



Manual de Perícia Oficial  
em Saúde do Servidor  
Público Federal

2010





# **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO,  
ORÇAMENTO E GESTÃO

**Brasília • 2010**

## **Presidente da República**

Luiz Inácio Lula da Silva

## **Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão**

Paulo Bernardo Silva

## **Secretário de Recursos Humanos**

Duvanier Paiva Ferreira

## **Diretor do Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor**

Sérgio Antonio Martins Carneiro

## **Edição e Distribuição**

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Secretaria de Recursos Humanos

Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor - DESAP

Esplanada dos Ministérios, Bloco C

CEP: 70.046-900 – Brasília / Distrito Federal

Telefone: (61) 2020-1043

E-mail: siapesaude@planejamento.gov.br

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

Tiragem: 20 mil exemplares

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte



# **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO,  
ORÇAMENTO E GESTÃO

**Brasília • 2010**

## **Coordenação Técnica de Elaboração do Manual**

Vera Regina Pasquali Peixoto

### **Comissão de Elaboração:**

Armando Augusto Peixoto

José Humberto Frazão de Menezes

Jussara Nogueira Terra Burnier

Luis Guilherme de Souza Peçanha

Márcia de Carvalho Cristóvão Silva

Samara Douets Vasconcelos Cunha Dias

### **Colaboradores:**

Cantídio Lima Vieira

Carla Maria Manzi Pereira Baracat

Frederico José Machado Porto

Regina Lúcia de Campos Vieira

Regina Lucy de Moraes Salemi

Sebastião Alves Pereira

282 colaborações enviadas de todo o Brasil por e-mail, quando da construção coletiva do Manual

## **Coordenação de Revisão Técnica**

Eugênio Cesar Fonteles Cabral

### **Revisores Técnicos**

Ana Maria Botelho Alkimim Cunha

Carlos Cezar Soares Batista

Íris Paula de Santana Ramos Moraes

Jaqueline Gomes de Jesus

José Emídio Albuquerque e Silva

Márcia de Olinda Masson dos Reis

Mariângela Davis

Maria Raquel Stacciarini

Otávio Correa Paes

Renata Vila Nova de Moura Holanda

Yandra Ribeiro Torres

## **Supervisão de Editoração e Projeto Gráfico**

Rosilã Jacques Pereira

### **Revisão e diagramação**

Njobs Comunicação

### **Impressão**

Gráfica Premier

### **Apoio Técnico-Operacional**

Claudia Coura Moreira Campos

Edilce Jane Lima Cassiano

Estanislau Nascimento de Couto Silva

Gleysson George Alves Mendes

Karine Vinagre de Brito

Sálvio Romero Pereira Botelho

Sônia Maria Silva Borges

### **Agradecimentos**

À equipe do DESAP/SRH/MP

À equipe do DENOP/SRH/MP

À equipe da Ascom/MP

À equipe da CAS/CGRH/MS

A todas e todos que contribuíram na construção coletiva no portal do SIASS

### **Coordenação – Geral do Manual**

Sérgio Antonio Martins Carneiro

Samara Douets Vasconcelos Cunha Dias

A sociedade brasileira exige um novo modelo de gestão pública capaz de viabilizar a construção do Brasil como uma sociedade mais justa e igualitária para todos. O fortalecimento do Estado Brasileiro pressupõe a utilização de todos os instrumentos e recursos disponíveis para dar a sustentabilidade indispensável à manutenção do desenvolvimento, em suas mais diversas dimensões.

Promover a atenção à saúde dos servidores públicos civis federais, como um dos eixos de atuação na democratização das relações de trabalho, é uma orientação estratégica com vistas a valorizar o servidor público federal, partícipe direto e ativo na construção de uma sociedade melhor.

Foram promovidas reformulações essenciais no modelo de gestão de pessoas, com destaque para a saúde e a seguridade social dos servidores públicos, com mudanças de paradigma na seguridade dos servidores. Destaca-se a iniciativa de implantação de uma política de atenção à saúde do servidor, construída com a participação dos profissionais de saúde e técnicos dos diversos órgãos públicos.

Buscando a consolidação de uma política de saúde para o servidor público, em 2009 foi criado o Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Um dos desafios é o de superar as distorções de direitos existentes entre os diversos órgãos do Sipec e implementar uma política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade de garantias fundamentais.

A Política de Atenção à Saúde do Servidor – PASS vem sendo construída de forma coletiva, por meio de encontros, oficinas e reuniões com as áreas de recursos humanos, os técnicos de saúde e entidades sindicais, com o propósito de compartilhar experiências, dificuldades e projetos, assim construindo uma política transversal, de implantação descentralizada e coletiva, com os diferentes órgãos da Administração Pública Federal.

A fim de consolidar essa política, várias ações estratégicas foram tomadas, entre elas a publicação deste **Manual de Perícia Oficial em Saúde**, cujo objetivo é orientar os órgãos do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal – Sipec quanto aos procedimentos relativos à perícia médica e odontológica, de que trata o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União (Lei nº 8.112/90).

É com muita satisfação que apresento o **Manual de Perícia Oficial em Saúde**, feito com o intuito de alinhar as práticas dos profissionais peritos em todo o Brasil.

Este é um marco histórico, dado que o tema nunca foi tratado com tamanha transparência e participação, tanto dos profissionais da saúde quanto de técnicos de diversas áreas do conhecimento, que construíram, de forma coletiva e à luz dos mais altos princípios democráticos, os conceitos, postulados e princípios aqui dispostos.

A expectativa do Governo Federal é que este Manual seja utilizado em todo o seu potencial e promova isonomia e segurança, princípios indispensáveis para a perícia médica.

Duvanier Paiva Ferreira



O presente manual - **Perícia Oficial em Saúde para os Servidores Públicos Civis Federais** - destina-se aos gestores públicos, aos técnicos em recursos humanos, aos profissionais da área de saúde, aos peritos em saúde e aos servidores públicos em geral.

O manual foi construído em processo coletivo com a contribuição de diversos técnicos e reflete um conjunto de consensos construídos ao longo de um ano e meio de trabalho.

Avançamos em um modelo de avaliação da capacidade laborativa que transcende o aspecto da legalidade e do controle, pois busca aproximar a perícia da realidade e do cenário do mundo do trabalho no qual vive o servidor público federal. O conceito de perícia em saúde elimina as avaliações centradas unicamente no ato médico e abre espaço para o entendimento das diversas faces que compõem a avaliação pericial.

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.

Importante ressaltar que a organização da perícia em saúde integra um conjunto de iniciativas que compõe a **Política de Atenção à Saúde do Servidor**, cujo objetivo último é promover saúde.

A existência de regras claras e de critérios transparentes são requisitos essenciais ao Estado de Direito. O cumprimento da legislação e o funcionamento harmônico da gestão de concessões de benefícios, de que trata o Regime Jurídico dos Servidores, evita desconfiças, conflitos e perdas para todas as partes – periciados, peritos e Administração Pública Federal.

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

Nesse contexto, as contribuições daqueles que estão envolvidos com os atos técnicos periciais e com a concessão de benefícios, relativos às questões de saúde do servidor, são sempre bem-vindas, desde que tenham por objetivo regular as relações entre as partes, e não proteger esta ou aquela parte e, muito menos, engessar as regras que deverão ser exequíveis em âmbito nacional.

O Manual é editado em papel reciclável sob a forma de fichário para facilitar a troca de capítulos, quando da necessidade de alterar procedimentos em decorrência de mudança na lei.

Pretende-se que o manual seja um importante instrumento de referência para auxiliar a interpretação da legislação no momento das decisões periciais.

Por fim, destacamos quão importantes são as informações de saúde produzidas pela perícia, pois constituem base de dados epidemiológicos que contribuem para a consolidação da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, por meio de ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, e para a criação de programas de promoção à saúde que tenham impacto no processo saúde, doença e trabalho.

O manual é de todos, façam bom proveito.

Sérgio Carneiro

## **Apresentação**

## **Introdução**

## **Capítulo I**

### **Conceitos Básicos de Perícia Oficial em Saúde • 1**

#### **Perícia Oficial em Saúde: • 1**

- Perito Oficial em Saúde • 1
- Capacidade Laborativa • 2
- Incapacidade Laborativa • 2
- Doença Incapacitante • 3
- Atividades da Vida Diária • 3
- Invalidez • 4
- Deficiência • 4
- Acidente em Serviço • 4
- Doença Profissional • 5
- Doença Relacionada ao Trabalho • 5
- Readaptação • 5
- Reabilitação Funcional • 5
- Restrição de Atividade Laboral • 6
- Licenças por Motivo de Saúde • 6

## **Capítulo II**

### **Princípios da Perícia Oficial em Saúde • 1**

- Conhecimento Técnico-Científico • 1
- Ética • 1

Sigilo Profissional e Documentos Oficiais • 2

Relação do Perito Oficial em Saúde com a Instituição • 3

Relação do Perito Oficial em Saúde com o Servidor ou seu Dependente Legal • 3

Relação do Perito Oficial em Saúde com o Profissional de Saúde Assistente • 5

## **Capítulo III**

### **Procedimentos da Perícia Oficial em Saúde • 1**

Avaliação Pericial Oficial em Saúde • 1

Atestados Médico e Odontológico e Laudos Periciais • 3

A Perícia Odontológica Oficial • 6

Dados Periciais, Perfil Epidemiológico e a Promoção da Saúde • 7

## **Capítulo IV**

### **Equipe de Perícia Oficial em Saúde • 1**

Médico Perito • 2

Cirurgião-Dentista Perito • 3

Psicólogo • 3

Assistente Social • 4

Técnico de Enfermagem ou de Saúde Bucal • 4

Atribuições e Composição da Equipe Multiprofissional na Avaliação dos Candidatos Portadores de Deficiência Aprovados em Concurso Público • 5

## **Capítulo V**

### **Atribuições Gerais da Perícia Oficial em Saúde • 1**

Constatação de Invalidez • 15

Constatação de Deficiência • 19

## **Capítulo VI**

### **Laudo Oficial Pericial • 1**

Conclusão Pericial • 1

Laudos de Perícia Oficial em Saúde • 6

## **Capítulo VII**

### **Doenças Especificadas em Lei • 1**

#### **Alienação Mental • 2**

Conceito • 2

Normas de Procedimentos para a Perícia Oficial em Saúde • 3

Critérios de Enquadramento • 3

São Passíveis de Enquadramento • 3

São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental • 4

Quadros Não Passíveis de Enquadramento • 4

#### **Cardiopatia Grave • 4**

Conceito • 4

Critérios de Enquadramento • 8

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave • 8

#### **Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público • 10**

Conceito • 10

São Equivalentes à Cegueira e como tal Considerados • 11

Graus de Perda Parcial da Visão • 11

Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas • 12

Critérios de Enquadramento • 12

#### **Doença de Parkinson • 13**

Conceito • 13

Considerações • 14

Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson • 15

Análise • 18

Critérios de Enquadramento • 18

### **Esclerose Múltipla • 18**

Conceito • 18

Etiologia • 18

Patologia • 18

Sinais e Sintomas • 19

Curso • 19

Diagnóstico • 19

Exames Complementares ao Diagnóstico • 20

Critérios de Enquadramento • 20

### **Espondiloartrose Anquilosante • 20**

Conceito • 20

Critérios de Enquadramento • 21

### **Estados Avançados do Mal de Paget • 22**

Conceito • 22

Quadro Clínico • 22

Critérios de Enquadramento • 22

### **Hanseníase • 23**

Conceito: • 23

Sinais Cardinais da Hanseníase • 23

Classificação • 24

Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri • 24

Neuropatia Hansênica - Diagnóstico do Dano Neural –

Sinais e Sintomas • 25

Graus de Incapacidade • 25

Critérios de Enquadramento • 27

### **Nefropatia Grave • 28**

Conceito: • 28

Quadro Clínico • 28

Alterações nos Exames Complementares • 29

Considerações • 29

Critérios de Enquadramento • 30

### **Neoplasia Maligna • 31**

Conceito • 31

Avaliação Diagnóstica e Estadiamento • 31

Prognóstico • 32

Objetivos do Exame Pericial • 32

Critérios de Enquadramento • 32

### **Paralisia Irreversível e Incapacitante • 33**

Conceito • 33

Classificação das Paralisias • 34

Critérios de Enquadramento • 35

### **Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) • 35**

Conceito • 35

Classificação • 35

Critérios de Enquadramento • 38

### **Tuberculose Ativa • 38**

Conceito • 38

Classificação • 39

Localização das Lesões • 41

Critérios de Enquadramento • 42

### **Hepatopatia Grave • 43**

Conceito • 43

Constituem Características das Hepatopatias Graves: • 44

São causas etiológicas das hepatopatias graves • 45

Classificação • 46

Critérios de Enquadramento • 47

### **Contaminação por Radiação • 48**

Conceito • 48

Diagnóstico • 50

Critérios de Enquadramento • 51

## **Capítulo VIII**

Outras Disposições • 1

## **Referências Bibliográficas**

### **Anexo I**

**Parâmetros de afastamentos por motivos de doença • 1**

Parâmetros de Afastamento por Motivos Médicos • 2

Parâmetros de Afastamento por Motivos Odontológicos • 23

### **Anexo II**

**Modelos de Laudos de Perícia Oficial em Saúde • 1**

### **Anexo III**

**Modelos de Registos de Licenças Inferiores a 15 Dias • 1**

### **Anexo IV**

**Modelo de Comunicação de Acidente de Trabalho  
no Serviço Público • 1**

### **Anexo V**

**Orientações Legais e Outras Referências • 1**

Conceituação • 76

Conclusão • 90



*De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estamos começando, a certeza de que é preciso continuar e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar. Fazer da interrupção um novo caminho, da queda um passo de dança, do medo uma escola, do sonho uma ponte, da procura um encontro. E assim terá valido a pena.*

Fernando Sabino





# Capítulo I

## Conceitos Básicos de Perícia Oficial em Saúde



## Conceitos Básicos de Perícia Oficial em Saúde

### 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 ou cirurgião-dentista formalmente designado. A perícia oficial em saúde produz informações para fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e suas alterações posteriores.

