junta para a readaptação;
- Modificação nas condições de risco ambiental do trabalho;
- Modificação na organização e método do trabalho nas funções envolvidas.

Essa solicitação deverá ser feita pelos médicos peritos, que poderão atender requerimentos da Diretoria da Unidade, do próprio servidor ou de sua chefia imediata.

Para o servidor readaptado, não caberá licença médica pela mesma doença que originou a readaptação, salvo nos casos de recidiva ou agudização do quadro. Nesses casos, deverá ser investigado se houve descumprimento das determinações de restrições laborais.

Quando a junta médica decidir pela cessação da readaptação, o servidor deverá assumir o exercício da nova situação, após o parecer final do Coordenador da COSTSA ou, conforme o caso, após término de férias ou de licença a qualquer título.

Item VI
Aposentadoria por Invalidez

Aposentadoria por Invalidez

É pertinente quando houver incapacidade total e permanente para o exercício de suas funções. Deverá ser proposta pelo médico perito local, devendo para sua avaliação solicitar junta médica.

A área de Recursos Humanos, após convocação do servidor em Diário Oficial, comunicará por escrito o agendamento da junta médica para fins de aposentadoria e que o mesmo deverá comparecer à Seção Técnica de Saúde.

A Seção Técnica de Saúde orientará o servidor sobre a documentação que deverá ser levada para Junta Médica: documento de identificação com foto e outros documentos específicos (**vide tópico junta médica**) e providenciará o encaminhamento das cópias dos 02 (dois) últimos registros de atendimentos periciais, incluindo a GPM - frente e verso.

Após a realização da perícia, a junta médica emitirá o Laudo Conclusivo (**anexo VIII**), podendo optar por:

1. Esclarecer melhor o caso:

- Solicitação de novos relatórios, pareceres médicos ou novos exames complementares para serem encaminhados na próxima junta médica; ficando a Seção Técnica de Saúde local encarregada de solicitar nova avaliação de junta médica, para analisar os resultados ou relatórios médicos solicitados.

2. Indeferir pedido de concessão de aposentadoria, indicando:

- Prorrogação da licença para tratamento de saúde;
- Readaptação no trabalho;
- Retorno ao trabalho, sem readaptação.

Nesta situação de retorno ao trabalho sem readaptação, quando o Laudo Conclusivo chegar à Seção Técnica de Saúde, a Supervisora da STS deverá informar a área de Recursos Humanos que o servidor retornara ao trabalho ao término da licença vigente.

3. Deferir o pedido de concessão da aposentadoria, constando do Laudo Conclusivo da Junta Médica as seguintes informações:

- Data de início do quadro clínico;
- Data da confirmação do diagnóstico;
- Data do parecer favorável à aposentadoria;
- Códigos das enfermidades (CID),
- Embasamento médico com diagnósticos, tratamento realizado, evolução, prognóstico, considerações, justificativas e necessidade de reavaliação periódica;
- Enquadramento legal.

Enquanto o parecer favorável à aposentadoria não for publicado no Diário Oficial do Estado, o servidor permanecerá em licença médica, concedida pelo médico perito.

O parecer favorável da junta médica à aposentadoria não significa que o servidor já esteja aposentado, sendo que a definição depende do parecer final do Coordenador da COSTSA, da publicação no Diário Oficial do Estado e da emissão do Laudo de Aposentadoria que será encaminhado à área de Recursos Humanos, para as providências cabíveis.

Item VII

Isenção de Imposto de Renda na Fonte e dos Descontos Previdenciários

Isenção de Imposto de Renda na Fonte e dos Descontos Previdenciários

Isenção de Imposto de Renda na Fonte

Aplicável ao servidor aposentado acometido das doenças previstas no §1º do artigo 186 da Lei 8.112/90 alterada pela Lei nº 9.527/90.

Deve ser observada a classificação dessas moléstias no Manual de Perícia Médica do Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2005. Esse benefício é regido pelo inciso XIV do artigo 6º da Lei nº 7.713/88, alterada pela Lei nº 8.541/92 e alterada novamente pela Lei nº 9.250/95 e Lei nº 11.052/2004.

De acordo com o inciso XXXIII, § 4º do artigo 39 do Decreto nº 3000/99 fazem jus ao benefício os portadores das seguintes doenças:

- Tuberculose Ativa;
- Alienação mental;
- Esclerose múltipla;
- Neoplasia maligna (câncer);
- Cegueira;
- Hanseníase;
- Cardiopatia grave;
- Doença de Parkinson;
- Paralisia irreversível e incapacitante;
- Espondiloartrose anquilosante;
- Nefropatia grave;
- Estado Avançado da Doença de Paget (Osteíte deformante);
- Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS);
- Contaminação por radiação;
- Fibrose cística (mucoviscidose);
- Hepatopatia grave;

Isenção dos descontos Previdenciários

Aplicável ao servidor aposentado acometido das doenças previstas no do artigo 151 da Lei 8.213/91.

Consideram-se as mesmas doenças incapacitantes da Isenção do Imposto de Renda, **exceto Fibrose cística (mucoviscidose) e Hepatopatia grave.**

A Isenção dos descontos Previdenciários está amparada pelo disposto no § 21 do artigo 40 da Constituição Federal, com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 47/2005.

O servidor aposentado terá direito à isenção dos descontos previdenciários sobre a parcela dos proventos de aposentadoria que supera o dobro do limite máximo estabelecido para os benefícios do RGPS.

Para concessão dos benefícios, o servidor solicitará por meio de requerimento a Isenção da Retenção do Imposto de Renda na Fonte e a Isenção dos descontos Previdenciários, se for o caso.

A área de Recursos Humanos solicitará abertura de expediente referente ao Processo de Contagem de Tempo de Serviço do servidor e o instruirá com o requerimento e com cópia da Portaria de Aposentadoria do servidor e após o encaminhará à Seção Técnica de Saúde para agendamento da perícia.

A Seção Técnica de Saúde procederá ao agendamento e comunicará ao servidor que, quando da perícia em saúde, apresente relatório médico pormenorizado, exames que comprovem a doença e receitas médicas atualizadas e recentes, que justifiquem o pleito.

Após a perícia, o médico perito emitirá dois Laudos:

1. - Laudo Médico Pericial de Isenção de Imposto de Renda e dos descontos Previdenciários **(anexo XIII)**, que deverá ser anexado aos documentos de sigilo médico que será acostado na

contracapa do expediente em envelope lacrado, identificado como **SIGILO SAÚDE**, e

2. - Laudo Conclusivo para Isenção de Imposto de Renda e dos descontos Previdenciários (**anexo XIV**), onde deverá constar o enquadramento legal e o período de concessão dos benefícios que deverá ser anexado ao expediente.

O processo será encaminhado a COSTSA para apreciação e parecer final do Coordenador. Após parecer o processo retornará à Seção Técnica de Saúde da Unidade, que o encaminhará a área de Recursos Humanos, para o que couber.

No caso em que o servidor for aposentado por invalidez não haverá necessidade de ser periciado, porém ele deverá formular a solicitação do benefício.

A área de Recursos Humanos solicitará abertura de expediente referente ao Processo de Contagem de Tempo de Serviço do servidor e o instruirá com o requerimento, cópia do Laudo de Aposentadoria e da Portaria de Aposentadoria do servidor e o encaminhará a Seção Técnica de Saúde que providenciará cópia do Laudo conclusivo da junta medica favorável à aposentadoria e o anexará em envelope de **SIGILO SAÚDE**, na contracapa do expediente.

A Seção Técnica de Saúde deverá emitir o Laudo Conclusivo para Isenção de Imposto de Renda e dos descontos Previdenciários (**anexo XV**) que deverá ser enviado diretamente ao Coordenador da COSTSA para concessão.

Item VIII

**Direito ao Vale-Transporte,
Vale-Trans-Individual e
Vale-Alimentação.**

Direito ao Vale-Transporte, Vale-Trans-Individual e Vale-Alimentação

Aplicável aos servidores conforme previsto nas Portarias UNESP nº 32, 33 e 34 de 29 de janeiro de 2010, publicadas no DOE de 30/01/2010.

De acordo com o artigo 7º das Portarias acima mencionadas, fazem jus ao benefício os portadores das seguintes doenças:

- Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS);
- Alienação mental;
- Cardiopatia grave;
- Cegueira;
- Contaminação por radiação;
- Doença de Parkinson;
- Doença de Paget em estados avançados (Osteíte deformante);
- Esclerose múltipla;
- Espondiloartrose anquilosante;
- Hanseníase;
- Nefropatia grave;
- Fibrose cística (mucoviscidose);
- Hepatopatia grave;
- Neoplasia maligna (câncer);
- Paralisia irreversível e incapacitante;
- Pneumopatia grave.

Para continuidade do recebimento dos benefícios, a área de Recursos Humanos orientará o servidor a solicitar por meio de requerimento a manutenção do recebimento dos vales-transporte, trans-individual e alimentação.

A área de Recursos Humanos solicitará abertura de expediente referente ao Processo de Licença Saúde individual do servidor e o instruirá com o requerimento e após o encaminhará à Seção Técnica de Saúde para agendamento da perícia.

A Seção Técnica de Saúde procederá ao agendamento e comunicará ao servidor que, quando da perícia em saúde, apresente relatório médico pormenorizado, exames que comprovem a doença e receitas médicas atualizadas e recentes, que justifiquem o pleito.

Após a perícia, o médico emitirá Laudo Médico Pericial (**anexo XVI**) quanto ao enquadramento legal do caso e o expediente retornará à área de Recursos Humanos para o que couber.

Observação: Terá direito aos benefícios o servidor em licença pós-cirúrgica limitado à cirurgia de grande porte, excluindo todo e qualquer procedimento cirúrgico menor ou com o propósito estético, enquanto perdurar a licença. Para concessão, o procedimento será o mesmo acima descrito.

Item IX

Direito ao Benefício Auxílio Educação Especial

Direito ao Benefício Auxílio Educação Especial

Aplicável conforme previsto na Portaria UNESP nº 327, de 19 de julho de 2010, publicada no DOE de 23/07/2010 ao servidor técnico administrativo e docente que tenha filho biológico ou legalmente adotado, bem como o incapacitado sob guarda ou tutela, portador de necessidades especiais.

O portador de necessidades especiais é aquele incapacitado para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho.

De acordo com o artigo 5º, § 1º, inciso I, letras **a**, **b**, **c**, **d** e **e** e inciso II do Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004, faz jus ao benefício o portador de necessidades especiais como segue:

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

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

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

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. Comunicação;
2. Cuidado pessoal;
3. Habilidades sociais;
4. Utilização dos recursos da comunidade;
5. Saúde e segurança;
6. Habilidades acadêmicas;
7. Lazer; e
8. Trabalho;

e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências; e

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

Para concessão do benefício, o servidor solicitará por meio de requerimento o auxílio educação especial acompanhado da documentação necessária para recebimento do benefício de acordo com o disposto no artigo 4º da Portaria UNESP nº 327/2010 e Instrução CRH/PRAAd.

A área de Recursos Humanos solicitará abertura de Processo único e individual em nome do servidor devendo instruí-lo com a documentação prevista na Instrução CRH/PRAAd recebida e após o encaminhá-la à Seção Técnica de Saúde para agendamento da perícia.

A Seção Técnica de Saúde procederá ao agendamento e comunicará ao servidor que, na data agendada, deverá apresentar relatórios e exames médicos que comprovem a necessidade especial.

Após a perícia em saúde, o médico emitirá o Laudo Médico Pericial (**anexo XVII**), quanto ao enquadramento legal, que deverá ser reavaliado a cada 02 (dois) anos.

O processo será encaminhado a COSTSA para apreciação e parecer final do Coordenador. Após parecer, o processo será encaminhado à Seção Técnica de Saúde da Unidade, que o encaminhará à área de Recursos Humanos, para o que couber.

Item X
Disposições Gerais

Disposições Gerais

Findas as licenças, o servidor deverá reassumir, imediatamente, o exercício de seu cargo ou função autárquica. Caso o servidor não retorne as suas atividades, importará em perda total do vencimento ou remuneração correspondente ao período de ausência e, se esta exceder a 30 (trinta) dias, ficará o servidor sujeito à pena de demissão por abandono de cargo ou função autárquica.

Os expedientes referentes ao Processo de Contratação/Admissão/Nomeação e Processo de Contagem de Tempo de Serviço só deverão ser juntados aos mencionados processos quando da cessação dos benefícios concedidos.

Os casos não previstos neste Manual de Procedimentos serão objeto de estudo pelo Coordenador da COSTSA.

Capítulo VIII

MODELOS

ANEXOS de I a XVII

**Demais modelos encontram-se disponíveis no site
<http://www.unesp.br/costsa>**

ANEXO I

REQUISIÇÃO DE EXAME DE SANIDADE E CAPACIDADE FÍSICA PARA INGRESSO

Nome _____
Data do nascimento _____ Sexo _____ Est. Civil _____ Cor _____
Filiação _____ e _____
Local do nascimento _____ Estado _____ Doc. Ident. _____
Residência _____ Nº _____ Tel. _____
Cidade _____

Cargo ou função a que se destina _____
Classe, padrão ou salário _____ Categoria _____
Fundamento legal de nomeação ou admissão _____

Dependência requisitante _____

Data da publicação do Ato no "Diário Oficial" _____

Município : _____

Unidade Escolar : _____

Disciplina : _____

Nº de Classificação : _____

É OU FOI SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

SIM

NÃO

OBTEVE LICENÇA P/TRATAMENTO SAÚDE

SIM

NÃO

JÁ FOI EXAMINADO NESTE DEPTº

SIM

NÃO

LOCALIDADE E DATA

ASSINATURA DO DIRETOR OU CHEFE DE SERVIÇO

NOME ANTERIOR : _____

ASSINATURA : _____

OBSERVAÇÕES - Deverão ser juntados para aposição no Certificado a ser expedido, 2 fotografias iguais, recentes, formato 3x4.

CERTIFICADO DE SANIDADE E CAPACIDADE FÍSICA

RG nº

Nº

CERTIFICO, em exame médicos realizado por esta Seção Técnica de Saúde e aprovado pelo Coordenador da COSTSA que o Sr. (a) _____, natural de _____, nascido em ____ de _____ de _____, filho do Sr. _____ e da Sr^a _____, e candidato ao cargo / função autárquica de _____, do Quadro da Universidade, foi considerado APTO para o exercício daquele(a) cargo / função autárquica.

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico perito

Foto 3 x 4

Assinatura do candidato

Data: ____/____/____

ATENÇÃO: Quando do preenchimento do cargo/função autárquica, observar o que consta na categoria da requisição de exame de sanidade e capacidade física para ingresso, se for: **Efetivo é cargo, Autárquico é função autárquica.**

ANEXO III

Ofício nº 000/2010-STs-_____

_____, ____ de _____ de _____.

Prezado (a) Senhor (a),

Levo ao conhecimento de Vossa Senhoria que a inspeção médica procedida na pessoa do (a) Sr. (a) _____, R. G. nº _____, candidato (a) ao cargo ou função autárquica de _____ recomendou a suspensão do prazo de posse ou exercício por _____ dias, nos termos do que faculta o artigo 53 da Lei nº 10.261/68.

Outrossim, dentro do prazo estabelecido deverá o candidato (a) ser reenca-
minhado (a) a esta Seção para exames, independente de convocação.

Atenciosamente,

Assinatura do médico perito

Ilmo (a) Sr (a)

Supervisor da área de Recursos Humanos

ANEXO IV

Conceito do acidente do trabalho e doença ocupacional, com base na legislação Federal vigente

Extraído do Manual de Instruções para preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT e Lei nº 8213/91.

Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, trabalhador avulso, médico residente, bem como com o segurado especial no exercício de suas atividades, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, temporária ou permanente, da capacidade para o trabalho.

É considerado como acidente do trabalho, nos termos do item anterior, as seguintes entidades mórbidas.

1. A doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade, constante da relação de que trata o **Anexo II do Decreto nº 2.172/97**;
2. A doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, desde que constante da relação de que trata o **Anexo II do Decreto nº 2.172/97**.

Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação constante do Anexo II resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social (INSS) deve considerá-la acidente do trabalho.

Não são consideradas como doença do trabalho:

- A doença degenerativa;
- A inerente a grupo etário;
- A que não produz incapacidade laborativa;
- A doença endêmica adquirida por segurados habitantes de região onde ela se desenvolva, salvo se comprovado que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

Equiparam-se também a acidente do trabalho:

1. O acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para perda ou redução da sua capacidade para o trabalho, ou que tenha produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;
2. O acidente sofrido pelo segurado no local e horário do trabalho, em consequência de:
 - Ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
 - Ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho;
 - Ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, ou de companheiro de trabalho;
 - Ato de pessoa privada do uso da razão;
 - Desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos decorrentes de força maior;
3. A doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;
4. O acidente sofrido, ainda que fora do local e horário de trabalho:
 - Na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
 - Na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
 - Em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo, quando financiada por esta, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, Independentemente do meio de locomo-

- ção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- No percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado, desde que não haja interrupção ou alteração de percurso por motivo alheio ao trabalho;
 - No percurso da residência para o OGMO ou sindicato de classe e destes para aquela, tratando-se de trabalhador avulso.

Nota: Não será considerado acidente do trabalho o ato de agressão relacionado a motivos pessoais.

No período destinado à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado será considerado a serviço da empresa.

Entende-se como percurso o trajeto da residência ou do local de refeição para o trabalho ou deste para aqueles, independentemente do meio de locomoção, sem alteração ou interrupção por motivo pessoal do percurso do segurado. Não havendo limite de prazo estipulado para que o segurado atinja o local de residência, refeição ou do trabalho, deve ser observado o tempo necessário compatível com a distância percorrida e o meio de locomoção utilizado.

Será considerado agravamento de acidente do trabalho aquele sofrido pelo acidentado quando estiver sob a responsabilidade do Setor de Reabilitação Profissional.

Não será considerado agravamento ou complicação de acidente do trabalho a lesão que, resultante de outra origem, se associe ou se superponha às consequências do acidente anterior.

Quando expressamente constar do contrato de trabalho que o empregado deverá participar de atividades esportivas no decurso da jornada de trabalho, o infortúnio ocorrido durante estas atividades será considerado como acidente do trabalho.

Será considerado como dia do acidente, no caso de doença profissional ou do trabalho, a data do início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual ou o dia em que for realizado o diagnóstico, cabendo para esse efeito o que ocorrer primeiro.

ANEXO V

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - NAT

DADOS DO ACIDENTADO

Nome:		NI:	Matrícula:
R.G. nº	Data de nascimento:	Estado civil:	Sexo:
Endereço:		Bairro:	
CEP:	Município:	UF:	Telefone:
Data exercício:	Regime Jurídico:	Jornada de trabalho:	
Cargo / Função autárquica:		Ref. / Padrão:	
Lotação:			
Horário de trabalho:			
Perfil Ocupacional do servidor:			
Relatório das atividades que o servidor efetivamente exerce:			

DADOS DO ACIDENTE

Data do acidente:	Hora do acidente:	Após quantas horas de trabalho:	
Houve afastamento: () Sim () Não	Tipo: () Típico () Trajeto	Último dia trabalhado:	
		Local do acidente:	
Especificação do local do acidente:			
Endereço:		Bairro:	
CEP:	Município:	UF:	Telefone:
Parte do corpo atingida:		Agente causador:	
Descrição do acidente:			
Houve registro policial: () Sim () Não		Houve morte: () Sim () Não	

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor

Carimbo e assinatura do superior imediato

1º TESTEMUNHA

Nome:		R.G. nº	
Endereço:		Bairro:	
CEP:	Município:	UF:	Telefone:
Assinatura:			

2º TESTEMUNHA

Nome:		R.G. nº	
Endereço:		Bairro:	
CEP:	Município:	UF:	Telefone:
Assinatura:			

PARECER DO MÉDICO PERITO / NEXO CAUSAL

--

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura e carimbo do médico perito

ANEXO VI
NOTIFICAÇÃO DE DOENÇA OCUPACIONAL – NDO

DADOS DO SERVIDOR

Nome:		NI:	Matrícula:
R.G. nº	Data de nascimento:	Estado civil:	Sexo:
Endereço:		Bairro:	
CEP:	Município:	UF:	Telefone:
Data exercício:	Regime Jurídico:	Jornada de trabalho:	
Cargo / Função autárquica:		Ref. / Padrão:	
Lotação:			
Horário de trabalho:			
Perfil Ocupacional do servidor:			
Relatório das atividades que o servidor efetivamente exerce:			

DADOS DA DOENÇA OCUPACIONAL

Especificação do local do trabalho:	
Parte do corpo atingida:	Agente causador:
Descrição da doença	

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico da STS

PARECER DO MÉDICO PERITO / NEXO CAUSAL

--

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do médico perito

ANEXO VII

LAUDO PERICIAL PARA SOLICITAÇÃO DE JUNTA MÉDICA

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome:

RG nº

Data de Nascimento:

Data de Ingresso:

Função Atual:

Lotação:

Unidade Universitária/Câmpus:

II – RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL

1 – Causa do afastamento do trabalho:

2 – História da Doença Atual que motivou o afastamento do trabalho:

3 – Antecedentes Pessoais:

4 – Exames Complementares:

5 – Motivo da convocação para perícia em saúde com a indicação da especialidade:

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico perito

ANEXO IX

FICHA FUNCIONAL DO SERVIDOR

Nome: _____ RG nº _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Data de ingresso: ____/____/____
Cargo/Função: _____ Padrão: _____
Regime de Trabalho: _____ Jornada de Trabalho: _____
Lotação: _____
Unidade Universitária: _____

ATIVIDADES DESEMPENHADAS:

Acumula Cargo/Função? () Sim () Não

Em caso de resposta positiva:

a) Local de Trabalho: _____
() Estadual; () Municipal; () Federal; () Autarquia ou () Particular
b) Jornada de Trabalho: _____ Regime de Trabalho: _____

ATIVIDADES DESEMPENHADAS:

Exerce função em CONFIANÇA/COMISSÃO? () Sim () Não

Em caso positivo, especificar a natureza e as atividades desempenhadas:

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do superior imediato

Assinatura do servidor

ANEXO X

LAUDO DE READAPTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

RG nº

Data de Nascimento:

Data de Ingresso:

Cargo/Função:

Lotação:

Unidade Universitária/Câmpus:

CID:

Limitação:

Rol das atividades a serem desenvolvidas:

Prazo da Readaptação: Temporária – 02 anos, com reavaliação nos primeiros 90 dias.

Permanente – reavaliação anual.

_____, ____ de _____ de ____.

Carimbo e assinatura do médico perito

DECISÃO FINAL DO COORDENADOR:

DEFIRO

INDEFIRO

NOVA PERICIA REGIONAL

_____, ____ de _____ de ____.

Coordenador

ANEXO XI

FICHA DE REAVALIAÇÃO DE READAPTAÇÃO

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ RG nº _____
Data de nascimento: _____ Data de Ingresso: _____
Função Atual: _____
Lotação: _____
Unidade Universitária/Câmpus: _____

Motivo que originou a readaptação: _____

II – AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO (Chefia)

1 – O readaptado está cumprindo o Rol de Atividades designado pela Seção Técnica de Saúde?

() sim () não

Em caso de negativa, qual o motivo:

2 – Descreva as atividades que o readaptado, passou a exercer?

3 – O readaptado mostra-se interessado nas novas atribuições?

() sim () não

Justifique? _____

4 – Foram acrescentadas outras atividades ao readaptado que não foram listadas no item 02? Quais são as atividades e frequência das mesmas?

5 – O readaptado está se adequando ao rol proposto?

() sim () não

Em caso negativo, o que foi feito no sentido para auxiliá-lo?

6 – O readaptado continua em tratamento médico e ou programa de reabilitação?

() sim () não

Em caso negativo, justifique:

Em caso positivo:- O servidor tem seu horário adequado de forma a conciliar a sua permanência no tratamento e ou programa de reabilitação.

() sim () não

_____, de _____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do Superior Imediato

Carimbo e assinatura do Superior Mediato

Assinatura do Servidor

III – ANAMNESE GERAL

1 – Motivo que originou a readaptação do ponto de vista pericial?

2 – Atividades desempenhadas atualmente?

3 – Acompanhamento da patologia que originou a readaptação?

4 – Informações Complementares (exames, consultas, fisioterapia, etc.) ?

5 – Exame físico e específico:-

6 – Conclusão:-

7 – Período da readaptação:-

_____, ____/____/____.

Assinatura do Servidor

Parecer do Medico

_____, ____/____/____.

Assinatura do Médico

ANEXO XII

FICHA DE REAVALIAÇÃO DE READAPTAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ RG nº _____
Data de nascimento: _____ Data de Ingresso: _____
Função Atual: _____
Lotação: _____
Unidade Universitária/Câmpus: _____

Motivo que originou a readaptação: _____

II - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO (Chefia)

1 – O readaptado está cumprindo o Rol de Atividades designado pela Seção Técnica de Saúde?

() sim () não

Em caso de negativa, qual o motivo:

2 – Descreva as atividades que o readaptado, passou a exercer?

3 – O readaptado mostra-se interessado nas novas atribuições?

() sim () não

Justifique?

4 – Foram acrescentadas outras atividades ao readaptado que não foram listadas no item 02? Quais são as atividades e frequência das mesmas?

5 – O readaptado está se adequando ao rol proposto?

() sim () não

Em caso negativo, o que foi feito no sentido para auxiliá-lo?

6 – O readaptado continua em tratamento médico e ou programa de reabilitação?

() sim () não

Em caso negativo, justifique:

Em caso positivo:- O servidor tem seu horário adequado de forma a conciliar a sua permanência no tratamento e ou programa de reabilitação.

() sim () não

_____, de ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do Superior Imediato

Carimbo e assinatura do Superior Mediato

Assinatura do Servidor

ANEXO XIII

LAUDO MÉDICO PERICIAL DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA NA FONTE E DOS DESCONTOS PREVIDENCIÁRIOS

IDENTIFICAÇÃO DO EXAMINADO

Nome: _____ RG nº: _____

RELATÓRIO DE EXAME EFETUADO

Nome da doença e CID:

Quadro da doença e sua gravidade:

Data em que a doença foi contraída.

Conclusão:

Após conclusão do exame médico pericial informo que a doença do(a) servidor(a), comprovada neste expediente para fins de:

ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA DA FONTE está incluída entre as doenças classificadas no inciso XIV do artigo 6º da Lei Federal nº 7.713/1988, de 22 de dezembro de 1988, alterada pela Lei nº 8.541/92, pela Lei nº 9.250/95 e pela Lei nº 11.052/2004, no Decreto nº 3.000/99 e Instrução Normativa SRF nº 15 de 06 de fevereiro de 2001.

() SIM

() NÃO

ISENÇÃO DOS DESCONTOS PREVIDENCIÁRIOS está incluída entre as doenças classificadas no artigo 151 da Lei 8.213/91 e amparada pelo disposto no § 21 do artigo 40 da Constituição Federal, com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 47/2005.

() SIM

() NÃO

Em caso afirmativo, prazo de validade: _____ anos, a partir ____/____/____.

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico perito

ANEXO XIV

Laudo Conclusivo para Isenção de Imposto de Renda na Fonte e dos Descontos Previdenciários

NOME DO SERVIDOR: _____ R..G. N° _____

Isenção de Imposto de Renda na Fonte

Enquadramento na Legislação: inciso XIV do artigo 6º da Lei Federal nº 7.713/1988, de 22 de dezembro de 1988, alterada pela Lei nº 8.541/92, pela Lei nº 9.250/95 e pela Lei nº 11.052/2004, no Decreto nº 3.000/99 e Instrução Normativa SRF nº 15 de 06 de fevereiro de 2001.

PERÍCIA EM SAÚDE: É possível fazer o enquadramento da doença comprovada neste expediente entre as doenças classificadas na legislação para fins de Isenção de IR?

() SIM

() NÃO

Em caso afirmativo, prazo de validade: _____ anos, a partir ____/____/____.

Isenção dos Descontos Previdenciários

Enquadramento na Legislação: artigo 151 da Lei 8.213/91 e amparada pelo disposto no § 21 do artigo 40 da Constituição Federal, com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 47/2005.

PERÍCIA EM SAÚDE: É possível fazer o enquadramento da doença comprovada neste expediente entre as doenças classificadas na legislação para fins dos descontos Previdenciários?

() SIM

() NÃO

Em caso afirmativo, prazo de validade: _____ anos, a partir ____/____/____.

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico perito

De acordo.

EM, ____/____/_____.

Coordenador

ANEXO XV

Laudo Conclusivo para Isenção de Imposto de Renda na Fonte e dos Descontos Previdenciários

NOME DO SERVIDOR: _____ R..G. N° _____

Isenção de Imposto de Renda na Fonte

Enquadramento na Legislação: inciso XIV do artigo 6º da Lei Federal nº 7.713/1988, de 22 de dezembro de 1988, alterada pela Lei nº 8.541/92, pela Lei nº 9.250/95 e pela Lei nº 11.052/2004, no Decreto nº 3.000/99 e Instrução Normativa SRF nº 15 de 06 de fevereiro de 2001.

PERÍCIA EM SAÚDE: É possível fazer o enquadramento da doença comprovada neste expediente entre as doenças classificadas na legislação para fins de Isenção de IR?

() SIM

() NÃO

Isenção dos Descontos Previdenciários

Enquadramento na Legislação: artigo 151 da Lei 8.213/91 e amparada pelo disposto no § 21 do artigo 40 da Constituição Federal, com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 47/2005.

PERÍCIA EM SAÚDE: É possível fazer o enquadramento da doença comprovada neste expediente entre as doenças classificadas na legislação para fins dos descontos Previdenciários?

() SIM

() NÃO

_____, ____ de _____ de _____.

Coordenador

ANEXO XVI

LAUDO MÉDICO PERICIAL

PORTARIAS Unesp nºs 32, 33 e 34/2010

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome:

R.G. nº

Função Atual:

Lotação:

II - RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL

O servidor acima identificado foi avaliado quanto ao disposto nas Portarias UNESP nºs 32, 33 e 34/2010, com a seguinte conclusão:

SIM - As condições do servidor SE ENQUADRAM no estabelecido nas Portarias, fazendo jus aos benefícios.

NÃO - As condições do servidor NÃO SE ENQUADRAM no estabelecido nas Portarias, não fazendo jus aos benefícios.

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura e carimbo do Médico perito.

ANEXO XVII

LAUDO MÉDICO PERICIAL

PORTARIAS Unesp n° 327/2010

NOME DO SERVIDOR: _____ RG N° _____

Informo que o portador de necessidades especiais foi avaliado quanto ao disposto na Portaria Unesp n° 327/2010 e que a doença comprovada neste processo, está incluída entre as doenças classificadas no Decreto n° 5.296/2004.

PERÍCIA EM SAÚDE: É possível fazer o enquadramento da doença entre as doenças classificadas na legislação?

() **SIM**

() **NÃO**

Em caso afirmativo, o prazo de validade é de 02 anos, a partir ___/___/____.

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura e carimbo do Médico perito.

De acordo.

EM, ___/___/_____.

Coordenador

Capítulo IX
Procedimentos
Servidor - Celetista

Item I
Exame Admissional

Exame Admissional

As perícias em saúde, para fins de ingresso na Universidade, serão realizadas pela Seção Técnicas de Saúde.

O candidato deverá ser encaminhado à Seção Técnica de Saúde, munido de documento hábil de identificação e da requisição de exame médico de sanidade e capacidade física de ingresso (**anexo I**), preenchida pela área de Recursos Humanos, para agendamento do exame admissional.

A Seção Técnica de Saúde orientará o candidato, dependendo do emprego público para o qual está sendo contratado, quanto aos exames laboratoriais e outros especificados no PCMSO, que deverá apresentar na data agendada para a perícia em saúde de ingresso.

Além dos exames especificados no PCMSO, serão solicitados os seguintes exames, a cargo do empregador, de acordo com os termos do artigo 168, § 2º da CLT.

- Hemograma completo, glicemia em jejum, Gama GT e creatinina;
- Papanicolau;
- Carteira de vacinação devidamente atualizada;
- Radiografia de tórax em PA e perfil.

Exceções:

Será solicitado, também, dos candidatos que possuem idade igual ou superior a 45 anos os seguintes exames:

- Perfil lipídico (colesterol total, triglicérides e HDL colesterol);
- PSA total e livre;
- Mamografia.

Exames complementares poderão ser exigidos, a critério médico, para apuração da capacidade ou aptidão física e mental do candidato para o emprego público que deverá exercer, ficando a cargo do empregador de acordo com o artigo da CLT acima citado.

Após o exame será expedido, o Certificado de Sanidade e Capacidade Física (**anexo II**), onde deverá constar se o candidato está apto ou inapto para o exercício do emprego público.

O certificado deverá ser emitido em duas vias sendo que uma será arquivada na Seção Técnica de Saúde e a outra enviada à área de Recursos Humanos.

Exames complementares poderão ser exigidos, a critério médico, para apuração da capacidade ou aptidão física e mental do candidato para o emprego público que deverá exercer.

O servidor desta Universidade, que se candidatar a outro concurso público nesta Instituição, se habilitado e convocado, deverá ser submetido a novo exame médico admissional.

Item II

Falta ao Serviço por Motivo de Doença

Falta ao Serviço por Motivo de Doença

O auxílio-doença será devido ao servidor que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido de no mínimo 12 (doze) meses de contribuição, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

O benefício será devido no 16º dia de impedimento arcando a empresa com o pagamento dos primeiros 15 dias.

A Empresa que dispuser de serviço médico próprio terá a seu cargo o exame médico e o abono das faltas correspondentes aos primeiros 15 (quinze) dias de afastamento.

Para a concessão do auxílio-doença é necessária a comprovação da incapacidade em exame realizado pela perícia médica da Previdência Social.

Não terá direito ao auxílio doença quem, ao se filiar à Previdência Social, já tiver doença ou lesão que geraria o benefício, a não ser quando a incapacidade resultar do agravamento da enfermidade.

O servidor poderá solicitar pelo telefone 135 ou pelo Portal da previdência social na internet – <http://www.previdenciasocial.gov.br> ou nas agências da previdência social, o agendamento da perícia médica, mediante o preenchimento do requerimento do auxílio-doença, podendo optar, se for o caso, pela agência mais próxima de sua residência.

O servidor deverá comparecer à agência da previdência social, na data e hora agendada para realização da perícia, munido de:

- Número de Identificação do Trabalhador – NIT (PIS/PASEP);
- Atestado médico, exames de laboratório, atestado de internação hospitalar, atestados de tratamento ambulatorial, dentre outros que comprovem o tratamento médico;
- Carteira de Identidade,
- Carteira de Trabalho e Previdência Social, devidamente atualizada;
- Cadastro de Pessoa Física – CPF.

Além dos documentos acima, o servidor deverá levar devidamente preenchido pelo empregador o requerimento de benefício por incapacidade, assinado pela empresa e pelo servidor, com as informações referentes ao último dia de trabalho e dependentes de cota de salário-família, se for o caso.

Após o exame médico pericial, o servidor deverá apresentar na área de Recursos Humanos a Comunicação de Resultado de Exame Médico – CREM para fins de comprovação do período que estará licenciado pelo INSS.

Nos casos em que o servidor se afastar do trabalho por 15 (quinze) dias consecutivos, retornar a atividade no 16º dia e se afastar-se novamente dentro de 60 (sessenta) dias desse retorno, em razão da mesma doença, o benefício será pago a partir da data do novo afastamento.

Se o retorno à atividade ocorrer antes de 15 dias do afastamento, o pagamento será a partir do dia seguinte ao que completar os 15 dias, desde que estes 15 dias estejam dentro do prazo máximo de 60 dias.

Havendo novo pedido de auxílio-doença em decorrência da mesma doença, cujo requerimento tenha ocorrido até 60 dias da cessação do benefício anterior, e concluindo a perícia médica pela concessão do benefício, será negado o novo pedido e prorrogado o benefício anterior.

Item III

Acidente de Trabalho ou Doença Profissional

Acidente de Trabalho ou Doença Profissional

Acidente do trabalho é aquele ocorrido no exercício das atividades profissionais a serviço da empresa (típico) ou ocorrido no trajeto casa-trabalho-casa (de trajeto).

Não será considerado acidente do trabalho o ato de agressão relacionado a motivos pessoais.

Será concedido o benefício ao servidor incapacitado para o trabalho em decorrência de acidente do trabalho ou de doença profissional, a partir do 16º dia de impedimento, arcando a empresa com o pagamento dos primeiros 15 dias.

A concessão do auxílio-doença acidentário não exige tempo mínimo de contribuição.

A empresa é obrigada a informar à Previdência Social acidentes de trabalho ocorridos com seus servidores, mesmo que não haja afastamento das atividades, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência.

Em caso de morte, a comunicação deve ser imediata.

A empresa que não informar acidentes de trabalho está sujeita à multa.

A comunicação de acidente de trabalho ou doença profissional será feita à Previdência Social mediante preenchimento do “Comunicado de Acidente de Trabalho - CAT”, em seis vias, disponível no Portal da Previdência Social na internet – <http://www.previdenciasocial.gov.br>:

- 1ª via - INSS;
- 2ª via - Empresa;
- 3ª via - Segurado ou dependente;
- 4ª via - Sindicato de classe do trabalhador;
- 5ª via - Sistema Único de Saúde;
- 6ª via - Delegacia Regional do Trabalho.

A CAT deverá ser emitida pela empresa ou pelo próprio servidor, por seus dependentes, pela entidade sindical, pelo médico ou por autoridade (magistrados, membros do Ministério Público e dos serviços jurídicos da União, dos estados e do Distrito Federal e comandantes de unidades do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar).

Nota: O formulário preenchido tem que ser entregue em uma das Agência da Previdência Social pelo emitente.

Se o servidor necessitar se ausentar por mais de 15 (quinze) dias deverá solicitar pelo telefone **135** ou pelo Portal da Previdência Social na internet – <http://www.previdenciasocial.gov.br> ou nas agências da Previdência Social, o agendamento da perícia médica, mediante o preenchimento do requerimento do auxílio-doença, podendo optar, se for o caso, pela agência mais próxima de sua residência.

O servidor deverá comparecer à agência da Previdência Social, na data e hora agendada para realização da perícia, munido de:

- Número de Identificação do Trabalhador – NIT (PIS/PASEP);
- Atestado médico, exames de laboratório, atestado de internação hospitalar, atestados de tratamento ambulatorial, dentre outros que comprovem o tratamento médico;
- Carteira de Identidade,
- Carteira de Trabalho e Previdência Social, devidamente atualizada;
- Cadastro de Pessoa Física – CPF.

Além dos documentos acima, o servidor deverá levar devidamente preenchido pelo Empregador o requerimento de benefício por incapacidade, assinado pela empresa e pelo servidor, com as informações referentes ao último dia de trabalho e dependentes de cota de salário-família, se for o caso.

Após o exame médico pericial, o servidor deverá apresentar na área de Recursos Humanos a Comunicação de Resultado de Exame Médico – CREM para fins de comprovação do período em que estará licenciado pelo INSS.

A retomada de tratamento e o afastamento por agravamento de lesão decorrentes de acidente de tra-

balho ou doença profissional terá que ser comunicado à Previdência Social em formulário próprio.

Nessa CAT deverão constar as informações da época do acidente e os dados atualizados do novo afastamento (último dia trabalhado, atestado médico e data da emissão).

Enquanto recebe auxílio-doença por acidente de trabalho ou doença ocupacional, o servidor é considerado licenciado e terá estabilidade por 12 meses após o retorno às atividades.

O auxílio-doença deixa de ser pago quando o servidor recupera a capacidade e retorna ao trabalho ou quando o benefício se transforma em aposentadoria por invalidez.

ATENÇÃO: A área de Recursos Humanos após preenchimento da CAT deverá encaminhar uma via à Seção Técnica de Saúde para registro no SOC.

Item IV
Salário Maternidade

Salário Maternidade

É devido à servidora por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto não criminoso, adoção ou guarda judicial para fins de adoção.

Se concedido antes do nascimento da criança, a comprovação será por atestado médico, se posterior ao parto, a prova será a Certidão de Nascimento.

Para concessão do salário maternidade, não é exigido tempo mínimo de contribuição desde que a servidora comprove filiação à Previdência Social na data do afastamento para fins de salário maternidade ou na data do parto.

De acordo com os termos do Ofício Circular nº 16/2008-PRAd de 26 de agosto de 2008, o Magnífico Reitor autorizou a ampliação do período da licença de 120 dias para 180 dias, à servidora gestante e àquela que adotar criança de até 1 ano completo.

O salário maternidade à servidora, desde 01/09/2003, é feito diretamente pelas empresas que são ressarcidas pela Previdência Social, até 120 dias, e os 60 dias restantes são custeados pela Universidade, **exceto os casos em que o afastamento seja em função de adoção ou guarda judicial para fins de adoção.**

A servidora que exerce atividades ou tem emprego simultâneo tem direito a um salário maternidade para cada emprego/atividade, desde que contribua para a Previdência nas duas funções.

A duração do benefício será diferenciada nos casos especificados abaixo:

- Nos abortos espontâneos ou previstos em lei (estupro ou risco de vida para a mãe), será pago o salário maternidade por 02 (duas) semanas.
- A servidora segurada da Previdência Social que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança, é devido o salário maternidade durante os seguintes períodos:
 - 180 dias, se a criança tiver 1 ano completo de idade (**vide Ofício Circular 16/2008-PRAd**);
 - 60 dias, se a criança tiver de 1 até 4 anos completos de idade;
 - 30 dias, se a criança tiver de 4 até completar 8 anos de idade.
- No caso de adoção de mais de 1 criança simultaneamente, a servidora segurada terá direito somente a pagamento de um salário maternidade, observando-se o direito segundo a idade da criança mais nova.

Nos casos das mães adotivas ou guarda judicial para fins de adoção, a servidora deverá solicitar o benefício pelo Portal Social na Internet, pelo telefone 135 ou nas Agências da Previdência Social, mediante o preenchimento do requerimento de salário maternidade assinado pela servidora ou pelo representante da empresa empregadora e encaminhado pelo Correio ou entregue na Agência da Previdência Social que será selecionada, juntamente com os documentos abaixo:

Cópia autenticada da Certidão de Nascimento da criança ou Cópia autenticada do deferimento da medida liminar constantes dos autos de adoção;

- Cópia do Cadastro de Pessoa Física – CPF;

O não encaminhamento da documentação acima relacionada, no **prazo máximo de 30 dias**, implicará o indeferimento do benefício.

Item V
Aposentadoria por Invalidez

Aposentadoria por Invalidez

Benefícios concedidos aos servidores que por doença ou acidente forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhe garanta o sustento.

Não tem direito à aposentadoria por invalidez quem, ao se filiar à Previdência Social, já tiver doença ou lesão que geraria o benefício, a não ser quando a incapacidade resultar no agravamento da enfermidade.

Quem recebe aposentadoria por invalidez tem que passar por perícia médica de dois em dois anos, senão o benefício é suspenso. A aposentadoria deixa de ser paga quando o servidor segurado recupera a capacidade e volta ao trabalho.

Para ter direito ao benefício, o servidor terá que contribuir para a Previdência Social por no mínimo 12 meses, no caso de doença. Se for acidente, esse prazo de carência não é exigido, mas é preciso estar inscrito na Previdência Social.

Item VI
Reabilitação Profissional

Reabilitação Profissional

Serviço da Previdência Social que tem o objetivo de oferecer, aos servidores segurados incapacitados para o trabalho (por motivo de doença ou acidente), os meios de reeducação ou readaptação profissional para o seu retorno ao mercado de trabalho.

O atendimento é feito por equipe de médicos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas e outros profissionais. A reabilitação profissional é prestada também aos dependentes, de acordo com a disponibilidade das unidades de atendimento da Previdência Social.

Depois de concluído o processo de reabilitação profissional, a Previdência Social emitirá certificado indicando a atividade para a qual o servidor foi capacitado profissionalmente.

A Previdência Social fornecerá aos servidores segurados recursos materiais necessários à reabilitação profissional, quando indispensáveis ao desenvolvimento do respectivo programa, incluindo próteses, órteses, instrumentos de trabalho, implementos profissionais, auxílio-transporte e auxílio-alimentação.

O servidor em gozo de auxílio-doença terá prioridade de atendimento no programa de reabilitação profissional. Não há prazo mínimo de contribuição para que o servidor segurado tenha direito à reabilitação profissional.

Item VII

**Direito ao Vale-Transporte,
Vale Trans-Individual e
Vale-Alimentação**

Direito ao Vale-Transporte, Vale Trans-Individual e Vale-Alimentação

Aplicável aos servidores conforme previsto nas Portarias UNESP nº 32, 33 e 34 de 29 de janeiro de 2010, publicadas no DOE de 30/01/2010.

De acordo com o artigo 7º das Portarias acima mencionadas fazem jus ao benefício os portadores das seguintes doenças:

- Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS);
- Alienação mental;
- Cardiopatia grave;
- Cegueira;
- Contaminação por radiação;
- Doença de Parkinson;
- Doença de Paget em estados avançados (Osteíte deformante);
- Esclerose múltipla;
- Espondiloartrose anquilosante;
- Hanseníase;
- Nefropatia grave;
- Fibrose cística (mucoviscidose);
- Hepatopatia grave;
- Neoplasia maligna (câncer);
- Paralisia irreversível e incapacitante;
- Pneumopatia grave.

Para continuidade do recebimento dos benefícios, a área de Recursos Humanos orientará o servidor a solicitar por meio de requerimento a manutenção do recebimento dos vales-transporte, trans-individual e alimentação.

A área de Recursos Humanos solicitará abertura de expediente referente ao processo de Licença Saúde individual do servidor, com o requerimento do servidor e após deverá encaminhá-lo à Seção Técnica de Saúde para agendamento da perícia.

A Seção Técnica de Saúde procederá ao agendamento e comunicará ao servidor que, quando da perícia em saúde, apresente relatório médico pormenorizado, exames que comprovem a doença e receitas médicas atualizadas e recentes, que justifiquem o pleito.

Após a perícia, o médico emitirá Laudo Médico Pericial (**anexo III**) quanto ao enquadramento legal do caso e o expediente retornará à área de Recursos Humanos, para providências cabíveis.

Observação: Terá direito aos benefícios o servidor em licença pós-cirúrgica limitado à cirurgia de grande porte, excluindo todo e qualquer procedimento cirúrgico menor ou com o propósito estético, enquanto perdurar a licença. Para concessão, o procedimento será o mesmo acima descrito.

Item VIII

Direito ao Benefício Auxílio Educação Especial

Direito ao Benefício Auxílio Educação Especial

Aplicável conforme previsto na Portaria UNESP nº 327, de 19 de julho de 2010, publicada no DOE de 23/07/2010 ao servidor técnico administrativo e docente que tenha filho biológico ou legalmente adotado, bem como o incapacitado sob guarda ou tutela, portador de necessidades especiais.

O portador de necessidades especiais é aquele incapacitado para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho.

De acordo com o artigo 5º, § 1º, inciso I, letras **a**, **b**, **c**, **d** e **e** e inciso II do Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004, faz jus ao benefício o portador de necessidades especiais como segue:

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

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

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

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. Comunicação;
2. Cuidado pessoal;
3. Habilidades sociais;
4. Utilização dos recursos da comunidade;
5. Saúde e segurança;
6. Habilidades acadêmicas;
7. Lazer; e
8. Trabalho.

e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências;

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

Para concessão do benefício, o servidor solicitará por meio de requerimento o auxílio educação especial acompanhado da documentação necessária para recebimento do benefício de acordo com o disposto no artigo 4º da Portaria UNESP nº 327/2010 e Instrução CRH/PRAd.