De acordo com o Decreto nº 7.003, de 09/11/2009, a perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

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

---

Os **peritos oficiais em saúde** e a composição da **junta oficial em saúde** têm que ser, obrigatoriamente, designados em documento legal.

---

### Perito Oficial em Saúde

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

## Capacidade Laborativa

É a condição física e mental para o exercício de atividade produtiva. É a expressão utilizada para habilitar o examinado a desempenhar as atividades inerentes ao cargo, função ou emprego. O 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, funções ou empregos, decorrente de alterações patológicas consequentes a doenças ou acidentes.

A avaliação da incapacidade deve considerar o agravamento da doença, bem como o risco à vida do servidor ou de terceiros, que a continuação do trabalho possa acarretar.

O conceito de incapacidade deve compreender em sua análise os seguintes parâmetros: o grau, 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, sem risco de vida ou agravamento;
  - b. considera-se como incapacidade **total** a que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos servidores detentores de cargo, função ou emprego.

- 2 • **Quanto à duração:** a incapacidade laborativa pode ser **temporária ou permanente**:
  - a. considera-se **temporária** a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível;
  - b. considera-se **permanente** a incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.
- 3 • **Quanto à abrangência profissional:** a incapacidade laborativa pode ser classificada como:
  - a. **uniprofissional** - é aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica do cargo, função ou emprego;
  - b. **multiprofissional** - é aquela em que o impedimento abrange diversas atividades do cargo, função ou emprego;
  - c. **omniprofissional** - é aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa que vise ao próprio sustento ou de sua família.

---

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

---

## Doença Incapacitante

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

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

## Atividades da Vida Diária

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

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

## Invalidez

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

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

Considera-se inválido o dependente ou pessoa designada quando constatada a incapacidade de prover seu próprio sustento, em consequência de doença ou lesão.

## 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 em Serviço

É aquele que ocorre com o servidor federal, pelo exercício do cargo, função, ou emprego no ambiente de trabalho ou no exercício de suas atividades a serviço da Administração Pública Federal, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou mental.



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

## **Doença Profissional**

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

## **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**

É a investidura do servidor, indicada por avaliação pericial, em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental.

## **Reabilitação funcional**

É o processo de duração limitada, com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com incapacidade adquirida alcance os níveis físicos e mentais funcionais que possibilitem o seu retorno ao trabalho.

Todo servidor que apresente redução de sua capacidade funcional terá direito a beneficiar-se de reabilitação necessária à recuperação da sua capacidade laborativa.

## Restrição de Atividade Laboral

É a recomendação para não realização de uma ou mais atribuições do cargo, função ou emprego, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença do servidor ou risco a terceiro.

## Licenças por Motivo de Saúde

É o direito do servidor de ausentar-se, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus, por motivo de tratamento da própria saúde ou de pessoa de sua família, enquanto durar a limitação laborativa ou a necessidade de acompanhamento ao familiar, dentro dos prazos previstos, conforme a legislação vigente.

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

- 1 • licença por motivo de doença em pessoa da família (art.83);
- 2 • licença para tratamento de saúde (arts.202, 203, 204);
- 3 • licença à gestante (art.207);
- 4 • licença por acidente em serviço (arts.211 e 212).

---

Para efeito de contagem das licenças, serão sempre considerados os somatórios dos períodos concedidos dentro da mesma espécie de licença.

---



# Capítulo II

## Princípios da Perícia Oficial em Saúde



## Princípios da Perícia Oficial em Saúde

### Conhecimento Técnico-Científico

O perito deve conhecer o tipo de trabalho do avaliado e, sobretudo, investigar em quais condições são desenvolvidas as atividades laborais, envolvendo condições ambientais de trabalho, organização do trabalho, relacionamento social e profissional, podendo inclusive realizar visitas ou inspeções ao posto de trabalho.

A análise da capacidade laboral do servidor frente a uma doença ou enfermidade requer competência técnica, habilidade ao olhar para o estado geral do servidor, noções de epidemiologia, conhecimentos da relação saúde e trabalho e urbanidade/habilidade.

Ao elaborar o laudo, o perito oficial em saúde deve se valer de conhecimento técnico e fundamentos legais para dirimir questões relacionadas ao direito.

### Ética

A ética no processo de avaliação da capacidade laborativa, aqui discutida, 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.

A perícia oficial em saúde está a serviço de interesses sociais, seja para assegurar o exercício de um direito do servidor, seja para defender a Administração Pública Federal.

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

A isenção é uma obrigação ética do perito, também referendada nos Códigos de Ética Médica e Odontológica.

Não pode haver suspeição no ato pericial, por isso é vedado qualquer tipo de relação de proximidade entre perito oficial em saúde e o servidor ou seu dependente legal, pois se presume prejudicada a imparcialidade. Também é vedado qualquer tipo de ingerência administrativa no ato técnico pericial.

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

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

## **Sigilo Profissional e Documentos Oficiais**

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

---

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

---

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

---

Assinar laudos falsos constitui crime previsto no Código Penal Brasileiro (arts. 299; 302), além de infração ética grave.

---

## **Relação do Perito Oficial em Saúde com a Instituição**

Os Peritos Oficiais em Saúde cumprem importante atribuição de defesa dos interesses do Estado e dos servidores no âmbito da Administração Pública Federal.

O perito, gozando de plena autonomia, tem o dever de informar aos setores próprios da Administração Pública Federal sobre os resultados da perícia oficial em saúde e instruí-la no que for necessário. Sua atuação deve ser pautada pelo Código de Ética e pelas leis que regem a Administração Pública, sendo vedado sujeitar-se a demandas administrativas que se contraponham ao seu parecer.

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

No caso de ato de privação de direito ou lesão à coisa pública praticado por outro perito, o fato deverá ser comunicado à autoridade competente e ser objeto de investigação nos moldes previstos na Lei nº 8.112/90.

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

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

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

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

Na relação assistencial, o paciente tem todo o interesse de informar ao profissional que o assiste seus sintomas e as condições de seu aparecimento, tendo a convicção de que somente assim o profissional poderá chegar a um diagnóstico correto e subsequente tratamento. Há um clima de mútua confiança e empatia.

Na assistência, a confiança é uma necessidade imperiosa para a eficácia do tratamento. O sigilo é construído em uma relação particular de confiança, quase que compulsória.

A legislação brasileira exige um compromisso do cuidador. A violação é uma ofensa ao direito do outro que pode gerar consequência devastadora sobre a integridade física, mental ou moral do paciente.

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

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

O perito não deve se referir ao periciado pelo termo “paciente”, mas sim como examinado, periciado ou servidor. O profissional deve estar preparado para exercer sua função pericial observando sempre o rigor técnico e ético para que não parem dúvidas em seus pareceres. Deve ter em mente que a avançada tecnologia atual não pode se sobrepor à abordagem humanizada.



Ao perito caberá uma escuta que deve ir além do que verbaliza o servidor ou seu dependente legal, na tentativa de desvendar o que não foi revelado e avaliar as informações fornecidas.

Deve ainda o perito ficar alerta para uma boa observação clínica com o intuito de identificar simulações.

O senso crítico apurado deve ser fator determinante na atuação do perito para questionar sempre o que for necessário.

Fica a critério do perito a presença de acompanhante durante a perícia, desde que este não interfira nem seja motivo de constrangimento, pressão ou ameaça aos peritos. É garantido o acompanhamento do assistente técnico na avaliação pericial.

---

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

---

Durante o exame pericial singular que envolva exame físico do servidor ou seu dependente legal, o perito **deverá, sempre que possível**, ser acompanhado por atendente de consultório da instituição, visando resguardar tanto o examinado quanto o perito.

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

O exame pericial para fins de avaliação do direito de concessão de licença por incapacidade laboral é da competência e atribuição do perito, que utiliza os seus conhecimentos para avaliar o servidor ou seu dependente legal quanto à capacidade laborativa, seguindo as normas legais.

Além dos conhecimentos clínicos e legais, há a necessidade de critérios que observem a legislação e os aspectos judiciais.

Cabe ao profissional assistente prestar as informações necessárias para complementar o exame pericial, devendo constar obrigatoriamente o

diagnóstico da doença, sua evolução, a duração, as condutas e respostas terapêuticas, os exames comprobatórios e, se possível, o prognóstico.

O profissional assistente pode sugerir, inclusive, o tempo estimado de afastamento do trabalho para a recuperação de seu paciente, sem, contudo estender-se sobre as possíveis considerações legais ou administrativas, que estão fora do seu campo de atuação.

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

Cabe ao perito, depois de confirmada a existência de enfermidade, consultar o perfil profissiográfico em relação à atividade exercida pelo servidor e emitir a conclusão sobre a limitação para a atividade laborativa.

O pleito poderá ser deferido ou negado, independentemente de apresentação de atestado do assistente.

Há uma diferença de postura entre o perito e o assistente. O perito não pratica a clínica, uma vez que não trata de pacientes.

O assistente, por outro lado, vivencia o dia a dia do paciente, faz o atendimento, a avaliação, o diagnóstico e o tratamento do assistido. Diante disso, cabe a ele prestar ao perito as informações clínicas sobre o estado de saúde do paciente.

Não cabe ao assistente emitir parecer sobre os possíveis benefícios ou tecer considerações legais ou administrativas, que estão fora do seu campo de atuação, conforme previsto nas Resoluções do CFM nº 1.851/2008 e CFO nº 87/2009.



## Capítulo III

### Procedimentos da Perícia Oficial em Saúde



## Procedimentos da Perícia Oficial em Saúde

### Avaliação Pericial Oficial em Saúde

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

No entanto, a concessão do direito, prevista em ato específico, é atribuição da autoridade administrativa.

A perícia oficial em saúde se inicia com a identificação do servidor, seu local de trabalho, sua função e sua atividade real.

Uma anamnese completa acompanhada de criterioso exame físico constituem bases importantes para a avaliação pericial e são elementos essenciais para a formação da opinião do perito.

O conhecimento do curso das doenças, da sua etiologia e das suas manifestações clínicas são indispensáveis para uma boa avaliação pericial. Os exames complementares, os relatórios de especialistas e de outros profissionais de saúde contribuem para avaliação da capacidade laborativa.

Na história da doença, o perito deve apurar as condições do afastamento do trabalho e se ele é consequência direta ou não do estado mórbido apresentado.

Nos casos de suspeita de acidente em serviço, doença profissional e/ou doença relacionada ao trabalho, o perito deverá se valer ou solicitar avaliação ambiental, que inclui avaliação do posto e/ou processo de

trabalho do servidor e a caracterização do acidente de trabalho por parte da equipe de vigilância e promoção à saúde.

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

Olhar para o estado geral do examinado é fundamento que deve ser aplicado a todo ato pericial. É preciso analisar o reflexo da doença ou do conjunto das doenças no indivíduo.

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

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

Na perícia é possível fazer um acompanhamento e uma evolução do servidor ou seu dependente legal por meio do prontuário construído pela unidade de saúde, história esta que constitui importante ajuda na avaliação pericial, utilizando-se da participação da equipe multiprofissional.