A área de Recursos Humanos solicitará abertura de Processo único e individual em nome do servidor devendo instruí-lo com a documentação prevista na Instrução CRH/PRAd e após o encaminhará à Seção Técnica de Saúde para agendamento da perícia.

A Seção Técnica de Saúde procederá ao agendamento e comunicará ao servidor que, na data agendada deverá apresentar relatórios e exames médicos que comprovem a necessidade especial.

Após a perícia em saúde, o médico emitirá o Laudo Médico Pericial (**anexo IV**), quanto ao enquadramento legal, que deverá ser reavaliado a cada 02 (dois) anos.

O processo será encaminhado a COSTSA para apreciação e parecer final do Coordenador. Após pre-

cer, o processo retornará à Seção Técnica de Saúde da Unidade, que o encaminhará à área de Recursos Humanos, para o que couber.

Capítulo X

MODELOS

ANEXOS de I a IV

**Demais modelos encontram-se disponíveis no site
<http://www.previdenciasocial.gov.br>**

ANEXO I

REQUISIÇÃO DE EXAME DE SANIDADE E CAPACIDADE FÍSICA PARA INGRESSO

Nome _____
Data do nascimento _____ Sexo _____ Est. Civil _____ Cor _____
Filiação _____ e _____
Local do nascimento _____ Estado _____ Doc. Ident. _____
Residência _____ Nº _____ Tel. _____
Cidade _____

Cargo ou função a que se destina _____
Classe, padrão ou salário _____ Categoria _____
Fundamento legal de nomeação ou admissão _____

Dependência requisitante _____

Data da publicação do Ato no "Diário Oficial" _____

Município : _____

Unidade Escolar : _____

Disciplina : _____

Nº de Classificação : _____

É OU FOI SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

SIM

NÃO

OBTEVE LICENÇA P/TRATAMENTO SAÚDE

SIM

NÃO

JÁ FOI EXAMINADO NESTE DEPTº

SIM

NÃO

LOCALIDADE E DATA

ASSINATURA DO DIRETOR OU CHEFE DE SERVIÇO

NOME ANTERIOR : _____

ASSINATURA : _____

OBSERVAÇÕES - Deverão ser juntados para aposição no Certificado a ser expedido, 2 fotografias iguais, recentes, formato 3x4.

ANEXO II

CERTIFICADO DE SANIDADE E CAPACIDADE FÍSICA

RG nº

Nº

CERTIFICO, em exame médicos realizado por esta Seção Técnica de Saúde e aprovado pelo Coordenador da COSTSA que o Sr. (a) _____, natural de _____, nascido em ____ de _____ de _____, filho do Sr. _____ e da Sr^a _____, e candidato ao emprego público de _____, do Quadro da Universidade, foi considerado APTO para o exercício daquele emprego público.

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do médico perito

Foto 3 x 4

Assinatura do candidato

Data: ____/____/____

ANEXO III

LAUDO MÉDICO PERICIAL PORTARIAS Unesp nºs 32, 33 e 34/2010

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome:

R.G. nº

Função Atual:

Lotação:

II – RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL

O servidor acima identificado foi avaliado quanto ao disposto nas Portarias UNESP nºs 32, 33 e 34/2010, com a seguinte conclusão:

SIM - As condições do servidor SE ENQUADRAM no estabelecido nas Portarias, fazendo jus aos benefícios.

NÃO - As condições do servidor NÃO SE ENQUADRAM no estabelecido nas Portarias, não fazendo jus aos benefícios.

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura e carimbo do Médico perito.

ANEXO IV

LAUDO MÉDICO PERICIAL

PORTARIAS Unesp nº 327/2010

Nome do Servidor: _____ RG n.º _____

Informo que o portador de necessidades especiais foi avaliado quanto ao disposto na Portaria Unesp nº 327/2010 e que a doença comprovada neste processo, está incluída entre as doenças classificadas no Decreto nº 5.296/2004.

PERÍCIA EM SAÚDE: É possível fazer o enquadramento da doença entre as doenças classificadas na legislação?

() **SIM**

() **NÃO**

Em caso afirmativo, o prazo de validade é de 02 anos, a partir ____/____/____.

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura e carimbo do Médico perito.

De acordo.

Em, ____/____/____.

Coordenador

Capítulo XI

Legislação

DECRETO nº 29.180, DE 11 DE NOVEMBRO DE 1988.

Institui o Regulamento de Perícias Médicas – RPM e dá outras providências.

ORESTES QUÉRCIA, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e com fundamento no artigo 89 da Lei nº 9.717, de 30 de janeiro de 1967, decreta:

CAPÍTULO I

Disposições Preliminares

Artigo 1º – Este decreto regulamenta as perícias médicas referentes aos funcionários, servidores e candidatos a cargos ou funções públicas civis da Administração Centralizada e das Autarquias do Estado.

Parágrafo único – O disposto neste decreto não se aplica aos servidores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Artigo 2º – Para os fins deste decreto considera-se:

I – perícia médica: todo e qualquer ato realizado por profissional da área médico-odontológica para fins de posse, exercício, licenças médicas, readaptações e aposentadoria por invalidez;

II – licenças médicas: licença para tratamento de saúde, licença por motivo de doença em pessoa da família, licença ao funcionário ou servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou atacado de doença profissional e licença à funcionária ou servidora gestante;

III – Certificado de Sanidade e Capacidade Física (CSCF): documento, expedido por autoridade competente, que comprova a aptidão física e mental para posse e exercício;

IV – Guia para Perícia Médica (GPM): documento indispensável para a realização de perícia médica para fins de licença médica, readaptação e aposentadoria;

V – Guia para Perícia Médica de Ingresso (GPMI): documento necessário para realização de perícia médica para efeito de ingresso no Serviço Público;

VI – parecer final: manifestação de autoridade médica competente sobre a perícia efetuada;

VII – decisão final: pronunciamento do Departamento de Perícias Médicas do Estado – DPME sobre as licenças médicas e aposentadoria por invalidez, bem como seu enquadramento legal.

Artigo 3º – Nas citações ou remissões a este regulamento será utilizada a sigla RPM.

Artigo 4º – O Departamento Médico do Serviço Civil do Estado (DMSCE), da Secretaria da Saúde, passa a denominar-se Departamento de Perícias Médicas do Estado – DPME e será reorganizado em decreto específico.

Artigo 5º – O DPME terá por atribuições:

I – realizar perícias médicas de avaliação da sanidade e da capacidade física nos candidatos a cargos ou funções públicas do serviço civil estadual, emitir os certificados, atestados, laudos e pareceres delas decorrentes;

II – realizar perícias médicas nos funcionários e servidores civis para comprovação da invalidez permanente para fins de aposentadoria, proferir a decisão final e emitir o competente laudo;

III – realizar perícias médicas nos funcionários e servidores civis para fins de: licença para tratamento de saúde, licença ao funcionário ou servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou atacado de moléstia profissional, licença à funcionária ou servidora gestante, readaptação, para reassunção do exercício e cessação de readaptação, bem como na pessoa da família quando de licença por motivo de doença em pessoa da família, preferindo a decisão final;

IV – proceder as perícias médicas nos funcionários e servidores civis sempre que requisitadas pelo Poder Judiciário, por autoridades da União e de outros Estados;

V – exceder controle e fiscalização sobre as licenças médicas, bem como sobre todos os atos a elas relacionados e sobre os funcionários e servidores civis licenciados, representando à autoridade competente quando a aplicação da sanção cabível não for de sua competência;

VI – exercer fiscalização sobre as atividades médicos-odontológicas, relativas às perícias médicas procedidas em funcionários e servidores civis, representando à autoridade superior e os órgãos de classe quando de desrespeito à ética profissional;

VII – expedir normas, instruções e comunicados de forma a orientar na realização de perícias médicas, na fixação dos prazos e nos critérios a serem observados para correta avaliação da sanidade e da capacidade física;

VIII – manter sistema de informações computadorizado acessível aos demais órgãos governamentais.

Artigo 6º – O DPME poderá recorrer a outros órgãos médicos estaduais para a consecução de suas finalidades.

Artigo 7º – Ficam incluídas como atribuições das unidades da Secretaria da Saúde, indicadas por resolução do Titular da Pasta, a realização de perícias médicas de que tratam os incisos I, II e III do artigo 5º deste decreto, respeitadas as disposições deste RPM.

§ 1º – Excetuam-se das disposições do “caput” a realização de perícias médicas para fins de:

1. ingresso de ex-combatente, de pessoas de capacidade reduzida e de portadores de deficiências físicas e sensoriais;
2. readaptação, aproveitamento, readmissão e reversão;
3. ingresso em cargo ou função pública que, por ato de autoridade superior, for considerado como de atribuições complexas;
4. ingresso de funcionário ou servidor, que encontre readaptado ou licenciado por ordem médica, em outro cargo ou função pública.

§ 2º – Excetuam-se também:

1. a decisão final, nos casos de licenças médicas e aposentadorias;
2. a expedição de laudo, nos casos de aposentadoria por invalidez.

CAPÍTULO II

Dos Exames de Ingresso

Artigo 8º – As perícias médicas para fins de posse e exercício em cargo ou função do serviço público civil do Estado serão realizados pelo DPME e pelas unidades indicadas nos termos do artigo 7º deste decreto.

Artigo 9º – Fica delegada, às unidades adiante enumeradas, a atribuição para realizar perícias médicas de avaliação de sanidade e capacidade física, observadas as exceções previstas no § 1º do artigo 7º deste decreto:

I – pelo Departamento de Saúde do Sistema Penitenciário da Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado, da Secretaria da Justiça, quando de nomeação para cargo público de provimento efetivo ou de admissão para função-atividade que devam ser exercidos junto aos estabelecimentos penitenciários do Estado;

II – pelo Ambulatório Médico e Odontológico, do Departamento de Administração da Delegacia Geral de Polícia, da Secretaria da Segurança Pública, quando de nomeação para cargo público das séries de classes policiais-civis;

III – pelas unidades médicas das Autarquias Estaduais, quando de nomeação, admissão, transposição ou designação para cargo ou função de seus quadros.

Parágrafo único – As unidades mencionadas neste artigo ficam responsáveis pela expedição dos respectivos CSCF.

Artigo 10 – A perícia médica para fins de posse e exercício deverá ser solicitada pelo órgão para onde foi nomeado ou admitido o candidato, mediante o preenchimento da GPMI, conforme modelo a ser instituído por ato do Secretário da Saúde.

Artigo 11 – Realizada a perícia médica será expedido o CSCF, dele devendo constar se o candidato está apto ou não para o exercício das atribuições próprias do cargo ou da função pública.

Artigo 12 – O Certificado de Sanidade e Capacidade Física (CSCF) terá validade pelo prazo de 12 (doze) meses quando for expedido:

I – pelo DPME;

II – pelas unidades indicadas nos termos do artigo 7º deste decreto e desde que se trate de funções-atividades integrantes das classes docentes.

§ 1º – Executadas as hipóteses previstas nos incisos I e II, o prazo de validade do CSCF será de 4 (quatro) meses.

§ 2º – O prazo de validade de que trata este artigo será contado da data de expedição do CSCF.

Artigo 13 – A validade prevista no artigo anterior cessará quando for concedida ao funcionário ou servidor licença médica, exceto nos casos de licença à funcionária e servidora gestante e licença por motivo de doença em pessoa da família.

Artigo 14 – Será indispensável a submissão a nova perícia médica para posse ou exercício quando:

I – na perícia médica anterior tenha sido necessária a manifestação de Junta Médica;

II – para o desempenho das atribuições de novo cargo ou de nova função, for exigido exames especiais.

Artigo 15 – As unidades mencionadas nos artigos 7º e 9º deste decreto, deverão:

I – manter arquivada a cópia do CSCF, juntamente com a GPMI;

II – encaminhar ao DPME, na forma a ser disciplinada, relação dos CSCF expedidos.

Artigo 16 – A unidade responsável pela realização de perícia médica para posse e exercício deverá comunicar à autoridade solicitante da perícia, a conveniência de suspensão do prazo de que trata o artigo 53 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1986 e o artigo 14 da Lei nº 500, de 13 de novembro de 1974.

CAPÍTULO III

Da Aposentadoria por Invalidez

Artigo 17 – As perícias médicas destinadas a comprovar a invalidez total e permanente do funcionário ou servidor para qualquer cargo ou função pública serão realizadas no DPME ou nas unidades indicadas nos termos do artigo 7º deste decreto, por Junta Médica constituída de, no mínimo, 3 (três) médicos da rede oficial.

Artigo 18 – Realizada a perícia médica e concluídas as diligências que se fizerem necessárias, a Junta Médica elaborará seu parecer encaminhando-o à decisão do DPME, que publicará no Diário Oficial.

Parágrafo único – Quando julgar de conveniência, o DPME convocará o funcionário ou servidor para nova perícia médica em sua sede.

Artigo 19 – Será considerado como de licença para tratamento de saúde, independentemente de qualquer providência do DPME, o período compreendido entre a data da última licença concedida ou, quando for o caso, da data de perícia e a publicação, por aquele órgão, da decisão favorável à aposentadoria.

Parágrafo único – Tratando-se de decisão contrária à aposentadoria, deverá o DPME pronunciar-se quanto à concessão de licença para tratamento de saúde.

Artigo 20 – O laudo de aposentadoria por invalidez será expedido pelo DPME, devendo dele constar como data de início da aposentadoria a da publicação da decisão favorável, o código da enfermidade (CID) e o enquadramento legal.

Artigo 21 – Do ato de concessão de aposentadoria por invalidez, a ser expedido pelo órgão de pessoal, deverá constar como data de início da aposentadoria a fixada pelo DPME.

CAPÍTULO IV

Das Licenças Médicas

SEÇÃO I

Da Licença para Tratamento de Saúde

Artigo 22 – A licença para tratamento de saúde dependerá de perícia médica, realizada no DPME ou nas unidades indicadas nos termos do artigo 7º deste decreto, e poderá ser concedida:

I – “ex-officio”;

II – a pedido do funcionário ou servidor.

SUBSEÇÃO I

Da Licença “Ex-Officio”

Artigo 23 – O superior imediato ou mediato, a seu juízo e diante das condições de saúde do funcionário ou servidor, poderá solicitar a concessão de licença para tratamento de saúde “ex-officio”, expedindo a competente GPM para a perícia médica.

Parágrafo único – Quando o funcionário ou servidor recusar a se submeter a perícia, deverá o DPME ser oficiado para que proceda a convocação, aplicando-se, no caso de não atendimento, o disposto no artigo 72, inciso I, alínea “e” deste decreto.

SUBSEÇÃO II

Da Licença a Pedido

Artigo 24 – O funcionário ou servidor que necessitar de licença para tratamento de saúde deverá solicitar ao seu superior imediato ou diretamente ao órgão de pessoal a expedição da GPM, a fim de ser submetido à necessária perícia médica.

Artigo 25 – Quando o funcionário ou servidor adoecer em localidade diversa da de sua sede, a GPM poderá ser por ele preenchida e assinada, devendo comunicar o fato à unidade em que tiver exercício.

Artigo 26 – O funcionário ou servidor que, diante de suas condições de saúde, necessitar que a perícia médica ocorra em seu domicílio ou em unidade hospitalar em que se encontre internado, deverá mencionar a pretensão na GPM.

SUBSEÇÃO III

Da Guia Para Perícia Médica – GPM

Artigo 27 – A Guia para Perícia Médica – GPM – é o documento indispensável para a realização de

perícia médica e terá validade até o final do expediente do primeiro dia útil subsequente ao de sua expedição.

Artigo 28 – Da GPM deverão constar no mínimo:

I – dados de identificação do funcionário ou servidor,

II – informações da situação funcional;

III – informações sobre o motivo e o local da perícia;

IV – local, data e assinatura do responsável por sua expedição;

Artigo 29 – O DPME, bem como a unidade indicada nos termos do artigo 7º deste decreto, onde for apresentada a GPM, poderão recusá-la quando:

I – incorretamente preenchida;

II – apresentada depois do primeiro dia útil subsequente ao de sua expedição;

III – conter rasura que comprometa sua autenticidade.

Parágrafo único – A ausência da assinatura do próprio funcionário ou servidor, impossibilitado, quando for da sede de exercício, não será motivo para recusa do GPM.

Artigo 30 – O modelo da GPM, bem como a rotina de encaminhamento para decisão e arquivamento, serão estabelecidos em resolução do Secretário da Saúde.

SUBSEÇÃO IV

Da Perícia Médica

Artigo 31 – Para ser submetido à perícia médica, o funcionário ou servidor deverá comparecer ao DPME ou a uma das unidades indicadas nos termos do artigo 7º deste decreto até o primeiro dia útil subsequente à data da expedição da GPM, munido:

I – da GPM,

II – de prova de sua identidade.

Artigo 32 – As perícias médicas no domicílio ou na unidade hospitalar serão realizadas, sempre que possível, no prazo de 5 (cinco) dias úteis da data do protocolo da GPM e desde que atendidas as condições estabelecidas em resolução do Secretário da Saúde.

Artigo 33 – Nos casos de licença quando fora da sede de exercício, de que trata o artigo 25 deste decreto, a perícia médica somente será realizada se o funcionário ou servidor comprovar impossibilidade de locomoção por tempo superior a 3 (três) dias.

Parágrafo único – A comprovação de que trata o “caput” deverá ser feita por meio de um dos seguintes documentos:

1 – declaração de internação fornecida por unidade hospitalar;

2 – atestado de médico assistente.

Artigo 34 – O profissional da área médico-odontológica de qualquer das unidades mencionadas neste RPM que realizar perícia médica, deverá relatar nos espaços próprios da GPM as informações que justifiquem seu parecer.

Artigo 35 – As licenças para tratamento de saúde com prazo superior a 90 (noventa) dias dependem de perícia médica realizada por Junta Médica.

Artigo 36 – Realizada a perícia médica, será entregue ao funcionário ou servidor cópia da GPM, na qual deverá constar o parecer final sobre o pedido e, se for o caso, o prazo da licença com a data de seu início.

SUBSEÇÃO V

Do Parecer Final

Artigo 37 – O parecer final sobre o pedido de licença para tratamento de saúde, observadas as normas e instruções do DPME, caberá:

I – quando de licença inicial e de primeira prorrogação da licença que implique denegação ou concessão:

a) até 15 (quinze) dias, ao dirigente da unidade da Secretaria da Saúde, indicada nos termos do artigo 7º deste decreto, quando a perícia médica ocorrer em sua sede, em domicílio ou em unidade hospitalar de sua jurisdição;

b) de 16 (dezesesseis) a 45 (quarenta e cinco) dias, ao dirigente da unidade situada no município sede do ERSA, indicada nos termos do artigo 7º deste decreto, quando a perícia médica ocorrer em sua sede, em outra unidade vinculada ao ERSA, em domicílio ou em unidade hospitalar de sua jurisdição;

c) prazo superior a 45 (quarenta e cinco) dias, à Comissão Médica do DPME, independentemente do local onde foi realizada a perícia médica;

II – à Comissão Médica do DPME, quando se tratar da segunda licença, em prorrogação, em diante,

que implique denegação ou concessão.

Parágrafo único – Cabe, ainda, à Comissão Médica proferir o parecer final das perícias médicas realizadas na sede do DPME, em domicílio ou em unidade hospitalar, desde que o pedido da licença tenha sido ali protocolado.

Artigo 38 – O funcionário ou servidor poderá ser convocado para nova perícia médica, quando a autoridade competente para proferir o parecer final julgar de conveniência ou a critério do DPME.

SUBSEÇÃO VI

Da Decisão Final e da Publicação do Resultado

Artigo 39 – A decisão final sobre o pedido de licença, bem como seu enquadramento legal, caberá ao DPME que a publicará no Diário Oficial, agrupando-as por Órgão.

Artigo 40 – Da publicação deverão constar:

I – o nome do funcionário ou servidor;

II – o número do Registro Geral (RG) da Carteira de Identidade;

III – o local e a data da perícia médica;

IV – o número de dias concedidos ou a sua denegação;

V – a data de início da licença;

VI – o seu enquadramento legal.

Parágrafo único – Deverão, também, constar da publicação as condições exigidas para nova perícia médica, se solicitadas na GPM.

SUBSEÇÃO VII

Da Licença Inicial, da Prorrogação, do Início e da Retroação

Artigo 41 – Toda licença para tratamento de saúde, considerada como inicial, terá como data de início aquela fixada na GPM pela autoridade responsável pelo parecer final, e poderá retroagir até 5 (cinco) dias corridos contados do dia anterior ao da expedição da mesma.

§ 1º – Quando motivo de força maior ou as graves condições de saúde do funcionário ou servidor justificar maior retroação, esta poderá ocorrer por mais 5 (cinco) dias, devendo, neste caso, ser junta-da à GPM, os devidos comprovantes que a justifiquem.

§ 2º – Na falta de comprovação, ou se julgada insuficiente a justificativa, serão registrados como faltas as das que ultrapassem a retroação prevista no “caput”.

Artigo 42 – A licença será enquadrada como, em prorrogação, quando o pedido for apresentado:

I – pelo menos até 8 (oito) dias antes de findo o prazo da licença que o funcionário ou servidor estiver usufruindo;

II – antes do término da licença em que se encontrar, seja inicial ou em prorrogação, quando esta for de prazo inferior a 8 (oito) dias.

Parágrafo único – Quando a decisão final do DPME sobre o pedido de prorrogação de licença, solicitado nos termos deste artigo, for pela sua degeneração, as faltas registradas no período, compreendido entre a data de término da licença anterior e a data de publicação do despacho denegatório, serão considerados como de licença, independentemente de novo pronunciamento daquele órgão.

SUBSEÇÃO VIII

Dos Pedidos de Reconsideração e Recursos

Artigo 43 – Da decisão final do DPME, de que trata o artigo 39 deste decreto, caberá pedido de reconsideração e recurso, independentemente da observação do disposto no artigo 239 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968 – Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado, aplicando-se, entretanto, no que não expressamente regulado nesta Subseção, as demais normas do citado dispositivo.

Artigo 44 – O pedido de reconsideração deverá ser dirigido ao dirigente do DPME, interposto no prazo de 3 (três) dias úteis, contados da publicação aludida no artigo 40 deste decreto, e apresentado junto à autoridade responsável pelo parecer final que instruirá e encaminhará ao DPME.

Artigo 45 – Examinado o pedido, o dirigente do DPME poderá determinar a realização de diligências, inclusive nova perícia médica.

Parágrafo único – Se não houver novas diligências, o prazo para decisão sobre o pedido será de 30 (trinta) dias, a contar da protocolização do pedido; se houver, será contado do término das diligências que deverão ser determinadas e processadas com a maior brevidade.

Artigo 46 – Caberá recursos ao Secretário da Saúde, e em caso de não provimento por essa autoridade, ao Governador, devendo ser interposto no prazo 5 (cinco) dias úteis, contados da publicação do despacho pelo dirigente do DPME, no pedido de reconsideração.

§ 1º – A autoridade competente para decidir do recurso poderá determinar novas providências, inclusive perícia médica que se efetuará por Junta Médica, constituída pelo dirigente do DPME, e sempre que possível diferente da que primitivamente efetivou a perícia médica, integrada por membros em número não inferior ao desta última. Da Junta, assim constituída, poderão participar especialistas de outros órgãos do serviço público ou estranhos a ele, de notório saber, designados pelo dirigente do DPME, ou pela autoridade competente para decidir o recurso.

§ 2º – O pronunciamento dessa autoridade ficará adstrito à conclusão do laudo elaborado pela Junta Médica, devendo esta justificar seu pronunciamento sempre que solicitada a fazê-lo, inclusive, responder aos quesitos que lhe forem formulados pela autoridade superior.

Artigo 47 – Serão sumariamente arquivados, por despacho da autoridade recorrida, os pedidos de reconsideração e recursos formulados fora dos prazos previstos nesta Subseção.

Artigo 48 – A decadência, pelo decurso dos prazos, do direito assegurado no artigo 43 deste decreto, não prejudicará o direito de petição que, com base no capítulo VII, do Título V, da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968 – Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis do Estado, assiste ao funcionário e ao servidor relativamente ao despacho concessório ou denegatório da medida que se tenha fundamentado na decisão do DPME.

Parágrafo único – O uso, ainda que parcial, dos meios de defesa previstos no artigo 43, deste decreto, obstará o reexame da matéria do ponto de vista médico, nos pedidos de reconsideração e recursos formulados nos termos do artigo 239 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968. Se tais meios não tiverem sido utilizados, a Secretaria de Estado encaminhará o pedido de reconsideração ou recurso ao Secretário da Saúde, que procederá na forma determinada pelo § 1º do artigo 46, devolvendo o processo, depois de instruído, a autoridade que o haja encaminhado, cabendo a esta proceder na forma estabelecida no § 2º do artigo 46 deste decreto.

SEÇÃO II

Da Licença à Funcionária ou Servidora Gestante

Artigo 49 – A licença à funcionária ou servidora gestante será concedida:

I – antes do parto: a partir do 8º (oitavo) mês de gestação, salvo prescrição médica em contrário, mediante perícia médica realizada no DPME ou em unidade indicada na forma do disposto no artigo 7º deste decreto;

II – após o parto: mediante a apresentação da certidão de nascimento da criança;

Parágrafo único – Na hipótese do inciso I deste artigo, a licença vigorará a partir da data fixada na GPM pelo profissional de área de saúde, que realizar a perícia médica. No caso do inciso II deste artigo, considerar-se-á, como início da licença, a data do parto, podendo, quando for o caso, retroagir até 15 (quinze) dias do evento.

Artigo 50 – No caso de natimorto, será concedida à funcionária ou servidora licença para tratamento de saúde, a critério médico, na forma prevista na Seção I, do Capítulo IV deste decreto.

Artigo 51 – Aplicam-se à licença à funcionária ou servidora gestante requerida a partir do 8º (oitavo) mês de gestação as disposições das Subseções II, III, IV e VI, da Seção I, do Capítulo IV, exceto o artigo 35, todos deste decreto.

Artigo 52 – Ocorrendo a hipótese do inciso I do artigo 49 deste decreto, o parecer final cabe ao dirigente da unidade onde for realizada a perícia médica.

Artigo 53 – Incumbirão à autoridade competente para decidir sobre a concessão da licença à funcionária ou servidora gestante, requerida após o parto, as providências referentes à publicação do ato no Diário Oficial do Estado.

Artigo 54 – Publicada a decisão sobre o pedido da licença, a funcionária ou servidora poderá usufruir por inteiro, ainda que a criança venha a falecer durante a licença.

Artigo 55 – O disposto no artigo anterior não inibe a realização de perícia médica “ex-officio” ou que a licenciada pleiteie a desistência da licença, devendo resumir o exercício se for considerada apta.

Artigo 56 – Fica assegurado à funcionária ou servidora o direito ao gozo do restante do período de licença quando, entre a data do parto e a de início de exercício no serviço público, mediar tempo inferior a 120 (cento e vinte) dias, aplicando-se no caso, o disposto no artigo 53 deste decreto.

SEÇÃO III

Da Licença ao Funcionário ou Servidor Acidentado no Exercício de Suas Atribuições ou Atacado de Doença Profissional

Artigo 57 – O funcionário ou servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou que tenha adquirido doença profissional, terá direito à licença com vencimento, salário ou remuneração.

Parágrafo único – Considerar-se também acidente a agressão sofrida e não provocada pelo funcionário ou servidor no exercício de suas atribuições.

Artigo 58 – A licença será enquadrada, a princípio, como se licença para tratamento de saúde fosse, observando-se para tanto as disposições deste decreto.

Artigo 59 – Será indispensável para o enquadramento da licença como acidente de trabalho ou doença profissional, a sua comprovação em processo, que deverá iniciar-se no prazo de 8 (oito) dias, contados do evento.

Parágrafo único – Do processo deverão constar os elementos suficientes à comprovação do acidente, devendo ser instruído com sua descrição.

Artigo 60 – Concluído o processo, será elaborado relatório sucinto e encaminhado ao DPME que, por sua Comissão Médica, apreciará a presença de anexo causal, providenciando, quando for o caso, a retificação do enquadramento legal da licença.

Artigo 61 – O DPME poderá, a qualquer tempo, solicitar o processo de comprovação do acidente de trabalho.

Artigo 62 – Os conceitos de acidentes de trabalho, bem como a relação das moléstias profissionais, para fins desta Seção, serão os adotados pela legislação federal vigente à época do acidente.

SEÇÃO IV

Da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

Artigo 63 – O funcionário ou servidor poderá obter licença, por motivo de doença do cônjuge e de parentes até o segundo grau.

§ 1º – Equipara-se ao cônjuge, o companheiro ou a companheira com quem vivia, a pelo menos 5 (cinco) anos.

§ 2º – São parentes até segundo grau aqueles que assim define o código Civil Brasileiro.

Artigo 64 – A pessoa da família, a quem se atribui a doença, será submetida a perícia médica no DPME ou em unidade indicada na forma do disposto no artigo 7º deste decreto.

Artigo 65 – A reiteração de pedido de licença por motivo de doença em pessoal da família deverá ser objeto de sindicância social a ser realizada pelo DPME.

Artigo 66 – A autoridade competente para proferir o parecer final sobre o pedido de licença deverá levar em consideração, além dos aspectos médicos, os de natureza social do benefício.

Artigo 67 – O funcionário ou servidor licenciado é obrigado a reassumir o exercício quando não subsistir a doença na pessoa da família ou quando da perícia médica ficar comprovada a cessação dos motivos que determinaram a licença.

Artigo 68 – A licença de que trata esta Seção será concedida com vencimento, salário ou remuneração até 1 (um) mês e com os seguintes descontos:

I – de 1/3 (um terço), quando exceder de 1 (um) mês até 3 (três) meses;

II – de 2/3 (dois terços), quando exceder a 3 (três) meses até 6 (seis) meses;

III – sem vencimento, salário ou remuneração do sétimo ao vigésimo mês.

Artigo 69 – Os dias de licença por motivos de doença em pessoa da família não serão contados em nenhum efeito legal e acarretarão redução de período de férias.

Artigo 70 – Aplica-se à licença por motivo de doença em pessoa da família as disposições das Subseções II a VII da Seção I do Capítulo IV, deste decreto, exceto as disposições no artigo 42.

CAPÍTULO V

Do Controle e da Fiscalização

Artigo 71 – O controle e a fiscalização sobre as licenças médicas, bem como sobre os atos a elas relacionados, cabem ao Departamento de Perícias Médicas do Estado – DPME e à comissão de Assuntos de Assistência à Saúde – CAAS, nos termos deste Capítulo.

Artigo 72 – Cabe ao DPME:

I – em relação ao funcionário ou servidor:

a) condicionar a concessão de nova licença ao atendimento de qualquer exigência que a Comissão Médica julgar conveniente impor;

b) fixar nova sede para realização de perícia médica, quando ultrapassar 5 (cinco) o número de licenças concedidas;

c) verificar, mediante perícia médica domiciliar ou na sede, se ele está seguindo as prescrições médicas recomendadas pelo seu médico assistente;

d) exigir comprovante idôneo do tratamento;

e) solicitar ao Departamento de Despesa de Pessoal do Estado, da Secretaria da Fazenda, a suspensão

do pagamento do funcionário ou servidor que se recusar a fazer prova do tratamento médico ou que não atender à convocação para perícia médica;

II – em relação ao médico responsável pela perícia:

a) solicitar que preste esclarecimentos sobre tudo o que com ela se relacione;

b) representar à autoridade superior e, quando for o caso, à Comissão de Ética Médica do Conselho Regional de Medicina quando de inobservância do Código de Deontologia;

III – em relação ao dirigente da unidade indicada nos termos do artigo 7º deste decreto:

a) solicitar esclarecimentos sobre as perícias médicas ali realizadas;

b) recomendar providências;

c) promover diligências no local de forma a verificar se estão sendo seguidas as normas e instruções;

d) representar à autoridade superior sobre irregularidades constatadas.