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

Nas juntas oficiais em saúde, os especialistas cumprem importante papel ao trazer para discussão conhecimentos específicos, porém a decisão da junta deve ser resultado do conhecimento construído coletivamente.

Ao avaliar o servidor para a concessão de licenças de que trata a Lei nº 8.112/90, o perito deve propor o número adequado de dias para a recuperação da saúde.

A perícia deve estar integrada a outras ações que visem à recuperação da saúde do servidor e o seu retorno ao trabalho.

Os elementos apurados no exame deverão ser registrados em prontuário, com linguagem clara, objetiva e adequada. O laudo pericial compõe peça legal que servirá de base a todo o processo e, portanto, não poderá conter:

- a. insuficiência e imprecisão nos dados;
- b. incoerência entre os dados semióticos encontrados e o diagnóstico firmado;
- c. indecisão, prejudicando o julgamento da conclusão;
- d. espaços em branco ou traços. Quando nada for encontrado, deverão ser usadas expressões que traduzam a ausência de anormalidade;
- e. diagnósticos, exceto os que a lei determina que sejam especificados.

As unidades e serviços de atenção à saúde do servidor manterão arquivados em pastas individuais os documentos, impressos em papel, relativos aos antecedentes periciais dos servidores (prontuário pericial), anteriores à implantação do Sistema Informatizado Siape Saúde.

## **Atestados Médico e Odontológico e Laudos Periciais**

Para fins de embasamento das licenças citadas acima, o perito poderá solicitar ao servidor ou seu dependente legal a apresentação de pareceres, exames e atestados.

No atestado deverá constar, minimamente e de maneira legível:

- 1 • identificação do servidor ou seu dependente legal;
- 2 • tempo de afastamento sugerido;
- 3 • código da Classificação Internacional das Doenças (CID) ou o diagnóstico (quando expressamente autorizado pelo paciente);
- 4 • local e data;

- 5 • identificação do emitente com assinatura e registro no conselho de classe.

Quando necessário, e considerando as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.851/2008 e do Conselho Federal de Odontologia (CFO) nº 87/2009, poderão os peritos solicitar relatórios/atestados conforme as orientações a seguir:

“Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica ou odontológica deverá observar:

- 1 • o diagnóstico;
- 2 • os resultados dos exames complementares;
- 3 • a conduta terapêutica;
- 4 • o prognóstico;
- 5 • as consequências à saúde do paciente; e
- 6 • o tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação”.

Esses dados complementarão o parecer do perito, a quem cabe legalmente fundamentar a concessão de benefícios previdenciários, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva e readaptação.

---

Somente os atestados emitidos por médicos ou cirurgiões-dentistas serão aceitos, para fins de justificativa de faltas ao trabalho.

---

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

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



O atestado do assistente não reúne, por si só, os elementos suficientes para a concessão de licenças motivadas por incapacidade resultante de doença ou lesão. Cabe ao perito retirar do atestado as informações que servirão de base para orientar seu trabalho.

Na licença dispensada de perícia, o servidor poderá entregar o atestado médico ou odontológico – em envelope lacrado, classificado como “confidencial” e identificado com nome, matrícula, lotação e tipo de documento – ao RH, que deverá encaminhar à unidade ou serviço de atenção à saúde do servidor (art. 204 da Lei nº 8.112/1990, Decreto nº 7.003/2009 e ON SRH/MP nº 3/2010).

O servidor também poderá entregar o atestado diretamente à unidade de atenção à saúde do servidor. Nas demais licenças, o servidor apresentará o atestado no momento da perícia.

---

Não compete à chefia imediata ou aos setores de Recursos Humanos terem acesso aos documentos periciais do prontuário do servidor, por conterem dados sigilosos.

---

O laudo pericial será encaminhado à unidade de recursos humanos do órgão e fornecida fotocópia ao servidor, devendo constar apenas as informações necessárias aos seus assentamentos funcionais, resguardando o servidor ou seu dependente legal.

---

“O laudo pericial não se referirá ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, 1º da Lei nº 8.112/1990.”

---

Durante a realização do exame pericial serão registradas as informações necessárias para a conclusão pericial, inclusive de exames e diagnósticos.

Os laudos periciais, resultantes da junta oficial em saúde, deverão conter espaço destinado ao voto divergente, sendo registrado o nome do perito oficial em saúde que divergir.

## **A Perícia Odontológica Oficial**

A avaliação da incapacidade laborativa do servidor por motivos odontológicos se restringe ao complexo bucomaxilofacial.

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

Nessa avaliação, o cirurgião-dentista, além de ater-se aos princípios e conceitos norteadores da perícia, abordados neste manual, deve considerar as normas de proteção e biossegurança e estar atento à qualidade e sistematização dos registros odontopericiais.

Os campos destinados aos registros odontológicos na perícia contemplam as regiões que podem sediar eventos nosológicos ou infortunisticos na área de abrangência da odontologia.

Esses campos estão representados pelas seguintes regiões anatômicas, a saber:

- 1 • regiões dentárias e peridentárias - odontograma;
- 2 • regiões das mucosas de revestimento da boca;
- 3 • regiões de bases ósseas;
- 4 • regiões das articulações temporomandibulares;
- 5 • regiões das glândulas salivares.

O registro nos campos da área do complexo bucomaxilofacial da perícia odontológica possibilitará a construção do histórico odontopericial do servidor, considerando especificidades importantes que auxiliarão não só em demandas processuais, judiciais e administrativas, como também

poderão servir em circunstâncias especiais de eventos infortunisticos, onde registros odontológicos são fundamentais em procedimentos de identificação de vítimas.

## **Dados Periciais, Perfil Epidemiológico e a Promoção da Saúde**

Os dados resultantes das avaliações periciais e das licenças inferiores a 15 dias, normatizadas pelo Decreto nº 7.003/2009 e que podem ser dispensadas da avaliação pericial, se revestem de importante papel para o entendimento do binômio saúde/doença no âmbito da Administração Pública Federal.

A recepção pelas unidades de atenção à saúde do servidor dos atestados de curta duração que não passaram por perícia oficial em saúde é uma atividade interna que requer precisão na migração dos dados para o sistema informatizado.

O comprometimento com a fidedignidade da gestão dessa informação permitirá avaliações mais críticas não só quanto ao perfil do conjunto de servidores que adoecem por razões médico-odontológicas, como também orientarão programas e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças para os servidores públicos federais.

O sistema de informações Siape Saúde coletará dados das doenças e agravos que afetam os servidores, possibilitando a construção de um perfil epidemiológico que sinalize possíveis doenças em fase inicial.





## **Capítulo IV**

**Equipe de Perícia  
Oficial em Saúde**



## Equipe de Perícia Oficial em Saúde

A equipe de perícia oficial em saúde é o grupo de profissionais designados para auxiliar a Administração Pública Federal em questões administrativas e legais relacionadas à saúde.

**Todos os profissionais da área de saúde e segurança no trabalho poderão contribuir para a avaliação pericial** com pareceres técnicos específicos de sua área de atuação, compondo uma equipe multiprofissional.

Em especial, a equipe multiprofissional de apoio à perícia oficial pode ser formada por:

- 1 • psicólogo;
- 2 • assistente social;
- 3 • técnico de enfermagem ou de saúde bucal.

---

A atividade pericial oficial em saúde é inerente ao médico e ao cirurgião-dentista, designados peritos, cabendo aos outros profissionais de saúde subsidiá-la por meio de parecer específico.

---

São atribuições da equipe multiprofissional de perícia, dentre outras:

- 1 • fornecer parecer especializado, privilegiando a clareza e a concisão, para subsidiar as decisões periciais;
- 2 • propor capacitação e atualização de profissionais em perícia;
- 3 • encaminhar o servidor, quando houver indicação ou necessidade, aos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, tais como dependência química, inclusão de deficientes, redução de estresse, controle de hipertensão arterial e de obesidade;

- 4 • avaliar do ponto de vista social e psicológico os servidores que apresentem problemas de relacionamento no local de trabalho, assim como o absenteísmo ou o presenteísmo não justificado;
- 5 • avaliar os candidatos aprovados em concurso público quanto às aptidões para o exercício do cargo, função ou emprego, caracterização de deficiência física e sugestões de lotação, quando necessário;
- 6 • acompanhar o tratamento de saúde do servidor ou de pessoa de sua família, quando necessário e indicado pela perícia;
- 7 • divulgar informações para o desenvolvimento de programas de prevenção;
- 8 • promover a integração da equipe pericial com ações de vigilância e com programas de promoção à saúde e prevenção de doenças;
- 9 • avaliar as atividades do servidor no local de trabalho;
- 10 • acompanhar o cumprimento das recomendações em caso de restrição de atividades;
- 11 • orientar os gestores na adequação do ambiente e do processo de trabalho;
- 12 • outras que lhe forem delegadas.

---

Atestados, laudos ou pareceres emitidos por psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde poderão ser usados, para fins de embasamento pericial, como documentos complementares. Esses documentos, por si só, não são suficientes para justificativa de faltas ao trabalho por motivo de doença.

---

São funções específicas dos profissionais da equipe de perícia oficial em saúde:

## **Médico Perito**

- 1 • realizar perícias singulares, hospitalares, domiciliares e participar de juntas;



- 2 • atuar como assistente técnico em perícias judiciais, se a Administração Pública Federal for uma das partes;
- 3 • participar, junto à equipe multidisciplinar de promoção de saúde, da discussão dos procedimentos, atribuições e atividades a serem desenvolvidas;
- 4 • realizar exame médico pericial para caracterizar deficiência nos aprovados em concurso em vagas de deficientes e participar da equipe multiprofissional que irá adequar e acompanhar o deficiente;
- 5 • solicitar pareceres de outros especialistas;
- 6 • outras que lhe forem delegadas, no seu âmbito de atuação.

## **Cirurgião-Dentista Perito**

- 1 • realizar perícias singulares, hospitalares, domiciliares e participar de juntas odontológicas;
- 2 • atuar como assistente técnico em perícias judiciais, se a Administração Pública Federal for uma das partes;
- 3 • participar, junto à equipe multidisciplinar de promoção de saúde, da discussão dos procedimentos, atribuições e atividades a serem desenvolvidas;
- 4 • solicitar pareceres de outros especialistas;
- 5 • outras que lhe forem delegadas, no seu âmbito de atuação.

## **Psicólogo**

- 1 • elaborar laudos e pareceres;
- 2 • efetuar o exame psicológico, com instrumentos padronizados, considerando a autonomia profissional e encaminhar o parecer à unidade de atenção à saúde do servidor;
- 3 • encaminhar o servidor ou seu dependente legal para atendimento por outras especialidades;
- 4 • realizar orientação psicológica ao servidor e a familiares;
- 5 • orientar e dar suporte psicológico ao servidor em seu retorno ao trabalho;

- 6 • realizar visita domiciliar, hospitalar ou ao local de trabalho para subsidiar o estudo de caso em análise;
- 7 • outras que lhe forem delegadas, no seu âmbito de atuação.

## **Assistente Social**

- 1 • emitir parecer social visando à análise dos aspectos sociais que interfiram na situação de saúde do servidor e/ou de pessoa da família, considerando a autonomia profissional na definição de instrumentos técnicos como visitas e entrevistas;
- 2 • conhecer os indicadores socioprofissional, econômico e cultural, dentre outros, dos servidores em tratamento de saúde, utilizando instrumentos técnicos como entrevistas, visitas e pesquisas sociais;
- 3 • proceder à avaliação social para subsidiar o estudo do caso em análise;
- 4 • realizar atendimento ao servidor e sua família, por meio de orientação social nas questões relacionadas à saúde, visando à inserção dos mesmos em ações e programas desenvolvidos pela instituição assim como encaminhamento aos recursos sociais disponíveis na comunidade;
- 5 • realizar orientação sobre os direitos sociais do servidor;
- 6 • proceder à avaliação social para subsidiar a decisão pericial sobre a presença indispensável do servidor em caso de licença para tratamento de pessoa da família;
- 7 • outras que lhe forem delegadas, no seu âmbito de atuação.

## **Técnico de Enfermagem ou de Saúde Bucal**

- 1 • acompanhar o perito oficial em saúde nos exames periciais;
- 2 • outras que lhe forem delegadas, no seu âmbito de atuação.