Artigo 73 – Cabe à CAAS, além das atribuições previstas no artigo 38 do Decreto nº 26.774, de 18 de fevereiro de 1987;

I – acompanhar, fiscalizar e orientar a observância das disposições legais, das normas, dos comunicados e das instruções expedidas pelo DPME e pelas CAAS, relativas às perícias médicas para fins de ingresso, licença médica e aposentadoria por invalidez;

II – promover, mensalmente, auditoria em, no mínimo, 0,5% (cinco décimos por cento) das perícias médicas cuja decisão final é de competência do DPME.

Parágrafo único – Para fiel cumprimento das atribuições de que trata este artigo, a CAAS terá livre acesso às repartições públicas estaduais, podendo requisitar toda a documentação que cuide de ingresso, licença médica e aposentadoria por invalidez.

Artigo 74 – As irregularidades constatadas serão sumariamente apuradas pela própria CAAS, que submeterá, ao Secretário da Saúde, relatório contendo recomendações sobre providências cabíveis.

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais e Finais

Artigo 75 – De posse da cópia da GPM com parecer final favorável à licença, deverá o funcionário ou servidor iniciar, ou quando de retroação ou de prorrogação, continuar seu gozo, ainda que não publicada a decisão final do DPME e desde que referido parecer tenha sido proferido na forma prevista neste RPM.

Parágrafo único – O gozo da licença, sem que tenha sido atendida exigência para a nova perícia, constante da publicação referente ao pedido anterior, poderá implicar faltas.

Artigo 76 – O funcionário ou servidor que se valer do parecer final, proferido em desacordo com o estabelecido na Subseção V da Seção I, do Capítulo IV, deste decreto, ficará sujeito a ter como faltas injustificadas o período em que considerar licenciado.

Artigo 77 – A cópia da GPM, de que trata o artigo 75 deste decreto, deverá ser entregue ao órgão de pessoal ou unidade sede de controle de frequência, até o primeiro dia útil, após ter sido proferido o parecer final, devendo o funcionário ou servidor ser advertido das consequências quando em desacordo com o disciplinado neste decreto.

Artigo 78 – Os órgãos de pessoal das Secretarias de Estado e as unidades sede de controle de frequência deverão observar se o parecer final foi proferido nos termos estabelecidos na Subseção V, da Seção I, do Capítulo IV, deste decreto, representado, sob pena de responsabilidade, quando for o caso.

Artigo 79 – A apresentação da cópia da GPM pelo Funcionário ou servidor, não substitui a publicação da decisão do DPME.

Artigo 80 – As divergências, por ventura existentes, entre o parecer final constante da cópia da GPM e a publicação da decisão do DPME, deverão ser objeto de consulta àquele órgão.

Parágrafo único – Constatada a irregularidade, deverá ser instaurada sindicância administrativa no órgão de exercício do funcionário ou servidor e aplicada a pena disciplinar cabível.

Artigo 81 – A autoridade competente para proferir o parecer final deverá observar a correta retroação da licença, sua data de início ou de prorrogação, cabendo idêntica providência ao órgão de pessoal ou unidade sede de controle da frequência.

Artigo 82 – O DPME promoverá a cassação das licenças médicas concedidas, quando for comunicado pela Secretaria onde o funcionário tiver exercício, que o mesmo infringiu o disposto no artigo 187 da Lei nº 10.3261, de 28 de outubro de 1968, conforme apurado em sindicância.

Artigo 83 – O DPME poderá realizar todos os atos referentes à perícia médica em funcionário ou servidor dos Quadros do Tribunal de Justiça, do Primeiro Tribunal e Segundo Tribunal de Alçada Civil, do Tribunal de Alçada Criminal, do Tribunal de Justiça Militar, do Tribunal de Contas e da Secre-

taria da Assembléia Legislativa, quando solicitado.

Parágrafo único – O disposto no “caput” aplica-se às unidades indicadas nos termos do artigo 7º deste decreto.

Artigo 84 – Este decreto entrará em vigor em 2 de janeiro de 1989, revogadas as disposições em contrário e em especial:

I – os artigos 474 a 506 do Decreto nº 42.850, de 30 de dezembro de 1963;

II – as alíneas “a” e “b” e “c” do inciso XI do artigo 34 do Decreto nº 13.242, de 12 de fevereiro de 1979.

Palácio dos Bandeirantes, 11 de novembro de 1988.

ORESTES QUÉRCIA

José Aristodemo Pinotti, Secretário da Saúde

Alberto Goldman, Secretário Especial de Coordenação de Programas do Estado de São Paulo

Roberto Valle Rollemberg, Secretário do Governo

Publicado na Secretaria do Estado do Governo, aos 11 de novembro de 1988.

Publicado no DOE de 12/11/88, p. 05 a 70 e retificado no DOE de 17/11/88

DECRETO Nº 2.591, DE 09 DE OUTUBRO DE 1973

Dispõe sobre concessão de licença, tratamento e sua fiscalização, de servidores enquadrados como toxicômanos.

LAUDO NATEL, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, do uso de suas atribuições legais, decreta:

Artigo 1º – O servidor público, da Administração centralizada e descentralizada, que apresente sintomas de intoxicação habitual por psicotrópicos e, principalmente, bebidas alcoólicas, será, obrigatoriamente, encaminhado ao Departamento Médico do Serviço Civil do Estado (DMSCE), para inspeção médica e licenciamento, caso não tome ele próprio a iniciativa do tratamento.

Parágrafo único – Verificada a ocorrência de que trata este artigo, o servidor será licenciado “ex-officio”, ou a pedido, por prazo necessário ao tratamento para sua recuperação física ou psíquica, em hospital, sob fiscalização do DMSCE, nos termos do artigo 2º, letra c, da Lei nº 2.020, de 23 de dezembro de 1952, combinado com o artigo 189 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968.

Artigo 2º – O tratamento do paciente deverá ser realizado, de preferência, no Hospital do Servidor Público do Estado (IAMSPE), ficando a critério deste a exigência de internação ou a forma ambulatorial, a ser observada em cada caso específico.

Parágrafo Único – Ocorrendo a recusa de tratamento, por parte do servidor, a Diretoria do Hospital do Servidor Público do Estado (IAMSPE) comunicará o fato ao Departamento Médico do Serviço Civil do Estado (DMSCE), para a providência a que se refere o artigo 188, do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado.

Artigo 3º – Quando o servidor preferir submeter-se a tratamento médico particular, neste caso sempre às suas expensas, a fiscalização por parte do DMSCE far-se-á indiretamente, através de periódicas inspeções de saúde, inclusive para reassumir o cargo ou a função.

§ 1º – Ocorrendo a hipótese prevista neste artigo, o DMSCE exigirá do servidor licenciado a apresentação periódica de relatório médico sobre o tratamento.

§ 2º – Caberá ao DMSCE expedir as instruções necessárias quanto ao conteúdo e aos prazos de apresentação do relatório a que se refere o parágrafo anterior.

Artigo 4º – Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Palácio dos Bandeirantes, 9 de outubro de 1973.

LAUDO NATEL

Ciro Albuquerque, Secretário do Trabalho e Administração.

Publicado na Casa Civil aos 9 de outubro de 1973.

Maria Angélica Galiazzi, Responsável pelo SNA

(Publicado no DOE de 10/10/73, p. 3-4)

DECRETO Nº 51.738, DE 5 DE ABRIL DE 2007

Altera dispositivos que especifica do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1980, que institui o Regulamento de Perícias Médicas – RPM

JOSÉ SERRA, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

Decreta:

Artigo 1º - Os dispositivos adiante enumerados do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1980, passam a vigorar com a seguinte redação:

I - os artigos 43 e 44:

"Artigo 43 - Da decisão final do DPME, de que trata o artigo 39 deste decreto, caberá pedido de reconsideração e recurso, nos termos do disposto no 240 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968.

Artigo 44 - O pedido de reconsideração deverá ser dirigido ao dirigente do DPME, interposto no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação aludida no artigo 40 deste decreto, e apresentado junto à autoridade responsável pelo parecer final, que o instruirá e encaminhará ao DPME."; (NR)

II - o artigo 46:

"Artigo 46 - Caberá recurso ao Secretário da Saúde, em última instância, da decisão do dirigente do DPME proferida no pedido de reconsideração, que deverá ser interposto no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de sua publicação.

§ 1º - O Secretário da Saúde poderá determinar novas providências, inclusive perícia médica que se efetuará por Junta Médica, constituída pelo dirigente do DPME, e sempre que possível diferente da que primitivamente efetivou a perícia médica, integrada por membros em número não inferior ao desta última. Da Junta, assim constituída, poderão participar especialistas de outros órgãos do serviço público ou estranhos a ele, de notório saber, designados pelo dirigente do DPME ou pelo Secretário da Saúde.

§ 2º - O pronunciamento do Secretário da Saúde ficará adstrito à conclusão do laudo elaborado pela Junta Médica, devendo esta justificar seu pronunciamento sempre que solicitada a fazê-lo, inclusive, responder aos quesitos que lhe forem formulados pela autoridade superior."; (NR)

III - o artigo 48:

"Artigo 48 - O disposto nesta subseção aplica-se nas mesmas bases e condições aos pedidos de reconsideração e ao recurso interpostos contra a decisão que denegar a expedição do C.S.C.F.". (NR)

Artigo 2º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 5 de abril de 2007

JOSÉ SERRA

Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário da Saúde

Aloysio Nunes Ferreira Filho

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicado na Casa Civil, aos 5 de abril de 2007.

Publicado no DOE de 06/04/2007, p. 01

DECRETO Nº 52.088, DE 23 DE AGOSTO DE 2007

Dá nova redação aos dispositivos que especifica do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1988, que institui o Regulamento de Perícias Médicas - RPM, e dá providências correlatas.

JOSÉ SERRA, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

Decreta:

Artigo 1º - Os dispositivos adiante enumerados do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1988, passam a vigorar com a seguinte redação:

I - o artigo 9º:

“Artigo 9º - Fica delegada, às unidades adiante enumeradas, a atribuição de realizar perícias de avaliação de sanidade e capacidade física:

I - pela Divisão de Prevenção e Apoio Assistencial, do Departamento de Administração e Planejamento da Polícia Civil - DAP, da Secretaria da Segurança Pública, quando de nomeação para cargo público ou de admissão para função-atividade que devam ser exercidos junto às unidades da Secretaria, exceto da Polícia Militar;

II - pelas unidades médicas das Autarquias Estaduais, inclusive as de regime especial, quando de nomeação ou admissão para cargo ou função de seus quadros.

§ 1º - As unidades mencionadas neste artigo ficam responsáveis pela expedição dos respectivos CSCF.

§ 2º - Às unidades referidas no inciso I deste artigo observar-se-á as exceções previstas no § 1º do artigo 7º deste decreto.

§ 3º - Às unidades referidas no inciso II deste artigo poderá ser delegada, mediante resolução do Secretário da Saúde, atribuição para a realização das perícias previstas nos incisos II e III do artigo 5º deste decreto, em servidores de seus quadros.”; (NR)

II - o artigo 17:

“Artigo 17 - As perícias médicas destinadas a comprovar a invalidez total e permanente do funcionário ou servidor para qualquer cargo ou função pública serão realizadas no DPME ou nas unidades indicadas nos termos do artigo 7º e do § 3º do artigo 9º deste decreto, por Junta Médica constituída de, no mínimo, 3 (três) médicos da rede oficial”; (NR)

III - o “caput” do artigo 22:

“Artigo 22 - A licença para tratamento de saúde dependerá de perícia médica realizada no DPME ou nas unidades indicadas nos termos do artigo 7º e do § 3º do artigo 9º deste decreto, e poderá ser concedida.”; (NR)

IV - o “caput” do artigo 31:

“Artigo 31 - Para ser submetido à perícia médica, o funcionário ou servidor deverá comparecer ao DPME ou a uma das unidades indicadas nos termos do artigo 7º e do § 3º do artigo 9º deste decreto, até o primeiro dia útil subsequente à data da expedição da GPM munido.”; (NR)

V - o inciso I do artigo 49:

“I - antes do parto: a partir do 8º (oitavo) mês de gestação, salvo prescrição médica em contrário, mediante perícia médica realizada no DPME ou em uma das unidades indicadas nos termos do artigo 7º e do § 3º do artigo 9º deste decreto”; (NR)

VI - o artigo 64:

“Artigo 64 - A pessoa da família, a quem se atribui a doença, será submetida a perícia médica no DPME ou em uma das unidades indicadas nos termos do artigo 7º e do § 3º do artigo 9º deste decreto”; (NR)

VII - o “caput” do inciso III do artigo 72:

“III - em relação ao dirigente da unidade indicada nos termos do artigo 7º e do § 3º do artigo 9º deste decreto.”; (NR)

VIII - o parágrafo único do artigo 83:

“Parágrafo único - O disposto no “caput” deste artigo aplica-se às unidades indicadas nos termos do artigo 7º e do § 3º do artigo 9º deste decreto.”. (NR)

Artigo 2º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogado o artigo 2º do Decreto nº 46.036, de 23 de agosto de 2001.

Palácio dos Bandeirantes, 23 de agosto de 2007.

JOSÉ SERRA

Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário da Saúde

Ronaldo Augusto Bretas Marzagão

Secretário da Segurança Pública

Carlos Alberto Vogt

Secretário de Ensino Superior

Aloysio Nunes Ferreira Filho

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicado na Casa Civil, aos 23 de agosto de 2007.

(Publicado no DOE de 24/08/2007, p. 01 e 03)

Resolução SS - 333, de 16-11-2007

Delega, para fins de realização de perícias médicas, as atribuições previstas no Decreto nº 29.180, de 11/11/1988, alterado pelo Decreto nº. 52.088, de 23/08/2007, à unidade que especifica

O Secretário da Saúde em cumprimento ao disposto no § 3º do artigo 9º do Decreto nº. 29.180, de 11 de novembro de 1988, com redação dada pelo artigo 1º do Decreto nº. 52.088, de 23 de agosto de 2007, Resolve:

Artigo 1º - Delegar à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Unesp, a competência para realização de perícias médicas de que tratam os incisos II e III do artigo 5º do Decreto nº. 29.180, de 11 de novembro de 1988, em servidores do seu quadro funcional;

Artigo 2º - Somente para fins de controle, as decisões proferidas nos termos do artigo anterior deverão ser encaminhadas ao DPME para publicação;

Artigo 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Resolução SS - 95, de 29/07/2002.

Publicada no DOE de 20/11/2007, p. 30

Resolução SS - 352, de 21-12-2007

Altera dispositivo da Resolução SS-333, de 16/11/2007

O Secretário da Saúde resolve:

Artigo 1º - Fica alterado o artigo 2º, da Resolução SS-333, de 16/11/2007, na seguinte conformidade:

“Artigo 2º - Somente para fins de controle estatístico, as decisões proferidas nos termos do artigo anterior deverão ser encaminhadas ao DPME para publicação.”

Artigo 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir de 20/11/2007.

DOE de 22/12/2007, p. 35

LEI COMPLEMENTAR Nº 1041, DE 14 DE ABRIL DE 2008

Dispõe sobre o vencimento, a remuneração ou o salário do servidor que deixar de comparecer ao expediente em virtude de consulta ou sessão de tratamento de saúde e dá providências correlatas

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

Artigo 1º - O servidor público não perderá o vencimento, a remuneração ou o salário do dia, nem sofrerá desconto, em virtude de consulta, exame ou sessão de tratamento de saúde referente à sua própria pessoa, desde que o comprove por meio de atestado ou documento idôneo equivalente, obtido junto ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE, órgãos públicos e serviços de saúde contratados ou conveniados integrantes da rede do Sistema Único de Saúde - SUS, laboratórios de análises clínicas regularmente constituídos ou qualquer dos profissionais da área de saúde especificados no Anexo que faz parte integrante desta lei complementar, devidamente registrado no respectivo Conselho Profissional de Classe, quando:

I - deixar de comparecer ao serviço, até o limite de 6 (seis) ausências ao ano, independente da jornada a que estiver sujeito, ainda que sob o regime de plantão, não podendo exceder 1 (uma) ao mês;

II - entrar após o início do expediente, retirar-se antes de seu término ou dele ausentar-se temporariamente, até o limite de 3 (três) horas diárias, desde que sujeito à jornada de 40 (quarenta) horas semanais ou de no mínimo 35 (trinta e cinco) horas-aulas semanais, no caso de docentes integrantes do Quadro do Magistério.