## **Atribuições e Composição da Equipe Multiprofissional na Avaliação dos Candidatos Portadores de Deficiência Aprovados em Concurso Público**

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

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

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

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

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





# Capítulo V

## Atribuições Gerais da Perícia Oficial em Saúde



## Atribuições Gerais da Perícia Oficial em Saúde

A perícia oficial em saúde, após a realização dos exames periciais necessários, emitirá laudos ou pareceres que servirão de fundamentação nas decisões da Administração Pública Federal, nos casos indicados a seguir, respeitados os limites das áreas de atuação médica ou odontológica, conforme a Lei nº 8.112/1990:

- a. licença para tratamento de saúde do servidor (art. 202, 203 e 204);
- b. licença por motivo de doença em pessoa da família (art. 81, inciso I §1º, arts. 82 e 83, alterados pela MP 479/2009);
- c. licença à gestante (art.207);
- d. licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional (arts. 211 e 212);
- e. aposentadoria por invalidez (art. 186, inciso I);
- f. constatação de invalidez de dependente ou pessoa designada (art. 217, inciso II, alíneas a e d) e constatação de deficiência do dependente (art. 217, inciso I, alínea e);
- g. remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família (art. 36, inciso III, alínea b);
- h. horário especial para servidor portador de deficiência e para o servidor com familiar portador de deficiência (art. 98, §2º e 3º);
- i. constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas de portador de deficiência (arts. 3º e 4º, do Decreto 3.298/1999 alterado pelo Decreto 5.296/2004);
- j. avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar (art. 160);

- k. recomendação para tratamento de acidentados em serviço em instituição privada à conta de recursos públicos (art.213);
- l. readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral (art. 24);
- m. reversão de servidor aposentado por invalidez (art.25, inciso I e art. 188, §5º);
- n. avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no §1º do arts. 186 e 190;
- o. aproveitamento de servidor em disponibilidade (art.32);
- p. exame para investidura em cargo público (art. 14);
- q. pedido de reconsideração e recursos (arts. 106, 107 e 108);
- r. avaliação para isenção de imposto de renda (art. 6º, inciso XIV e XXI da Lei nº 7.713/1988, alterada pela Lei nº 11.052/2004);
- s. avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar (Decreto nº 977/1993);
- t. comunicação de doença de notificação compulsória ao órgão de saúde pública;

**a) Licença para tratamento de saúde do servidor (Arts. 202, 203, § 4º, 204 da Lei nº 8.112/1990, Decreto nº 7.003 de 09/11//2009 e ON SRH/MP nº 03, de 23/02/2010, republicada em 18/03/2010)**

**Competência:** perícia oficial singular em saúde ou junta oficial em saúde.

O prazo de licença para tratamento de saúde do servidor será considerado como de efetivo exercício até o limite de 24 meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo.

Após esse prazo, poderá ser concedida licença para tratamento da própria saúde, ressaltando-se que o referido tempo contar-se-á apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade.

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



- 1 • o número total de dias de licença, consecutivos ou não, seja inferior a 15 dias, a contar da data do primeiro afastamento no período de 12 meses, na mesma espécie (licença para tratamento da própria saúde ou licença por motivo de doença em pessoa da família);
- 2 • a data de referência para o início do cômputo do período de 12 meses dessas licenças se inicia na data da publicação do Decreto nº 7.003/ 2009, portanto, dia 10 de novembro de 2009;
- 3 • os atestados médicos ou odontológicos sejam de até cinco dias corridos, computados fins de semana e feriados, e conste no atestado o nome da doença ou agravo, codificado ou não, de forma legível.

O atestado deve ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade **no prazo máximo de cinco dias**, contados da data do início do afastamento do servidor. Deve ainda ser colocado em envelope lacrado, identificado e marcado como confidencial, constando o último dia trabalhado e telefone para contato com o servidor. Caso o prazo para entrega do atestado exceda os cinco dias, o servidor deverá ser submetido a exame pericial presencial.

O atestado deve ser entregue na unidade de atenção à saúde do servidor, O administrativo da unidade registrará no Siape Saúde e comunicará à área competente o período de afastamento e a espécie de licença, para os procedimentos necessários.

No caso do atestado não atender às regras estabelecidas no Decreto nº 7.003/2009, ou no caso de o servidor optar por não especificar o diagnóstico de sua doença no atestado, o servidor deverá se submeter a exame pericial ainda que **se trate de atestados inferiores ou iguais a cinco dias**.

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

O servidor deverá comparecer à unidade de atenção à saúde do servidor até cinco dias do início do afastamento, munido de documento de identificação com foto e documentos comprobatórios de seu estado de saúde e tratamento.

---

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

---

Nos casos em que houver suspeita de falsidade do atestado, será feito comunicado à área administrativa para providências. Em se tratando de atestado gracioso, o perito, após fundamentar a irregularidade, deverá notificar ao conselho regional do respectivo profissional, para investigação.

Encontrando-se o servidor impossibilitado de locomover-se ou estando hospitalizado, o exame pericial poderá ser realizado em sua residência ou na entidade nosocomial (perícia externa).

O início da licença por motivo de saúde do servidor deverá corresponder à data do início do afastamento de suas atividades laborais, independentemente do tipo de jornada de trabalho. Os dados do exame do servidor serão registrados de forma completa e precisa no prontuário pericial.

A conclusão do exame pericial será comunicada por meio do “laudo pericial de licença para tratamento de saúde”, que será impresso e entregue ao servidor. Se a conclusão pericial exigir reavaliação da capacidade de trabalho, o servidor deverá retornar à perícia na data agendada, antes do término da licença, com os documentos solicitados.

No caso de haver prorrogação da licença para tratamento de saúde, será emitido um novo “laudo de licença para tratamento de saúde”.

O servidor que, no curso da licença, julgar-se apto a retornar à atividade solicitará à unidade de atenção à saúde do servidor o reexame de seu caso e será submetido a exame pericial.

Caso não se configure mais a limitação de saúde, a perícia emitirá laudo de reassunção fixando a data do retorno ao trabalho.

Quando necessário, o servidor será encaminhado para avaliação pela equipe multidisciplinar em saúde.

---

A licença concedida dentro de 60 dias do término de outra da mesma espécie será considerada como prorrogação, independentemente do diagnóstico (art. 82 da Lei nº 8.112/1990).

---

O servidor que apresentar indícios de lesões orgânicas ou funcionais será submetido à avaliação da capacidade laborativa por inspeção médica (art. 206 da Lei nº 8.112/1990).

A convocação para essa inspeção será indicada pelo serviço de saúde ou autoridade competente e formalizada pela unidade de recursos humanos do órgão do servidor.

---

Será punido com suspensão de até 15 dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido à inspeção médica determinada pela autoridade competente, cessando os efeitos da penalidade uma vez cumprida a determinação (art. 130, §1º da Lei nº 8.112/1990).

---

Os servidores de cargos comissionados sem vínculo com o serviço público e os contratados por tempo determinado vinculam-se ao Regime Geral de Previdência Social-RGPS, em razão de sua condição de segurado obrigatório pelas leis nºs 8.213/1991, 8.647/1993, 8.745/1993 e § 13 do art. 40 da Constituição Federal.

---

Apenas os primeiros 15 dias de licença serão remunerados pelo órgão empregador, conforme prevê a Lei nº 8.213/1991, sendo necessário o exame pericial para concessão desse afastamento.

---

O comparecimento em uma consulta de saúde não gera licença e deverá ser comprovado por meio da declaração de comparecimento emitida pelo profissional assistente.

Essa declaração de comparecimento deve ser tratada como justificativa de afastamento, ficando a critério da chefia imediata do servidor a sua

compensação de horário, conforme a legislação em vigor (parágrafo único do art. 44 da Lei nº 8.112/1990).

**b) Licença por motivo de doença em pessoa da família (Art. 83, Lei nº 8.112/1990 e Decreto nº 7.003 de 09/11//2009 e ON SRH/MP nº 03, de 23/02/2010, republicada em 18/03/2010)**

**Competência:** perícia oficial singular em saúde ou junta oficial.

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

- 1 • cônjuge ou companheiro;
- 2 • padrasto ou madrasta;
- 3 • pais;
- 4 • filhos;
- 5 • enteados;
- 6 • dependente que viva à suas expensas e conste de seu assentamento funcional.

A licença somente será deferida se a assistência pessoal do servidor for indispensável e não puder ser prestada, simultaneamente, com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário. A avaliação psicossocial, sempre que possível, deverá ser realizada para subsidiar essa decisão.

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

- I • por até 60 dias, consecutivos ou não, mantida a remuneração do servidor;
- II • por até noventa dias, consecutivos ou não, sem remuneração.

O início do interstício de 12 meses será contado a partir da data do deferimento da primeira licença concedida. A soma das licenças remuneradas e das licenças não remuneradas não poderá ultrapassar os limites estabelecidos nos incisos I e II, incluídas as respectivas prorrogações,

concedidas em um mesmo período de doze meses, observado o disposto acima (Medida Provisória nº 479, de 30 de dezembro de 2009).

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

- 1 • o número total de dias de licença consecutivos ou não seja inferior a 15 dias, ou seja, até 14 dias, a contar da data do primeiro afastamento no período de 12 meses;
- 2 • os atestados médicos ou odontológicos sejam de até três dias corridos, computados fins de semana e feriados;
- 3 • conste no atestado o nome da doença ou agravo, codificado ou não, de forma legível.

Nessas situações, o atestado deverá ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade no prazo máximo de cinco dias, contados da data do início do afastamento do servidor, mantido em envelope lacrado, identificado e marcado como confidencial, constando o último dia trabalhado e telefone para contato com o servidor.

Caso o prazo para entrega do atestado exceda os cinco dias, o servidor deverá ser submetido a exame pericial presencial.

O atestado deverá ser entregue na unidade de atenção à saúde do servidor, que registrará e comunicará à área administrativa o período de afastamento e a espécie de licença, para os procedimentos necessários, conforme modelos de registros de licenças inferiores a 15 dias, constantes no Anexo III.

No caso do atestado não atender às regras estabelecidas no Decreto nº 7.003/2009, ou no caso de o servidor optar por não especificar o diagnóstico de seu dependente no atestado, torna-se obrigatório o exame pericial, **ainda que se trate de atestado inferior ou igual a três dias.**

Os servidores ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com o órgão público, os contratados por tempo determinado e os empregados públicos não farão jus à licença por motivo de doença em pessoa da família, uma vez que não há previsão legal para concessão da referida licença.

## **c) Licença à gestante (Art. 207, §§2º, 3º e 4º, Lei nº 8.112/1990)**

**Competência:** perícia oficial singular em saúde

A licença à gestante destina-se à proteção da gravidez, à recuperação pós-parto, à amamentação e à relação do binômio mãe-filho, a partir do primeiro dia do nono mês de gestação (correspondente a 36 semanas), salvo antecipação por prescrição médica. A duração do afastamento prevista é de 120 dias consecutivos, devendo ser observados os seguintes aspectos:

- 1 • no caso de qualquer intercorrência clínica proveniente do estado gestacional, verificada no transcurso do nono mês de gestação, deverá ser concedida, de imediato, a licença à gestante;
- 2 • no caso de nascimento prematuro, a licença, se ainda não concedida, terá início na data do evento;
- 3 • nos casos de natimorto, a servidora será submetida a exame médico 30 dias após o parto, e, se julgada apta, reassumirá o exercício de seu cargo, função ou emprego. Para esse fim, a perícia singular deverá emitir novo laudo pericial.

O parto, para os fins previstos acima, é a expulsão, a partir do quinto mês de gestação, de feto vivo ou morto.

No caso de aborto (art. 207, §4º, da Lei nº 8.112/1990) comprovado por médico perito, a servidora fará jus a 30 dias de repouso remunerado improrrogáveis.

Decorrido esse período de afastamento, a servidora que se julgar incapaz de reassumir suas funções deverá requerer licença para tratamento de saúde. Aborto é a expulsão do concepto, vivo ou morto, com menos de 500 gramas ou antes da 20ª (vigésima) semana de gestação.

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

A licença à gestante e a licença para tratamento de saúde são consideradas de espécies diferentes, não podendo ser concedidas concomitantemente. A licença à gestante não pode ser interrompida, exceto nos casos de natimorto.

As servidoras ocupantes de cargos comissionados, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, as contratadas por tempo determinado, as empregadas públicas anistiadas (seguradas do RGPS – Lei nº 8.213/1991), serão periciadas pelo órgão de exercício e a licença à gestante concedida com a posterior compensação do pagamento pelo RGPS.

A licença à gestante poderá ser solicitada e concedida administrativamente quando tiver seu início na data do parto, comprovada pelo aviso ou registro de nascimento ou atestado médico, sem que seja necessária a avaliação médico pericial.