§ 1º - A comprovação de que trata o “caput” deste artigo será feita no mesmo dia ou no dia útil imediato ao da ausência.

§ 2º - Nas hipóteses dos incisos I e II deste artigo, o atestado ou o documento idôneo equivalente deverá comprovar o período de permanência do servidor em consulta, exame ou sessão de tratamento, sob pena de perda, total ou parcial, do vencimento, da remuneração ou do salário do dia.

§ 3º - Na hipótese do inciso II deste artigo, o servidor deverá comunicar previamente seu superior imediato, ficando desobrigado de compensar o período em que esteve ausente.

§ 4º - O disposto no inciso II deste artigo:

1 - aplica-se ao servidor em situação de acumulação remunerada de cargos, desde que o somatório das jornadas às quais esteja sujeito perfaça no mínimo 40 (quarenta) horas semanais ou 35 (trinta e cinco) horas aulas semanais, no caso de docentes integrantes do Quadro do Magistério;

2 - não se aplica ao servidor cuja jornada de trabalho seja diversa das especificadas no inciso II deste artigo ou não se enquadre na situação prevista no item 1 deste parágrafo.

Artigo 2º - O disposto no artigo 1º desta lei complementar aplica-se ao servidor que, nos mesmos termos e condições, acompanhar consulta exame ou sessão de tratamento de saúde:

I - de filhos menores, menores sob sua guarda legal ou com deficiência, devidamente comprovados;

II - do cônjuge, companheiro ou companheira;

III - dos pais, madrasta, padrasto ou curatelados.

§ 1º - Do atestado ou documento idôneo equivalente deverá constar, obrigatoriamente, a necessidade do acompanhamento de que trata este artigo.

§ 2º - O não comparecimento ao serviço decorrente da aplicação do disposto no “caput” deste artigo será considerado no limite de que trata o inciso I do artigo 1º desta lei complementar.

Artigo 3º - Deverá ser requerida licença para tratamento de saúde ou licença por motivo de pessoa da família, nos termos da lei, se o não comparecimento do servidor exceder 1 (um) dia.

Artigo 4º - As ausências do servidor fundamentadas no inciso I do artigo 1º desta lei complementar serão computadas somente para fins de aposentadoria e disponibilidade.

Artigo 5º - Esta lei complementar não se aplica ao servidor regido pela Consolidação das Leis do Trabalho.

Artigo 6º - Esta lei complementar entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Lei Complementar nº 883, de 17 de outubro de 2000.

Palácio dos Bandeirantes, 14 de abril de 2008

JOSÉ SERRA

Sidney Beraldo

Secretário de Gestão Pública
Aloysio Nunes Ferreira Filho
Secretário-Chefe da Casa Civil

ANEXO

a que se refere o artigo 1º da Lei Complementar nº 1041, de 14 de abril de 2008

Profissionais da área de saúde

Médico

Cirurgião Dentista

Fisioterapeuta

Fonoaudiólogo

Psicólogo

Terapeuta Ocupacional

Publicada no DOE de 15/04/2008, p 01. e republicada no DOE de 17/04/2008, p.01, por ter saído com incorreções.

LEI COMPLEMENTAR Nº 1054, DE 7 DE JULHO DE 2008

Amplia os períodos da licença à gestante, da licença-paternidade e da licença por adoção, e dá providências correlatas

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

Artigo 1º - Os dispositivos adiante enumerados da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968 - Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado, passam a vigorar com a seguinte redação:

I - o artigo 198, alterado pela Lei complementar nº 76, de 7 de maio de 1973:

“Artigo 198 - À funcionária gestante será concedida, mediante inspeção médica, licença de 180 (cento e oitenta) dias com vencimento ou remuneração, observado o seguinte:

I - salvo prescrição médica em contrário, a licença poderá ser concedida a partir do oitavo mês de gestação;

II - ocorrido o parto, sem que tenha sido requerida a licença, será esta concedida mediante a apresentação da certidão de nascimento e vigorará a partir da data do evento, podendo retroagir até 15 (quinze) dias;

III - durante a licença, cometerá falta grave a servidora que exercer qualquer atividade remunerada ou mantiver a criança em creche ou organização similar;

Parágrafo único - No caso de natimorto, será concedida a licença para tratamento de saúde, a critério médico, na forma prevista no artigo 193.” (NR)

II - o inciso XVI do artigo 78, acrescentado pela Lei complementar nº 445, de 1º de abril de 1986:

“Artigo 78 -

XVI - licença-paternidade, por 5 (cinco) dias;” (NR)

Artigo 2º - O inciso XIV do artigo 16 da Lei nº 500, de 13 de novembro de 1974, acrescentado pela Lei complementar nº 445, de 1º de abril de 1986, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Artigo 16 -

XIV - licença-paternidade, por 5 (cinco) dias;” (NR)

Artigo 3º - O artigo 1º da Lei complementar nº 367, de 14 de dezembro de 1984, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Artigo 1º - O servidor público poderá obter licença de 180 (cento e oitenta) dias, com vencimentos ou remuneração integrais, quando adotar menor, de até sete anos de idade, ou quando obtiver judicialmente a sua guarda para fins de adoção.

§ 1º - Em caso de adoção por cônjuges ou companheiros, ambos servidores públicos, a licença de que trata o “caput” deste artigo será concedida na seguinte conformidade:

1 - 180 (cento e oitenta) dias ao servidor adotante que assim o requerer;

2 - 05 (cinco) dias ao outro servidor, cônjuge ou companheiro adotante, que assim o requerer.

§ 2º - O servidor público deverá requerer a licença de que trata este artigo à autoridade competente, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar da expedição, conforme o caso, do termo de adoção ou do termo de guarda para fins de adoção.

§ 3º - O requerimento de que trata o § 2º deste artigo deverá estar instruído com as provas necessárias à verificação dos requisitos para a concessão da licença, na forma em que requerida.

§ 4º - A não observância do disposto nos §§ 2º e 3º deste artigo implicará indeferimento do pedido de licença.

§ 5º - O período da licença de que trata este artigo será considerado de efetivo exercício para todos os efeitos.” (NR)

Artigo 4º - O disposto no artigo 1º desta lei complementar aplica-se:

I - aos servidores da Administração direta e das autarquias, submetidas ao regime estatutário, bem como aos militares;

II - aos servidores do Poder Judiciário, do Tribunal de Contas, do Ministério Público e da Defensoria Pública, bem como aos servidores do Quadro da Secretaria da Assembléia Legislativa.

Artigo 5º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei complementar correrão à conta das dotações próprias consignadas no orçamento vigente.

Artigo 6º - Esta lei complementar e suas disposições transitórias entram em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas:

I - a Lei complementar nº 76, de 7 de maio de 1973;
II - a Lei complementar nº 445, de 1º de abril de 1986.

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Artigo 1º - A gestante abrangida pelos artigos 1º e 4º desta lei complementar que, na data de sua publicação, estiver em gozo da respectiva licença fará jus ao acréscimo de 60 (sessenta) dias de benefício, contados a partir do primeiro dia subsequente ao término do período anteriormente concedido.

Artigo 2º - O servidor público que, na data da publicação desta lei complementar, estiver em gozo de licença por adoção fará jus ao acréscimo de 60 (sessenta) dias de benefício, contados a partir do primeiro dia subsequente ao término do período anteriormente concedido.

Parágrafo único - Não se aplica o disposto no “caput” deste artigo à adoção por cônjuges ou companheiros, ambos servidores públicos, ficando assegurada a fruição dos períodos de licença concedidos de acordo com a legislação vigente até a edição desta lei complementar.

Artigo 3º - Caberá à autoridade competente adotar as medidas necessárias ao cumprimento do disposto nos artigos 1º e 2º das Disposições Transitórias desta lei complementar.

Palácio dos Bandeirantes, 7 de julho de 2008

JOSÉ SERRA

Sidney Estanislau Beraldo

Secretário de Gestão Pública

Aloysio Nunes Ferreira Filho

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 7 de julho de 2008.

Publicado no DOE de 08/07/2008, p.

Lei Complementar Nº 1.123, de 1 de julho de 2010 de São Paulo

Altera as leis que especifica, e dá providências correlatas.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

Artigo 1º - Os dispositivos adiante relacionados passam a vigorar com a redação que segue:

I - os incisos VI, VII e VIII do artigo 6º da Lei Complementar nº 700, de 15 de dezembro de 1992:

"Artigo 6º -

VI - para os de Assistente de Administração e Controle do Erário I:

a) certificado de conclusão do ensino médio ou equivalente;

b) comprovada experiência profissional na área de atuação de, no mínimo, 1 (um) ano;

VII - para os de Assistente de Administração e Controle do Erário II, III e IV:

a) certificado de conclusão do ensino médio ou equivalente;

b) comprovada experiência profissional na área de atuação de, no mínimo, 2 (dois), 3 (três) e 4 (quatro) anos, respectivamente;

VIII - Técnico da Fazenda Estadual: certificado de conclusão do ensino médio ou equivalente." (NR);

II - da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968:

a) o inciso VI do artigo 47:

"Artigo 47 -

VI - *gozar de boa saúde, comprovada em inspeção realizada por órgão médico oficial do Estado, para provimento de cargo efetivo, ou mediante apresentação de Atestado de Saúde Ocupacional, expedido por médico registrado no Conselho Regional correspondente, para provimento de cargo em comissão;*" (NR);

b) o artigo 53:

"Artigo 53 - *A contagem do prazo a que se refere o artigo anterior poderá ser suspensa nas seguintes hipóteses:*

I - por até 120 (cento e vinte) dias, a critério do órgão médico oficial, a partir da data de apresentação do candidato junto ao referido órgão para perícia de sanidade e capacidade física, para fins de ingresso, sempre que a inspeção médica exigir essa providência;

II - por 30 (trinta) dias, mediante a interposição de recurso pelo candidato contra a decisão do órgão médico oficial.

§ 1º - O prazo a que se refere o inciso I deste artigo recomeçará a correr sempre que o candidato, sem motivo justificado, deixe de submeter-se aos exames médicos julgados necessários.

§ 2º - A interposição de recurso a que se refere o inciso II deste artigo dar-se-á no prazo máximo de 5 (cinco) dias, a contar da data de decisão do órgão médico oficial." (NR);

c) o artigo 55:

"Artigo 55 - O funcionário efetivo, nomeado para cargo em comissão, fica dispensado, no ato da posse, da apresentação do atestado de que trata o inciso VI do artigo 47 desta lei." (NR);

d) o artigo 168, com redação dada pelo artigo 6º da Lei Complementar nº 1.012, de 5 de julho de 2007:

"Artigo 168 - Ao cônjuge, ao companheiro ou companheira ou, na falta destes, à pessoa que provar ter feito despesas em virtude do falecimento de funcionário ativo ou inativo será concedido auxílio-funeral, a título de benefício assistencial, de valor correspondente a 1 (um) mês da respectiva remuneração.

§ 1º - O pagamento será efetuado pelo órgão competente, mediante apresentação de atestado de óbito pelas pessoas indicadas no 'caput' deste artigo, ou procurador legalmente habilitado feita a prova de identidade.

§ 2º - No caso de integrante da carreira de Agente de Segurança Penitenciária ou da classe de Agente de Escolta e Vigilância Penitenciária, se ficar comprovado, por meio de competente apuração, que o óbito decorreu de lesões recebidas no exercício de suas funções, o benefício será acrescido do valor correspondente a mais 1 (um) mês da respectiva remuneração, cujo pagamento será efetivado mediante apresentação de alvará judicial.

§ 3º - O pagamento do benefício previsto neste artigo, caso as despesas tenham sido custeadas por terceiros, em virtude da contratação de planos funerários, somente será efetivado mediante apresentação de alvará judicial. (NR);

e) o artigo 181:

"Artigo 181 - O funcionário efetivo poderá ser licenciado:

I - para tratamento de saúde;

II - quando acidentado no exercício de suas atribuições ou acometido por doença profissional;

III - no caso previsto no artigo 198;

IV - por motivo de doença em pessoa de sua família;

V - para cumprir obrigações concernentes ao serviço militar;

VI - para tratar de interesses particulares;

VII - no caso previsto no artigo 205;

VIII - compulsoriamente, como medida profilática;

IX - como prêmio de assiduidade.

§ 1º - Ao funcionário ocupante exclusivamente de cargo em comissão serão concedidas as licenças previstas neste artigo, salvo as referidas nos incisos IV, VI e VII.

§ 2º - As licenças previstas nos incisos I a III serão concedidas ao funcionário de que trata o § 1º deste artigo mediante regras estabelecidas pelo regime geral de previdência social." (NR);

f) o artigo 182:

"Artigo 182 - As licenças dependentes de inspeção médica serão concedidas pelo prazo indicado pelos órgãos oficiais competentes." (NR);

g) o artigo 183:

"Artigo 183 - Finda a licença, o funcionário deverá reassumir, imediatamente, o exercício do cargo.

§ 1º - O disposto no 'caput' deste artigo não se aplica às licenças previstas nos incisos V e VII do artigo 181, quando em prorrogação.

§ 2º - A infração do disposto no 'caput' deste artigo importará em perda total do vencimento ou remuneração correspondente ao período de ausência e, se esta exceder a 30 (trinta) dias, ficará o funcionário sujeito à pena de demissão por abandono de cargo." (NR);

h) o artigo 185:

"Artigo 185 - As licenças previstas nos incisos I, II e IV do artigo 181 não serão concedidas em prorrogação, cabendo ao funcionário ou à autoridade competente ingressar, quando for o caso, com um novo pedido." (NR);

i) o artigo 194:

"Artigo 194 - O funcionário acidentado no exercício de suas atribuições ou que tenha adquirido doença profissional terá direito à licença com vencimento ou remuneração.

Parágrafo único - Considera-se também acidente:

1 - a agressão sofrida e não provocada pelo funcionário, no exercício de suas funções;

2 - a lesão sofrida pelo funcionário, quando em trânsito, no percurso usual para o trabalho." (NR);

j) o artigo 196:

"Artigo 196 - A comprovação do acidente, indispensável para a concessão da licença, será feita em procedimento próprio, que deverá iniciar-se no prazo de 10 (dez) dias, contados da data do acidente.

§ 1º - O funcionário deverá requerer a concessão da licença de que trata o 'caput' deste artigo junto ao órgão de origem.

§ 2º - Concluído o procedimento de que trata o 'caput' deste artigo caberá ao órgão médico oficial a decisão.

§ 3º - O procedimento para a comprovação do acidente de que trata este artigo deverá ser cumprido pelo órgão de origem do funcionário, ainda que não venha a ser objeto de licença." (NR);

k) o artigo 199:

"Artigo 199 - O funcionário poderá obter licença, por motivo de doença do cônjuge e de parentes até segundo grau.

§ 1º - Provar-se-á a doença em inspeção médica na forma prevista no artigo 193.

§ 2º - A licença de que trata este artigo será concedida com vencimentos ou remuneração até 1 (um) mês e com os seguintes descontos:

1 - de 1/3 (um terço), quando exceder a 1 (um) mês até 3 (três);

2 - 2/3 (dois terços), quando exceder a 3 (três) até 6 (seis);

3 - sem vencimento ou remuneração do sétimo ao vigésimo mês.

§ 3º - Para os efeitos do § 2º deste artigo, serão somadas as licenças concedidas durante o período de 20 (vinte) meses, contado da primeira concessão." (NR);

III - o artigo 202 da Lei Complementar nº 180, de 12 de maio de 1978:

"Artigo 202 - Os exames médicos previstos na legislação serão realizados por órgãos ou entidades oficiais, bem como por instituições médicas que mantenham convênios com a Administração direta ou indireta, na forma estabelecida em decreto, especialmente para fins de:

I - ingresso no serviço público em cargo efetivo;

II - concessão de licença:

a) para a gestante;

b) para tratamento de saúde, por acidente ou doença profissional e por motivo de doença em pessoa da família;

III - isenções de imposto de renda e descontos previdenciários.