---

A prorrogação da licença à gestante por mais 60 dias será concedida administrativamente, desde que requerida pela servidora até o final de 30 dias a contar do dia do parto (parágrafo 1, do artigo 2, do Decreto nº 6.690/2008).

---

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

**Competência:** perícia oficial singular ou junta oficial em saúde, dependendo do período de afastamento.

Acidente em serviço é aquele ocorrido no exercício do cargo, que se relacione direta ou indiretamente com as atribuições a ele inerentes, provocando lesão corporal ou perturbação funcional ou que possa causar a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho. Equiparam-se ao acidente de serviço aquele que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a redução ou perda da capacidade do servidor para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação.

São também acidentes em serviço:

- 1 • a doença proveniente de contaminação acidental no exercício das atribuições do servidor e o acidente sofrido no local e no horário do trabalho, em consequência de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de serviço;
- 2 • ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao serviço;
- 3 • ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de serviço;
- 4 • desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior.

São ainda considerados acidentes:

- 1 • aqueles sofridos, fora do local e horário de serviço, na execução de ordem ou na realização de serviço relacionado às atribuições do servidor, ou na prestação espontânea de qualquer serviço à União para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- 2 • em viagem a serviço, inclusive para estudo, com ônus ou com ônus limitado, independentemente do meio de locomoção utilizado;
- 3 • no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do servidor;
- 4 • os acidentes ocorridos nos períodos destinados à refeição ou descanso, estando o servidor no cumprimento de sua jornada de trabalho.

O nexo causal entre quadro clínico e a atividade é parte indissociável do diagnóstico pericial e se fundamenta numa boa anamnese ocupacional, em dados epidemiológicos, em relatórios das condições de trabalho e em visitas aos ambientes de trabalho, permitindo a correlação do quadro clínico com a atividade.

Não serão equiparadas às doenças relacionadas ao trabalho as doenças degenerativas, as inerentes a grupo etário e as doenças endêmicas adquiridas por habitante de região em que elas se desenvolvam, salvo



comprovação de que são resultantes de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

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

Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho ocorrem em espaço sujeito à intervenção do poder público por meio de vigilância, assistência e previdência e geram consequências individuais, sociais e financeiras.

São fenômenos que indicam condições de trabalho, sejam ambientais ou organizacionais, ocasionam invalidez ou limitações que, em geral, poderiam ser evitadas por medidas preventivas.

Orienta-se que todo e qualquer acidente de trabalho que provoque ou não lesões no servidor tenha registro obrigatório, mediante formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho do Serviço Público - CAT/SP, para que sejam analisadas as condições em que ocorreu o acidente e se intervenha de forma a reduzir ou mesmo impedir novos casos, além de se resguardar os direitos do servidor acidentado em serviço.

A caracterização do acidente em serviço poderá, também, ser feita por perito com o apoio da equipe de vigilância e promoção à saúde, de acordo com os critérios legais estabelecidos. Os afastamentos por motivo de acidente em serviço ou por doença profissional deverão ser submetidos à perícia oficial em saúde, independentemente do quantitativo de dias de licença.

Considera-se como data do acidente em serviço a da ocorrência do fato.

No caso de doença do trabalho, será considerada a data da comunicação (CAT/SP) à instituição ou a data de entrada do pedido de licença.

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

O formulário “Comunicação de Acidente em Trabalho do Serviço Público– CAT/SP” é de preenchimento obrigatório em casos de suspeita de acidente em serviço, devendo seguir modelo constante no Anexo IV.

A CAT/SP poderá ser preenchida pelo próprio servidor, sua chefia imediata, a equipe de vigilância à saúde do servidor, a família, o perito ou qualquer outra pessoa e encaminhada à respectiva chefia ou a unidade de atenção à saúde do servidor ou ainda à unidade de recursos humanos a qual o servidor estiver vinculado. A CAT/SP será analisada pela equipe de vigilância e promoção à saúde do servidor para proceder às audiências que julgar necessárias.

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

O servidor ou seu preposto anexará, quando couber, o Boletim de Ocorrência Policial.

Cabe à equipe de promoção e vigilância orientar e promover as intervenções necessárias no ambiente de trabalho do servidor onde ocorreu o acidente.

---

Os servidores ocupantes de cargos em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, os contratados por tempo determinado e os empregados públicos anistiados, quando vitimados por acidente de trabalho, deverão ser encaminhados ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a partir do 15º dia de afastamento do trabalho (conforme art.75, §2, do Decreto nº 3.048/1999).

---

A CAT de segurados do RGPS, obrigatoriamente, tem de ser emitida em 24 horas do evento, independentemente do acidente gerar afastamento ou não. Nos casos de afastamento, os primeiros 15 dias são pagos pela empresa (órgão) e a partir do 15º dia avaliado pela perícia médica do INSS por encaminhamento de requerimento próprio.

Cabe ao Sistema de Previdência Social (INSS) a realização de perícia e a responsabilidade pela remuneração do período que exceder aos 15 dias.

---

No caso de acidente de trabalho de segurado do RGPS, a empresa deverá comunicar o acidente de trabalho à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de

imediatamente à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário de contribuição, aplicada e cobrada pela Previdência Social (art. 22 da Lei nº 8.213/1991).

---

O segurado deverá ser encaminhado ao INSS pelo RH do órgão por meio do preenchimento do formulário de CAT do INSS, cabendo ao órgão emitir uma cópia da CAT/INSS a ser entregue ao acidentado ou seu familiar e ao sindicato correspondente.

As licenças por acidente em serviço serão realizadas por perícia singular por até 120 dias no período de 12 meses a contar do primeiro dia de afastamento e, a partir de então, por junta (art.203, § 4º e §5º, da Lei nº 8.112/1990).

---

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

---

### **e) Aposentadoria por invalidez (Art. 186, Inciso I, §1º e §3º, Art. 188, § 1º, §2º, §3º §4º e §5º, da Lei nº 8.112/1990, alterada pela Lei nº 11.907/2009)**

**Competência:** junta oficial em saúde

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

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

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

Quando o servidor não tiver as condições de saúde necessárias à execução das atividades do cargo, função ou emprego deverá ser afastado para tratamento. Caso seja constatada, a qualquer tempo, a impossibilidade de reversão da condição e não for possível a readaptação, ou ainda, expirado o prazo de 24 meses de afastamento pela mesma enfermidade, ininterruptos ou não, será sugerida a sua aposentadoria por invalidez. A enfermidade ensejadora da invalidez deve ser a mesma que motivou as licenças para tratamento de saúde nesses 24 meses, ou doenças correlatas.

Em todos os casos de aposentadoria por invalidez, a junta poderá determinar prazo para reavaliação do caso.

No caso de limitações de atividades, pode ser sugerida a restrição de atividades para uma recolocação funcional dentro do mesmo cargo, função ou emprego.

No caso de servidor nomeado na vaga de deficiente, a limitação que levou ao seu ingresso em órgão público não poderá ser motivo de aposentadoria, exceto quando o exercício do cargo, função ou emprego levar ao seu agravamento ou à invalidez.

A junta oficial em saúde, para os fins ora previstos, emitirá o laudo de aposentadoria por invalidez que deverá ser corretamente preenchido e assinado pelos três membros participantes.

---

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

---

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

### **f) Constatação de invalidez de dependente ou pessoa designada (Art. 217, inciso II, alínea C e D e Art. 222 da Lei nº 8.112/1990) e comprovação de deficiência de dependente (Art 217, inciso I, alinea E)**

**Competência:** junta oficial em saúde sempre que a unidade de atenção à saúde do servidor dispuser desse recurso. Nas demais situações, perícia oficial singular.

No caso de dependentes ou pessoa designada, que precisem da constatação para fins de recebimento de pensão ou outro benefício, a junta deverá especificar o tipo de invalidez, o seu caráter e a data do seu início. Deverá também expressar a necessidade ou não de reavaliação, e o referido prazo.

## **Constatação de Invalidez**

A constatação de invalidez de que tratam os itens E e F é realizada por perícia mediante avaliação de servidor, seu dependente ou pessoa designada, para fins de aposentadoria por invalidez, pensão temporária, manutenção da condição de dependente, de aposentadoria por invalidez ou reversão desta.

### **g) Remoção de servidor por motivo de saúde (Art. 36 da Lei nº 8.112/1990)**

**Competência:** junta oficial em saúde

O exame para concessão de remoção ao servidor por motivo de sua saúde ou de pessoa de sua família será realizado a pedido do interessado.

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

- 1 • cônjuge;
- 2 • companheiro;

- 3 • dependente que viva às suas expensas e conste de seu assentamento funcional.

O servidor, munido de parecer do assistente que indique necessidade de remoção por motivo de saúde, deverá requerer a sua remoção ao titular da unidade de recursos humanos ou na unidade de atenção à saúde do servidor.

O laudo, emitido por junta, é indispensável à análise do pedido de remoção e deverá, necessariamente, atestar a doença que fundamenta o pedido, bem como informar:

- 1 • as razões objetivas para a remoção;
- 2 • se a localidade onde reside o servidor ou seu dependente legal é agravante de seu estado de saúde ou prejudicial à sua recuperação;
- 3 • se na localidade de lotação do servidor não há tratamento adequado;
- 4 • se a doença é preexistente à lotação do servidor na localidade e, em caso positivo, se houve evolução do quadro que justifique o pedido;
- 5 • quais os benefícios do ponto de vista médico que advirão dessa remoção, com justificativas detalhadas;
- 6 • quais as características das localidades recomendadas;
- 7 • se a mudança de domicílio pleiteada terá caráter temporário e, em caso positivo, qual o prazo para nova avaliação médica;
- 8 • qual o prejuízo ou agravo para a saúde do servidor ou seu cônjuge, companheiro ou dependente caso residam em localidades distintas da localidade de lotação do servidor;
- 9 • se o tratamento sugerido é de longa duração e se não pode ser realizado na localidade de lotação do servidor;
- 10 • se o servidor é o único parente do seu dependente legal com condições de dar-lhe assistência, devendo ser ouvido, neste caso, o parecer do serviço social e ser observada a indissolubilidade da unidade familiar.

---

O laudo deverá ser conclusivo quanto à necessidade da mudança pretendida pelo servidor. Reserva-se à Administração Pública Federal indicar qualquer localidade de lotação que satisfaça às necessidades

de saúde do servidor e resguarde os interesses da Administração. Os servidores sem vínculo efetivo não fazem jus à remoção.

---

## **h) Horário especial para servidor portador de deficiência ou seu dependente (Art.98, § 2º e §3º da Lei nº 8.112/1990)**

**Competência:** junta oficial em saúde.

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

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

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

---

A constatação da deficiência será feita de acordo com o previsto no §1º, do art. 5º, do Decreto nº 5.296/2004 e no inciso I, do art. 3º do Decreto nº 3.298/99.

---

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

## **i) Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas de pessoas com deficiência (Arts. 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999 alterado pelo Decreto nº 5.296/2004)**

**Competência:** junta oficial em saúde sempre que a unidade dispuser desse recurso. Nas demais situações, perícia singular.

Os candidatos aprovados por concurso público na condição de deficientes, conforme Decretos nº 3.298/1999 e nº 5.296/2004, serão avaliados por perícia médica para fins de constatação de deficiência.

Para concorrer a uma das vagas destinadas a pessoas portadoras de deficiências o candidato deverá:

- a. no ato da inscrição, declarar-se portador de deficiência;
- b. encaminhar laudo médico original ou cópia autenticada, no ato da inscrição, emitido nos últimos 12 meses, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como a causa provável da deficiência.

Compete à perícia a qualificação do candidato aprovado como portador de deficiência, nos termos das categorias definidas pela legislação vigente sobre a matéria.

Os candidatos deverão comparecer à perícia munidos de laudo médico que ateste a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), conforme especificado no Decreto nº 3.298/1999 e suas alterações, bem como à provável causa da deficiência.

A não observância aos dispositivos legais, assim como a reprovação na perícia ou o não comparecimento à perícia, acarretará a perda do direito às vagas reservadas aos candidatos portadores de deficiência.

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

Durante o estágio probatório a equipe multiprofissional fará o acompanhamento do candidato para verificar sua adaptação às atribuições do cargo, função ou emprego. As orientações estão descritas no capítulo sobre a equipe multiprofissional e são baseadas no artigo 43 do Decreto nº 3.298/1999.



## Constatação de Deficiência

Nos termos do Decreto nº 3.298/1999, deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, podendo ser classificada como:

- 1 • deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida. Não se incluem as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. Também aplica-se à pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.
- 2 • deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- 3 • deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz
- 4 • deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho.

5 • deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.

## **j) Avaliação de sanidade mental para fins de processo administrativo disciplinar (Art. 160 da Lei nº 8.112/1990)**

**Competência:** junta oficial em saúde

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

## **k) Recomendação para tratamento de acidentados em serviço, em instituição privada, a conta de recursos públicos (Art. 213 da Lei nº 8.112/90)**

**Competência:** junta oficial em saúde

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

## **l) Readaptação (Art.24 da Lei nº 8.112/1990)**

**Competência:** junta oficial em saúde

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

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

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

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

Caso o servidor não consiga atender a um mínimo de 70% das atribuições de seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação para um cargo afim, nos termos da legislação vigente (Ofício Circular nº 37, de 16 de agosto de 1996).

Nesse caso, estando o servidor capaz de atender a mais de 70% das atribuições de seu novo cargo, a junta deverá indicar a sua readaptação, ficando a critério dos recursos humanos as providências necessárias para a publicação do Ato de Readaptação.

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

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

### **m) Reversão de servidor aposentado por invalidez (Art.25, Inciso I e Art.188, § 5º, da Lei nº 8.112/1990, e Lei nº 11.907/2009)**

**Competência:** junta oficial em saúde.

Reversão é o retorno do servidor aposentado à atividade.

A avaliação realizada por junta considerará a capacidade laborativa e, no caso de insubsistência dos motivos que ensejaram a aposentadoria, indicará a sua reversão.

---

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

---

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

## **n) Avaliação do servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada em lei (Art. 190 da Lei nº 8.112/1990)**

**Competência:** junta oficial em saúde.

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

As enfermidades são:

- 1 • tuberculose ativa;
- 2 • alienação mental;
- 3 • esclerose múltipla;
- 4 • neoplasia maligna;
- 5 • cegueira posterior ao ingresso no serviço público;
- 6 • hanseníase;
- 7 • cardiopatia grave;
- 8 • doença de Parkinson;
- 9 • paralisia irreversível e incapacitante;
- 10 • espondilartrose anquilosante;
- 11 • nefropatia grave;
- 12 • estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante);
- 13 • síndrome da imunodeficiência adquirida – Aids.

## **o) Aproveitamento de servidor em disponibilidade (Art. 32 da Lei nº 8.112/1990)**

**Competência:** junta oficial em saúde

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

## **p) Exame para investidura em cargo público (Art. 14 da Lei nº 8.112/1990)**

**Competência:** perícia oficial singular em saúde

Só poderá ser empossado em cargo público aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo.

Considera-se como objetivo do referido exame médico a avaliação, no momento do exame, da capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades para as quais está obrigado em razão do cargo público que irá ocupar, tendo em conta os riscos inerentes às respectivas atribuições e o prognóstico de enfermidades apresentadas pelo candidato.

O médico deverá avaliar, também, os exames indicados no edital do concurso. Os critérios devem ser estabelecidos levando-se em consideração as atividades da função que o candidato pretende exercer, os riscos inerentes ao ambiente de trabalho e os critérios epidemiológicos, que podem apontar doenças responsáveis por licenças prolongadas, readaptações e aposentadoria precoce por invalidez.

Podem ser ouvidos peritos e especialistas em diversas áreas e consultados documentos técnicos atuais para melhor embasar a avaliação da capacidade laboral.

Este exame integra as ações de promoção à saúde.

## **q) Pedido de reconsideração e recurso (Arts. 106, 107 e 108 da Lei nº 8.112/1990)**

**Competência:** perícia oficial singular em saúde ou junta oficial em saúde.

Caso o servidor não concorde com a decisão pericial terá o direito de interpor, uma única vez, pedido de reconsideração que será dirigido à autoridade que houver proferido a primeira decisão.

Na hipótese de novo indeferimento, poderá solicitar, como última instância administrativa, recurso dirigido à junta oficial em saúde, cujos peritos são distintos daqueles que analisaram o pedido de reconsideração.

---

O prazo para interposição de pedido de reconsideração ou de recurso é de 30 dias, a contar da publicação ou da ciência da decisão, pelo interessado (art. 108 da Lei nº 8.112/1990).

O pedido de reconsideração ou de recurso do resultado pericial deve ser despachado no prazo de cinco dias, e decidido dentro de 30 dias, submetendo-se o requerente a novo exame pericial (art. 106 da Lei nº 8.112/1990).

---

O servidor, para fins previstos neste item, utilizar-se-á do pedido de reconsideração/recurso.

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

## **r) Avaliação para isenção de imposto de renda (Art. 6 da Lei nº 7.713/88, alterada pela Lei nº 11.052/04)**

**Competência:** junta oficial em saúde sempre que a unidade de atenção à saúde do servidor dispuser desse recurso. Nas demais situações, perícia singular.

A Lei nº 7.713/1988, com redação dada pela Lei nº 8.541/1992 e alterada pelas Leis nºs 9.250/1995 e 11.052/2004, confere isenção de imposto de renda sobre rendimentos de pessoa física, percebidos a título de aposentadoria e ou pensão, nos seguintes casos:

- 1 • aposentadoria motivada por acidente em serviço;
- 2 • moléstia profissional;
- 3 • tuberculose ativa;
- 4 • alienação mental;
- 5 • esclerose múltipla;
- 6 • neoplasia maligna;
- 7 • cegueira;
- 8 • hanseníase;
- 9 • paralisia irreversível e incapacitante;
- 10 • cardiopatia grave;
- 11 • doença de Parkinson;
- 12 • espondilartrose anquilosante;
- 13 • nefropatia grave;
- 14 • estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante);
- 15 • hepatopatia grave;
- 16 • contaminação por radiação;
- 17 • síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids).

---

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

---

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

No caso de pensionista, exclui-se a moléstia profissional.

A isenção de imposto de renda é exclusiva aos proventos de aposentadoria, reforma ou pensão, não podendo ser isentos os servidores que não estejam aposentados.

A apresentação de laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, reconhecendo ser portador de uma das moléstias relacionadas, poderá dispensar o servidor de exame pericial (ato declaratório COSIT nº 19, de 25 de outubro de 2000, da Secretaria da Receita Federal), desde que confirmada a procedência e a idoneidade do documento.

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

**Competência:** perícia oficial singular em saúde

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

### **t) Comunicação de doença de notificação compulsória ao órgão de saúde pública**

**Competência:** profissional que primeiro levantar a hipótese diagnóstica.

A notificação compulsória é a comunicação sobre a ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde constatados no exercício da profissão, e que, por força de lei, os profissionais de saúde têm obrigação de comunicar, por escrito, à autoridade competente, para que sejam tomadas as providências sanitárias e judiciais cabíveis.

A obrigatoriedade da notificação ou comunicação está definida na Lei nº 6.259/1975 e a omissão da denúncia à autoridade pública é crime, com pena prevista no Código Penal Brasileiro.



A comunicação ou notificação compulsória é obrigatória nos casos de:

- 1 • acidente de trabalho (Portaria GM/MS nº 777/2004);
- 2 • moléstia infectocontagiosa de natureza compulsória (Código Penal, art. 269);
- 3 • doenças profissionais e do trabalho (CLT, art. 169);
- 4 • morte encefálica comprovada em estabelecimento de saúde (Decreto nº 2.268/1997, art. 18);
- 5 • crimes de ação pública (**Decreto-Lei nº 3.688, de 1941 - das Contravenções Penais**, art. 66).





# Capítulo VI

## Laudo Oficial Pericial



## Laudo Oficial Pericial

### Conclusão Pericial

A conclusão da perícia oficial em saúde, fundamentada nos elementos colhidos e registrados no prontuário, resultará, conforme o caso, das respostas aos seguintes quesitos:

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

A resposta a esse quesito constitui o fundamento do exame pericial.

A resposta “sim” ou “não” do perito produzirá consequências de ordem administrativa.

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

A conclusão da avaliação da incapacidade laborativa, com base em exame pericial, deverá ser a mais precisa possível.

Na impossibilidade do estabelecimento de diagnóstico nosológico, serão permitidos diagnósticos sindrômicos ou sintomáticos diante de incapacidade laborativa flagrante.

**Quesito 2** • Por quanto tempo? A partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

O perito deve prever prazo razoável para recuperação do servidor.

Prazos curtos nas doenças com curso prolongado são, além de inadequados tecnicamente, prejudiciais à instituição, ocorrendo daí um

processo oneroso de manutenção de licenças com exames repetidos. Prazos curtos não podem representar indício de insegurança do perito.

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

Do mesmo modo, prazo longo para doenças de curta duração constitui grave erro técnico, representando pesado ônus para a instituição.

Com o intuito de orientar o perito, estão anexados neste manual parâmetros de afastamentos que sugerem uma média de dias de afastamento por CID.

A fixação de data “indefinida” só será admitida em face da incapacidade permanente por invalidez no momento de propor a aposentadoria.

“A partir de” é a data do início da incapacidade e deve ser determinada em razão das manifestações da doença que provocaram alterações de tal ordem que impediram o desempenho das tarefas específicas do cargo, função ou emprego e deverá coincidir com a data do início do afastamento.

**Quesito 3** • Está o examinado inválido para o exercício de suas funções ou outras correlatas? A partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Deve ser respondido para transformar a licença em aposentadoria por invalidez e a resposta afirmativa implica parecer definitivo sobre a invalidez do servidor.

A expressão “ou outras correlatas” envolve a apreciação para o processo de readaptação no serviço público.

Em casos de doença passível de controle, a junta indicará data para reavaliação.

Naqueles que não houver expectativa de recuperação, não caberá tal indicação.

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

Esse quesito deverá ser respondido quando o quesito anterior for positivo, ou seja, existe invalidez para o exercício da função e outras correlatas.

Não é o diagnóstico isolado que determina o enquadramento, mas a conjugação dos dois fatores.

O perito avaliará se a doença determinante da invalidez se enquadra no parágrafo 1º do artigo 186 e firmará a partir de quando foi instalada a invalidez.

**Quesito 5** • A doença está especificada no § 1º, do artigo 186 da Lei nº 8.112/1990?

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

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

A resposta a este quesito vai depender da avaliação do examinado e dos exames apresentados que confirmem ou não a presença de uma das enfermidades descritas no artigo 1º da Lei nº 11.052/2004, data do diagnóstico e se está em atividade no momento do exame.

Caso seja doença passível de controle deverá constar a data de reavaliação (Lei nº 9.250/1995).

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

**Quesito 7** • Qual a hipótese diagnóstica?

Em resposta a este quesito deverá ser registrado, por extenso, o nome da doença constante no parágrafo da lei específica.

Por exemplo: no caso de carcinoma de próstata deverá ser escrito "NEOPLASIA MALIGNA" (art.205 da Lei nº 8.112/1990: "O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo

quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, §1º”).

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

A resposta a este quesito dependerá do preenchimento da CAT, conforme a legislação, na qual deverá estar registrada a condição em que se deu o acontecimento e o horário, conforme modelo no Anexo IV.

De acordo com o art. 205, em caso de ser o dano decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional, deverá constar no laudo o nome da doença, por extenso.

**Quesito 9** • Comunicar ao Órgão Habilitador da profissão (CRM, CRO, OAB, CREA etc.)?

Este quesito tem como finalidade alertar o órgão habilitador sobre a conclusão pericial que considerou o profissional inválido para o exercício da profissão, principalmente quando a continuidade do exercício puder levar a danos de outrem.

**Quesito 10** • Poderá ser sugerida a nomeação de curador?

A resposta afirmativa somente deverá ser dada quando a junta concluir pela incapacidade total do servidor para a prática dos atos da vida civil e, portanto, deva ser interditado.

É uma atitude que deve ser tomada principalmente no resguardo do interesse de sua família, da sociedade e da instituição.

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

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



É de extraordinária importância que todas as limitações do candidato sejam assinaladas no laudo e que, embora não o incapacitem para o exercício, sirvam de registro para a identificação em futuras reivindicações de doenças profissionais.

O candidato deverá responder e assinar questionário de autoavaliação onde anotar se é ou foi portador de alguma enfermidade, tornando-se responsável pelas informações.

**Quesito 12 •** É indispensável a assistência pessoal e constante do servidor à pessoa da família examinada? (art. 83 Lei nº 8.112/1990)

Se o examinado se incluir entre as pessoas relacionadas no **caput** do artigo 83, o perito o avaliará para comprovar a enfermidade e a necessidade da presença do servidor junto ao doente. A concessão da licença estará condicionada a impossibilidade de outra pessoa cuidar do seu dependente legal, devendo também ser observado o local em que se encontra o acompanhado .