Parágrafo único - Na ausência de órgãos ou entidades oficiais regionalizados ou de instituições conveniadas, fica o Poder Público autorizado a credenciar profissionais para a realização, nos termos da lei, de perícias e exames médicos, na forma e limites a serem estabelecidos em decreto." (NR);

IV - o artigo 51 da Lei Complementar nº 207, de 5 de janeiro de 1979, com redação dada pelo artigo 7º da Lei Complementar nº 1.012, de 5 de julho de 2007:

"Artigo 51 - Ao cônjuge, companheiro ou companheira ou, na falta destes, à pessoa que provar ter feito despesas em virtude do falecimento do policial civil, ativo ou inativo, será concedido auxílio-funeral, a título de benefício assistencial, de valor correspondente a 1 (um) mês da respectiva remuneração.

§ 1º - O pagamento será efetuado pelo órgão competente, mediante apresentação de atestado de óbito pelas pessoas indicadas no 'caput' deste artigo, ou procurador legalmente habilitado, feita a prova de identidade.

§ 2º - No caso de ficar comprovado, por meio de competente apuração que o óbito do policial civil decorreu de lesões recebidas no exercício de suas funções ou doenças delas decorrentes, o benefício será acrescido do valor correspondente a mais 1 (um) mês da respectiva remuneração, cujo pagamento será efetivado mediante apresentação de alvará judicial.

§ 3º - O pagamento do benefício previsto neste artigo, caso as despesas tenham sido custeadas por terceiros, em virtude da contratação de planos funerários, somente será efetivado mediante apresentação de alvará judicial." (NR);

V - o artigo 6º da Lei Complementar nº 1.013, de 6 de julho de 2007:

"Artigo 6º - Ao cônjuge, companheiro ou companheira ou, na falta destes, à pessoa que provar ter feito despesas em virtude do falecimento do policial militar do serviço ativo, do agregado percebendo vencimentos, do licenciado, da reserva remunerada ou do reformado, será concedido auxílio-funeral, a título de benefício assistencial, de valor correspondente a 1 (um) mês da respectiva remuneração.

§ 1º - O pagamento será efetuado pelo órgão competente, mediante apresentação de atestado de óbito pelas pessoas indicadas no 'caput' deste artigo, ou procurador legalmente habilitado, feita a prova de identidade.

§ 2º - No caso de ficar comprovado, por meio de competente apuração, que o óbito do militar decorreu de lesões recebidas no exercício da função policial, o benefício será acrescido do valor correspondente a mais 1 (um) mês da respectiva remuneração, cujo pagamento será efetivado mediante apresentação de alvará judicial.

§ 3º - O pagamento do benefício previsto neste artigo, caso as despesas tenham sido custeadas por terceiros, em virtude da contratação de planos funerários, somente será efetivado mediante apresentação de alvará judicial." (NR);

VI - da Lei Complementar nº 1.034, de 4 de janeiro de 2008:

a) o "caput" do artigo 8º:

"Artigo 8º - O ingresso nas carreiras instituídas pelo artigo 1º desta lei complementar dar-se-á na classe inicial, mediante concurso público, realizado em 3 (três) etapas sucessivas, constituídas, respectivamente, de provas, títulos e curso específico de formação, sendo as 1ª e 3ª etapas em caráter eliminatório e a 2ª etapa classificatória, de acordo com os critérios estabelecidos na instrução especial que rege o concurso." (NR);

b) o artigo 11:

"Artigo 11 - Durante o período de estágio probatório, o Especialista em Políticas Públicas I e o Analista em Planejamento, Orçamento e Finanças Públicas I não poderão ser afastados ou licenciados do seu cargo, exceto:

I - nas hipóteses previstas nos artigos 6º e 7º desta lei complementar;

II - nas hipóteses previstas nos artigos 69, 72, 75 e 181, incisos I a V, VII e VIII, da Lei nº 10.261, de

28 de outubro de 1968;

III - para participação em curso específico de formação decorrente de aprovação em concurso público para outro cargo na Administração Pública Estadual;

IV - quando nomeado ou designado para o exercício de cargo em comissão ou função em confiança no âmbito do órgão ou entidade em que estiver lotado;

V - quando nomeado para o exercício de cargo em comissão em órgão diverso da sua lotação de origem;

VI - nas hipóteses previstas nos artigos 65 e 66 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, somente quando nomeado ou designado para o exercício de cargo em comissão ou função em confiança.

Parágrafo único - Fica suspensa, para efeito de estágio probatório, a contagem de tempo dos períodos de afastamentos referidos neste artigo, excetuadas as hipóteses previstas em seus incisos I e IV, bem como nos artigos 69 e 75 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968." (NR);

c) o § 2º do artigo 17:

"Artigo 17 -

§ 2º - Poderão ser beneficiados com a promoção até 20% (vinte por cento) do contingente integrante do Nível 2 de cada classe da carreira de Especialista em Políticas Públicas e de Analista em Planejamento, Orçamento e Finanças Públicas, do respectivo Quadro, existente na data de abertura de cada processo." (NR);

d) o inciso V do artigo 18:

"Artigo 18 -

V - afastamento nos termos dos artigos 78, 79 e 80 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968;" (NR).

VII - da Lei Complementar nº 1.059, de 18 de setembro de 2008, o § 3º do artigo 24:

"Artigo 24 -

§ 3º - Interromper-se-á o interstício quando o servidor estiver afastado de seu cargo para ter exercício em outro cargo, função-atividade ou função de natureza diversa, exceto quando se tratar de:

1 - nomeação para cargo de provimento em comissão na Secretaria da Fazenda;

2 - designação como substituto ou para responder por cargo vago de provimento em comissão na Secretaria da Fazenda;

3. designação para função de serviço público retribuída mediante 'pro labore', nos termos do artigo 28 da Lei nº 10.168, de 10 de julho de 1968, na Secretaria da Fazenda;

4 - afastamento nos termos do § 1º do artigo 125 da Constituição do Estado;

5 - afastamento, sem prejuízo dos vencimentos, nos termos dos artigos 68 e 69 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968;

6 - afastamento nos termos dos artigos 78, 79 e 80 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968;

7 - afastamento nos termos do inciso XIX do artigo 7º da Constituição Federal;

8 - afastamento nos termos da Lei Complementar nº 367, de 14 de dezembro de 1984." (NR);

VIII - da Lei Complementar nº 1.080, de 17 de dezembro de 2008:

a) o § 2º do artigo 7º:

"Artigo 7º -

§ 2º - A avaliação será promovida semestralmente pelo órgão setorial de recursos humanos, com base em critérios estabelecidos em decreto." (NR);

b) o artigo 9º:

"Artigo 9º - Durante o período de estágio probatório, o servidor não poderá ser afastado ou licenciado do seu cargo, exceto:

I - nas hipóteses previstas nos artigos 69, 72, 75 e 181, incisos I a V, VII e VIII, da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968;

II - para participação em curso específico de formação decorrente de aprovação em concurso público para outro cargo na Administração Pública Estadual;

III - quando nomeado ou designado para o exercício de cargo em comissão ou função em confiança no âmbito do órgão ou entidade em que estiver lotado;

IV - quando nomeado para o exercício de cargo em comissão em órgão diverso da sua lotação de origem;

V - nas hipóteses previstas nos artigos 65 e 66 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, somente quando nomeado ou designado para o exercício de cargo em comissão ou função em confiança.

Parágrafo único - Fica suspensa, para efeito de estágio probatório, a contagem de tempo dos períodos

de afastamentos referidos neste artigo, excetuadas as hipóteses previstas em seu inciso III, bem como nos artigos 69 e 75 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968." (NR);

c) o artigo 19:

"Artigo 19 - O servidor que fizer uso da opção prevista no artigo 15, quando nomeado para cargo em comissão ou designado para o exercício de função-atividade em confiança abrangidos por esta lei complementar, fará jus à percepção de gratificação 'pro labore', calculada mediante a aplicação do percentual de 15% (quinze por cento) sobre o valor da referência desse cargo ou função-atividade, acrescido do valor da Gratificação Executiva correspondente." (NR);

d) o artigo 6º das Disposições Transitórias:

"Artigo 6º - O cálculo da pensão mensal devida aos beneficiários dos servidores que eram titulares de cargos de Ascensorista, Delegado Regional, Diretor Técnico de Departamento, Inspetor (Agências) e Técnico de Pessoal, pertencentes aos Quadros Especiais instituídos pelo artigo 7º da Lei nº 10.430, de 16 de dezembro de 1971, pelo inciso I do artigo 1º do Decreto nº 24.960, de 10 de abril de 1986, pelo artigo 3º da Lei nº 6.470, de 15 de junho de 1989, e à Parte Especial do Quadro da ex-autarquia Instituto de Pesquisas Tecnológicas - IPT, far-se-á, a partir da data da vigência desta lei complementar, respectivamente, com base nas referências correspondentes aos cargos de Auxiliar de Serviços Gerais, Diretor Técnico I, Diretor Técnico III, Chefe I e Analista Administrativo, enquadrados nas Escalas de Vencimentos instituídas pelo artigo 12 desta lei complementar." (NR).

Artigo 2º - Os dispositivos adiante relacionados ficam acrescentados na seguinte conformidade:

I - dispositivos da Lei Complementar nº 1.059, de 18 de setembro de 2008:

a) o § 6º, com a redação que segue, no artigo 39 da Lei Complementar nº 1.059, de 18 de setembro de 2008:

"Artigo 39 -

§ 6º - Para fins de determinação do valor da pensão mensal decorrente do falecimento do Agente Fiscal de Rendas em atividade, aplicar-se-á o disposto nos §§ 1º a 5º deste artigo." (NR);

b) inclua-se o artigo 9º nas Disposições Transitórias da Lei Complementar nº 1.059, de 18 de setembro de 2008:

"Artigo 9º - Os agentes Fiscais de Rendas afastados sem prejuízo dos vencimentos, nos termos dos artigos 65 e 66 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, até 30 de setembro de 2008, terão as vantagens a que se referem os artigos 7º e 11 da Lei Complementar nº 567, de 20 de julho de 1988, consideradas para todos os fins, inclusive de incorporação nos termos do artigo 133 da Constituição Estadual e da Lei Complementar nº 924, de 16 de agosto de 2002." (NR);

II - o artigo 2º-A, com a redação que se segue, no Capítulo V, Disposições Transitórias, da Lei Complementar nº 1.080, de 17 de dezembro de 2008:

"Artigo 2º-A - No primeiro processo de progressão a ser realizado no exercício de 2009, observado o disposto no artigo 23 desta lei complementar, o servidor poderá concorrer a grau imediatamente superior àquele em que foi enquadrado o cargo de que é titular ou a função-atividade de que é ocupante, desde que contasse, em 30 de setembro de 2008, tempo de efetivo exercício superior a 3 (três) anos, no mesmo cargo ou função-atividade, bem como obtenha resultado positivo no processo anual de avaliação." (NR)

Artigo 3º - As classes de Controlador de Pagamento de Pessoal I a IV e de Controlador de Pagamento de Pessoal Chefe, enquadradas na Escala de Vencimentos - Comissão, de que trata o inciso III do artigo 7º da Lei Complementar nº 700, de 15 de dezembro de 1992, do Quadro da Secretaria da Fazenda e das Autarquias, ficam com as denominações alteradas, respectivamente, para Assistente de Administração e Controle do Erário I a IV e Assistente de Administração e Controle do Erário Chefe.

Parágrafo único - Os títulos dos servidores abrangidos por este artigo serão apostilados pela autoridade competente.

Artigo 4º - A classe de Técnico de Apoio à Arrecadação Tributária, enquadrada na Escala de Vencimentos - Nível Intermediário, de que trata o inciso I do artigo 7º da Lei Complementar nº 700, de 15 de dezembro de 1992, do Quadro da Secretaria da Fazenda, fica com a denominação alterada para Técnico da Fazenda Estadual - TEFE.

§ 1º - Aos integrantes da classe a que se refere este artigo cabe a prestação de apoio técnico e administrativo às atividades relacionadas à administração fazendária, no âmbito da Secretaria da Fazenda.

§ 2º - Os títulos dos servidores abrangidos por este artigo serão apostilados pela autoridade competente.

Artigo 5º - Os Anexos XIV, XV e XVIII da Lei Complementar nº 1.080, de 17 de dezembro de 2008,

ficam substituídos, respectivamente, pelos Anexos I, II e III, que fazem parte integrante desta lei complementar.

Artigo 6º - O disposto no artigo 168 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, com a redação dada pelo inciso II do artigo 1º desta lei complementar, aplica-se, no que couber, aos servidores titulares de cargos efetivos da Administração direta e indireta, inclusive autarquias de regime especial, da Defensoria Pública e seus membros, da Assembléia Legislativa, do Tribunal de Contas e seus membros, do Poder Judiciário e seus membros e do Ministério Público e seus membros.

Artigo 7º - Os recursos arrecadados nos termos do artigo 1º da Lei Complementar nº 954, de 31 de dezembro de 2003, dos servidores que recebem complementação de aposentadoria e pensão, serão classificados como receitas no orçamento do Estado, destinados ao custeio dos respectivos benefícios.

Artigo 8º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei complementar correrão à conta das dotações próprias consignadas no orçamento vigente.

Artigo 9º - Esta lei complementar entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos, em relação ao inciso VIII do artigo 1º, ao artigo 2º e ao artigo 5º, a 1º de outubro de 2008 e, em relação ao artigo 7º, a 1º de outubro de 2007, ficando revogados:

I - os artigos 186, 188 e 189 da Lei nº 10.261, e 28 de outubro de 1968;

II - a Lei Complementar nº 157, de 13 de julho de 1977.

Palácio dos Bandeirantes, em 1º de julho de 2010.

Alberto Goldman

Marcos Antonio Monteiro

Secretário de Gestão Pública

Mauro Ricardo Machado Costa

Secretário da Fazenda

Francisco Vidal Luna

Secretário de Economia e Planejamento

Luiz Antônio Guimarães Marrey

Secretário-Chefe da Casa Civil Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, em 1º de julho de 2010.

(Tabelas Publicadas)

Publicado no DOE de 02/07/2010 - Seção I - p. 08

Capítulo XII

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- Decreto nº 29.180/88 e suas alterações
- Lei nº 10261/68 e suas alterações
- ESUNESP
- Readaptação – Decreto nº 52.968 de 07/07/1972, Portaria CAAS-1, de 13/08/1990 e Resolução SS-77, de 11/06/1997.
- Lei Complementar nº 367/84 alterada pela Lei complementar nº 1054/2008
- Lei Federal nº 8112 de 11/12/1990, alterada pela Lei nº 9527/90
- Lei nº 7713/88, alterada pelas Leis nºs 8541/92, 9250/95 e 11052/2004
- Decreto nº 3000/99
- Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004
- Portarias Unesp nºs 32, 33 e 34 de 29 de janeiro de 2010, publicadas no DOE de 30/01/2010.
- Portaria UNESP nº 327, de 19 de julho de 2010, publicada no DOE de 23/07/2010
- Ofício Circular nº 23/2010 – CRH/PRAd, de 10 de agosto de 2010, que encaminha a Instrução nº 08/2010 – CRH/PRAd.

- <http://www.previdenciasocial.gov.br>

- Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal – SIASS – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Brasília 2010.
- Manual de Instruções para preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT
- Lei nº 8.213/91 e alterações posteriores;
- Decreto nº 3.048/99 e alterações posteriores;
- Instrução Normativa INSS/PRES nº 20/2007 e alterações posteriores
- CLT - Comentada 2008 – 41ª Edição – LTr Editora Ltda.
- Ofício Circular 16/2008-PRAd, 26/08/2008



**Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalhador
e Sustentabilidade Ambiental**

Rua Quirino de Andrade, 215 - 8º andar
01049-010 - São Paulo, SP
Tel.: (11) 5627-0638

<http://www.unesp.br/costsa>