**Quesito 13 •** O pedido de remoção justifica-se sob o ponto de vista médico?

A perícia singular informará no laudo os benefícios do ponto de vista médico que advirão dessa remoção para a localidade pretendida, podendo na parte “conclusão” do laudo tecer outras considerações.

A perícia singular não pode usar expressões: “Justifica-se sob o ponto de vista médico”, sem objetivamente apresentar razões, nem recomendar localidades que apresentam os mesmos problemas do local de origem.

Não pode a perícia, no parecer, se expressar de modo a estabelecer conflito entre o requerente e a autoridade que detém a atribuição decisória.

O servidor sem vínculo efetivo com a Administração Pública Federal não tem direito à remoção por motivo de saúde.

**Quesito 14 •** Pensão Temporária: Está o examinado inválido? SIM ou NÃO

Totalmente-Parcialmente-Permanentemente-Temporariamente-Prejudicado

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

**Quesito 15 •** Portador de Deficiência: É o examinado portador de deficiência física, mental, auditiva, visual ou múltipla, de acordo com os Decretos nºs 3.298/1999 e 5.296/2004?

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

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

A resposta a este quesito é necessária quando o servidor acometido de acidente em serviço ou moléstia profissional solicita tratamento à conta de recursos públicos. Deve ser comprovado o nexo e a inexistência do tratamento na rede pública, para que o pagamento seja autorizado. (artigo 213 da Lei nº 8112/90)

## **Laudos de Perícia Oficial em Saúde**

### **(Modelos no Anexo II)**

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

Os laudos podem ser médico ou odontológico e contemplam os seguintes tipos e quesitos:

- 1 • licença para tratamento de saúde (\*) (art. 203 da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 1 e 2;

- 2 • licença para tratamento de saúde por junta oficial(\*) (art. 203 da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 1 e 2;
- 3 • licença por motivo de doença de pessoa da família ou dependente (\*) (art. 81, art.82 e art. 83 da Lei nº 8.112/90): responder ao quesito 12;
- 4 • licença por acidente em serviço ou moléstia profissional (\*) (art. 211 e art. 212 da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 1, 2 e 8;
- 5 • avaliação para concessão de licença à gestante (art. 207, § 1º e § 3º, da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 1 e 2;
- 6 • avaliação de invalidez permanente por doença não especificada em lei para fins de aposentadoria (art. 186, inciso I, da Lei nº 8112/90): responder aos quesitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10;
- 7 • avaliação de invalidez permanente por doença especificada em lei para fins de aposentadoria (art. 186, inciso I, da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10;
- 8 • avaliação de invalidez permanente decorrente de acidente em serviço ou moléstia profissional (art. 186, inciso I, da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10;
- 9 • avaliação de invalidez por doença especificada em lei para fins de integralização de proventos (art. 186, inciso I, § 1º e §3º, e art. 190 da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 3, 4, 5, 6 7 e 10;
- 10 • avaliação da necessidade de horário especial para servidor portador de deficiência (art. 98, § 2º, da Lei nº 8.112/90): responder ao quesito 15;
- 11 • avaliação da necessidade de horário especial para servidor com familiar ou dependente portador de deficiência (art. 98, § 2º, da Lei nº 8.112/90): responder ao quesito 15;
- 12 • avaliação da necessidade de remoção por motivo de doença do próprio servidor (\*) (art. 36, inciso III-b, da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 1, 2 e 13;
- 13 • avaliação da necessidade de remoção por motivo de doença de familiar ou dependente do servidor (\*) (art. 83 e art. 36, inciso III-b, da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 12 e 13;

- 14 • avaliação da necessidade de revisão de aposentadoria por invalidez (art. 25 e art. 188, § 5º, da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 3, 4, 5, 7, e 10;
- 15 • avaliação de invalidez para fins de concessão de pensão temporária (art. 217, alíneas “c” e “d”, da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 4, 5, 6, 7, 10 e 14;
- 16 • avaliação de deficiência para fins de concessão de pensão vitalícia (art. 217, item I, alíneas “e”, da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 6, 10 e 15;
- 17 • reavaliação de invalidez para fins de pensão temporária (art. 222 e art. 217 da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 6 e 14;
- 18 • reavaliação de deficiência para fins de pensão vitalícia (art. 222 e art. 217 da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 6 e 15;
- 19 • avaliação para fins de isenção do imposto de renda sobre a aposentadoria (Lei nº 7.713/88): responder aos quesitos 6, 7 e 10;
- 20 • avaliação para fins de isenção de imposto de renda sobre pensão (art. 1º da Lei nº 11.052/04): responder aos quesitos 6 e 10.
- 21 • avaliação de sanidade mental para fins de processo administrativo disciplinar (art. 160 da Lei nº 8.112/90): responder ao quesito 1;
- 22 • avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade (art. 32 da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 1 e 2;
- 23 • avaliação de idade mental para fins de concessão de auxílio pré-escolar (art. 4º, § 2º, do Decreto nº 977/93): responder ao quesito 15;
- 24 • avaliação da capacidade laborativa para fins de readaptação funcional (art. 24 da Lei nº 8.112/90): responder ao quesito 3;
- 25 • avaliação da necessidade de tratamento especializado em instituição privada, à conta de recursos públicos (\*) (art. 213 da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 8 e 16;
- 26 • avaliação de invalidez de dependente (art. 197, inciso I, da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 14 e 15;
- 27 • licença por acidente em serviço por junta oficial (\*) (art. 211 e art. 212 da Lei nº 8.112/90);

28 • avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior (\*)  
(art. 206 da Lei nº 8.112/90): responder aos quesitos 1 e 2.

(\*) No caso das hipóteses em que abranger o campo de atuação da odontologia, o laudo pericial odontológico receberá as devidas adequações, atendendo aos requisitos técnicos e legais.





# **Capítulo VII**

## **Doenças Especificadas em Lei**





## Doenças Especificadas em Lei

As doenças especificadas no parágrafo 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 Parágrafo 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;  
Neoplasias 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.

---

A) DOENÇAS ESPECIFICADAS NO PARÁGRAFO 1º DO ARTIGO 186 DA LEI Nº 8.112/90

---

## **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 como 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 cronicadas 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 cronicadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
- 3 • Psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronicadas 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**

<b>CLASSE I</b>	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispneia nem angina de peito.
<b>CLASSE II</b>	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.
<b>CLASSE III</b>	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.
<b>CLASSE IV</b>	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 • Radiografias do tórax em AP e perfil.
- 4 • Eletrocardiograma de repouso.
- 5 • Eletrocardiograma de esforço.
- 6 • Eletrocardiografia dinâmica - Holter.
- 7 • Mapeamento ambulatorial da pressão arterial.
- 8 • Ecocardiografia bidimensional com Doppler de fluxos valvulares.
- 9 • Cintilografia miocárdica.
- 10 • Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco.
- 11 • Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco.
- 12 • Estudo eletrofisiológico.
- 13 • Tomografia computadorizada.
- 14 • Ressonância magnética.
- 15 • Teste cardiopulmonar.
- 16 • Perfusão miocárdica por microbolhas.

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

- 1 • Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva;
  - a. Sinais de disfunção ventricular, baixo débito cardíaco, dispneia de esforço e em repouso (CF III e VI da NYHA), fenômenos tromboembólicos, tontura, síncope, precordialgia. Fração de ejeção <40%; dilatação e hipocontratilidade ventricular vistas no estudo hemodinâmico.
- 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 extrassístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada devem-se associar dados do ECG e Holter).

- b. Cinecoronarioventriculografia - Lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de > 70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerda; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.
  - c. Fatores de risco e condições associadas - Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.
- 3 • Síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundários a uma cardiopatia;
  - 4 • Arritmias complexas e graves; arritmias que cursam com instabilidade elétrica do coração, complexas, refratárias ao tratamento, sintomáticas (síncope, fenômenos tromboembólicos).

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

- 1 • Cardiopatias isquêmicas;
- 2 • Cardiopatias hipertensivas;
- 3 • Cardiomiopatias primárias ou secundárias;
- 4 • Cardiopatias valvulares;
- 5 • Cardiopatias congênitas;

- 6 • Cor pulmonale crônico;
- 7 • Arritmias complexas e graves;
- 8 • Hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas com lesões irreversíveis em órgãos-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

## **Critérios de Enquadramento**

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, extrasístolas e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
- 4 • Cardiopatas congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
- 5 • Cardiopatas 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 patogênica, 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 intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação.

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

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

## **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 20º no melhor olho, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

## **Graus de perda parcial da visão**

- a. 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;
- b. 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;
- c. 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,
- d. 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 20º, 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

## Crítérios de Enquadramento

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

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

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

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

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

- a. Tremor: hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- b. Rigidez muscular: sinal característico e eventualmente dominante acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;

- c. Oligocinesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos (bradicinesia) são típicos à medida que a rigidez progride. Os movimentos também se tornam reduzidos (hipocinesia) e difíceis de iniciar (acinesia);
- d. Instabilidade postural: O paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;
- e. Demência: pode ocorrer tardiamente.

### **Considerações:**

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

Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

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

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

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

## Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson

<b>A) BRADICINESIA DE MÃOS • INCLUINDO ESCRITA MANUAL</b>	
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>B) RIGIDEZ</b>	
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
<b>C) POSTURA</b>	
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

<b>D) BALANCEIO DE MEMBROS SUPERIORES</b>	
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
<b>E) MARCHA</b>	
Passos bons, com passada 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 agora com 15 cm a 30 cm. Os dois Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como "gaguejar". O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3
<b>F) TREMOR</b>	
Sem tremor detectado.	0
Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz.	1
O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	2
Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A escrita e a autoalimentação são impossíveis.	3
<b>G) FACE</b>	
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
<b>H) SEBORREIA</b>	
Nenhuma	0
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	1
Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa.	2
Seborreia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa.	3
<b>I) FALA</b>	
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
<b>J) CUIDADOS PESSOAIS</b>	
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
<b>TOTAL =</b>	

## **Análise:**

1 – 10 = Início da doença

11 – 20 = Incapacidade moderada

21 – 30 = Doença grave ou avançada

## **Critérios de Enquadramento**

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

- 1 • Quando as manifestações clínicas e a evolução da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e 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.

### **Crítérios 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.

## Crítérios 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
  - a. Indeterminada (I)
  - b. Tuberculóide (T)
- 2 • **Multibacilares (MB)** – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses.

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

Atenção: o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de 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 A30. 0 – Considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana;
- 2 • **Hanseníase Tuberculóide (HT)** CID - 10 A30. 1 – Poucas lesões bem delimitadas, em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, anestésicas e de distribuição assimétrica, com crescimento centrífugo lento levando à atrofia no interior da lesão;



- 3 • **Hanseníase Dimorfa (HD)** CID - 10 A30. 3 – Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;
- 4 • **Hanseníase Virchowiana (HV)** CID - 10 A30. 5 – Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

## **Neuropatia Hansênica - Diagnóstico do Dano Neural – Sinais e Sintomas;**

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

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

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

## **Graus de Incapacidade**

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

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

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

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés.
2	Olhos: 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 a gravidade com resistência parcial.
	3 Realiza o movimento completo contra a gravidade.
	2 Realiza o movimento parcial.
Paralisada	1 Contração muscular sem movimento.
	0 Paralisia (nenhum movimento).

## Critérios de Enquadramento

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

O que pode levar ao afastamento das atividades 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 sem espessamento, com sintomas gerais como: febre, mal-estar geral, neurites agudas ou subagudas, levando à dor, alteração da sensibilidade (parestésias e hipoestésias) e diminuição da força muscular e/ou da precisão de movimentos. Em alguns casos o quadro reacional evolui com neurite, orquite, irite, iridociclite, artrite, mão e pé reacionais, linfadenite, proteinúria e dano hepático. Essas alterações levam à incapacidade temporária ou definitiva, devendo ser avaliadas e acompanhadas por especialistas como dermatologista, neurologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e outros.

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

- a. Manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;
- b. Manifestarem dor neuropática;
- c. Tiverem que se submeter a tratamento de descompressão neural cirúrgica de neurites;
- d. Necessitarem submeter-se a tratamento cirúrgico de reabilitação de deficiências na face, nariz, olhos, mãos e pés;
- e. 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 - cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;

- 6 • Oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
- 7 • Pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;
- 8 • Urinárias - nictúria.

## **Alterações nos Exames Complementares**

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

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

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

## **Crêterios 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 anat mico e etiológico e o caráter definitivo e permanente, como citado na lei.

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

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

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

## **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/ Aids)**

### **Conceito**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)   a manifesta o mais grave da infec o 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.

### **Classifica o**

A infec o pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifesta es 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 extrainguinais, com duração de pelo menos três meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
- 3 • Infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e 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 38,5º 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/ mm<sup>3</sup>.
- 2 • Grupo 2: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/ mm<sup>3</sup>.
- 3 • Grupo 3: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/ mm<sup>3</sup>.

### Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial

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

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

## Critérios 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 manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral pela perícia. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam com sorologia positiva e incapacitada para retorno ao trabalho, serão aposentados.
- 3 • A revisão da aposentadoria, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção médica pela Perícia Oficial em Saúde.
- 4 • Deverá constar, obrigatoriamente, nos laudos de aposentadoria, se o servidor é portador do HIV ou de Sida/Aids, mencionando, ainda, a sua classificação de acordo com o quadro acima (por exemplo: A1).

## Tuberculose Ativa

### Conceito

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, de evolução aguda ou crônica e de notificação compulsória. Pode acometer em qualquer órgão, tendo, no entanto, nítida predileção pelo pulmão.

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticados em fase precoce e a boa evolução de suas lesões se tratadas corretamente, torna-se fundamental a avaliação da fase evolutiva da doença ou da condição de “atividade” das lesões para estabelecer a noção de cura ou a resposta ao tratamento.

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que importa é 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 resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho.

## Classificação

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

- 1 • Classe 0: indivíduo sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;
- 2 • Classe I: indivíduo com história de exposição à tuberculose, porém, sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
- 3 • Classe II: indivíduo com infecção 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 definem 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 secreção ou material colhido para exame em amostras diferentes;
- 2 • Radiológicas:
  - a. Caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado por reação 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, biópsias 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, que tem a duração de seis meses, 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, e 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.

## **c) 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, decorrente da necrose causada por doenças infecciosas, inflamatórias, tóxicas, alérgicas, infiltrativas, tumorais, vasculares ou por obstrução do fluxo biliar.

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

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

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

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

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

Os indivíduos situados na Classe A têm bom prognóstico de 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 gradação:

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

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

## **Critérios de Enquadramento**

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

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

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

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

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

O diagnóstico anatomopatológico poderá ser dispensado nos casos de contra-indicação 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 congênicas, 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 hidroeletrólítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e
- 3 • Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

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

### **Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação**

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

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

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

## Diagnóstico

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

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

## **Critérios de Enquadramento**

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

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 têm 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 VIII

## Outras Disposições



## Outras Disposições

O servidor em trânsito que necessitar de licença por motivo de saúde deverá se apresentar à unidade de atenção à saúde do servidor na localidade em que se encontrar, respeitado o prazo legal, para ser submetido à avaliação pericial.

Essa avaliação será realizada por perícia singular ou junta, dependendo do pleito.

O resultado será encaminhado ao local de lotação do servidor, obedecendo às demais disposições da presente norma, respeitando o tipo de licença e vínculo empregatício. Quando houver exigência legal ou ética, os documentos de exame de perícia médica e odontológica tramitarão em envelope lacrado, por seu caráter confidencial.

A realização de exame pericial dependerá de prévia manifestação do titular da unidade de Recursos Humanos, nas hipóteses de: admissão, reversão, aproveitamento, remoção, revisão de proventos da aposentadoria, constatação de invalidez de servidor, dependente ou pessoa designada e indicação de tratamento do acidentado em serviço à conta de recursos públicos.

Quando julgar necessário, a perícia poderá determinar reavaliação antes da data prevista para o retorno ao trabalho.

A chefia imediata do servidor licenciado para tratamento de saúde não permitirá que ele reassuma o exercício de seu cargo, função ou emprego, ou entre em gozo de férias ou licença-prêmio, antes de ficar confirmada, por meio de avaliação pericial, a cessação da incapacidade para o trabalho.

Na hipótese de remoção de servidor, o respectivo prontuário pericial será remetido, em envelope lacrado, à unidade de atenção à saúde do servidor a que se encontre vinculado no novo órgão de lotação.

O órgão gestor do SIASS deverá promover o treinamento dos seus profissionais em todas as áreas de sua atuação.

O servidor que necessitar de tratamento de saúde durante o período de férias, não terá suas férias interrompidas. Após o término das mesmas, deverá comparecer à unidade de atenção à saúde do servidor para avaliação da capacidade laborativa (art. 80 da Lei nº 8.112/1990).

O servidor que apresentar indícios de lesão orgânica ou funcional será submetido a exame médico-pericial, requerido pela respectiva chefia e dirigido ao titular da unidade de recursos humanos (art. 206 da Lei nº 8.112/1990).

O requerimento, devidamente justificado e dado ciência ao servidor, tramitará sob sigilo, cabendo ao titular da unidade de recursos humanos proceder à convocação do servidor, fixando-lhe data e hora de apresentação à unidade pericial (art. 206 da Lei nº 8.112/1990).

Será punido com suspensão de até 15 (quinze) dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido à inspeção médica determinada pelo titular da unidade regional de recursos humanos, cessando os efeitos da penalidade a partir da data em que for cumprida a determinação (art. 130, §1º, da Lei nº 8.112/1990).

Quando houver conveniência para o serviço, a penalidade de suspensão poderá ser convertida em multa, na base de 50% por dia de vencimento ou remuneração, ficando o servidor obrigado a permanecer em serviço (art. 130, §2º, da Lei nº 8.112/1990).

Nos casos em que não haja exigência legal de avaliação por junta oficial em saúde, o exame pericial poderá ser realizado por perícia singular.

Para submeter-se à avaliação pericial em saúde, o servidor ou seu dependente legal deverá comparecer à unidade de atenção à saúde do servidor portando os relatórios e exames comprobatórios da enfermidade.

Na hipótese de servidor acometido de alienação mental e, nessa condição, incapacitado para os atos da vida civil, será dispensado tratamento peculiar, conforme a legislação específica vigente e as seguintes recomendações:



A área de recursos humanos informará a família do servidor da necessidade legal de interdição e da nomeação de curador, para fins de percepção de vencimentos ou proventos de aposentadoria, proporcionando-lhe a assistência necessária.

A interdição deverá ser promovida por pessoa da família do servidor, a saber:

- 1 • pelo cônjuge não divorciado, não desquitado ou não separado judicialmente;
- 2 • pelo pai, mãe ou tutor;
- 3 • por algum parente próximo.

Na hipótese de não existir ou de não ser localizada qualquer das pessoas enunciadas no item anterior, ou, ainda, no caso de omissão dessas e depois de decorridos 60 dias da data da comunicação, a área de recursos humanos, com a assistência do órgão jurídico, solicitará, de imediato, providências ao Ministério Público para promover a interdição.

A interdição será requerida à autoridade judiciária competente, devendo constar da petição os seguintes elementos:

- 1 • qualificação do interditante (nome, filiação, naturalidade, estado civil e residência);
- 2 • condição do interditado aposentado e o ato de aposentadoria (número e data);
- 3 • condição de licenciado, indicando o número do boletim de serviço ou de pessoal em que foi publicada a concessão da licença para tratamento de saúde;
- 4 • informações sobre o cônjuge, se existir, ou pais, ou, ainda, descendentes maiores.

A petição será acompanhada de certidão de casamento ou de nascimento do interditado, conforme o caso, e de laudo médico pericial, em envelope fechado.

O laudo médico pericial deverá ser preenchido integralmente, de modo legível e deverá conter, obrigatoriamente, os seguintes elementos:

- 1 • a expressão “alienação mental” por extenso;
- 2 • menção de que o servidor ou seu dependente legal é incapaz para os atos da vida civil;
- 3 • assinatura dos peritos.

Deve ser mantido o dossiê com todos os documentos referentes ao processamento da interdição. A certidão de sentença declaratória da interdição e nomeação de curador será juntada ao dossiê.

Mediante requerimento de pessoa da família do interditado, em que se comprometa a promover a interdição dentro do prazo de 60 dias, e de parecer favorável da área de recursos humanos, o pagamento dos vencimentos ou proventos poderá ser autorizado a essa pessoa da família, até que seja nomeado curador.

Findo esse prazo e constatada a inexistência de pedido de interdição, ou, ainda, no caso de não haver solicitação de um dos familiares do interditado, os vencimentos ou proventos serão depositados na conta bancária do servidor até que haja a nomeação do curador.



# Referências Bibliográficas



# Referências Bibliográficas

---

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003*. DOU, 31 de dezembro de 2003.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 47, de 05 de julho de 2005*. DOU, 06 de julho de 2005.

BRASIL. *Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966*. DOU, 26 de agosto de 1966.

BRASIL. *Lei nº 6.215, de 30 de junho de 1975*. DOU, 01 de julho de 1975.

BRASIL. *Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988*. DOU, 22 de dezembro de 1988.

BRASIL. *Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. DOU, 12 de dezembro de 1990.

BRASIL. *Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991*. DOU, e 14 de agosto de 1991.

BRASIL. *Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997*. DOU, 11 de dezembro de 1997.

BRASIL. *Lei nº 11.052, 29 de dezembro de 2004*. DOU, 30 de dezembro de 2004.

BRASIL. *Lei nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009*. DOU, 03 de fevereiro de 2009.

BRASIL. *Medida Provisória nº 479, de 30 de dezembro de 2009*. DOU, 30 de dezembro de 2009.

BRASIL. *Decreto nº 977, de 10 de setembro de 1993*. DOU, 11 de setembro de 1993.

BRASIL. *Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999*. DOU, 21 de dezembro de 1999.

BRASIL. *Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004*. DOU, 3 de dezembro de 2004.

BRASIL. *Decreto nº 6.690, de 11 de dezembro de 2008*. DOU, 12 de dezembro de 2008.

BRASIL. *Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009*. DOU, 30 de abril de 2009.

BRASIL. *Decreto nº 7.003, de 09 de novembro de 2009*. DOU, 10 de novembro de 2009.

MINISTÉRIO DA DEFESA. *Portaria Normativa nº 328, de 17 de maio de 2001 – Normas para avaliação da incapacidade pelas Juntas de Inspeção de Saúde*. DOU nº 98-E, de 22 de maio de 2001.

MINISTÉRIO DA DEFESA. *Portaria Normativa nº 174/Md, de 06 de setembro de 2006*.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. *Portaria nº 1.675, de 06 de outubro de 2006*. DOU, 10 de outubro de 2006. Seção 1, p. 57.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 125/SVS. SAS, de 26 de março de 2009*.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. *Orientação Normativa nº 3, de 23 de fevereiro de 2010*. DOU, 24 de fevereiro de 2010, republicada em 18 de março de 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – Inamps. *Resolução nº 291, de 03 de fevereiro de 1992*. BSL/DG nº 27, de 07 de fevereiro de 1992.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução 1.659, de 14 de fevereiro de 2003*.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução 1.851, de 14 de agosto de 2008*.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Resolução 185, de 26 de abril de 1993*. DOU, de 02 de junho de 1993. Seção 1, pág. 7436.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Resolução 03, de 26 de fevereiro de 1999.*

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Resolução 20, de 16 de agosto de 2001.*

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Resolução 22, de 27 de dezembro de 2001.*

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Resolução 42, de 20 de maio de 2003.* DOU, de 22 de maio de 2003. Seção 1, p. 66-68.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Resolução 87, de 26 de maio de 2009.* DOU, de 01 de junho de 2009. Seção 1, pp. 103-104.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). *HIV/Aids.* Atlanta-USA, 1993. Disponível em <http://www.cdc.gov/hiv/default.htm>.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS. *Manual Médico-Perito de Pessoal – INSS.* Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, 1981.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS / MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS. *Manual do Médico – Perito da Previdência Social.* 3ª Edição. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social – INSS / Ministério da Previdência Social – MPS, 1993.

KAMATH PS, WIESNER RH, MALINCHOC M, KREMERS W, THERNEAU TM, KOSBERG CL, *et al.* A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology*, 33(2):464-70. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS / OPAS / OMS. *Doenças Relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimento para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde – MS / OPAS / OMS.* Brasília: Editora MS, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Hepatopatia Grave – Consenso da Sociedade Brasileira de Hepatologia; Manual de Perícia Médica.* 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Perícia Médica.* 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. Volume 1. 2ª. Edição. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1995.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. *Protocolos da Prefeitura de São Paulo*. DOM, 16 de dezembro de 2004.

PUGH RNH, MURRAY-LYON IM, DAWSON JL, et al. Transection of the esophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg*, 60: 646-649. 1973.

ROBERT M. MERION. When Is a Patient Too Well and When Is a Patient Too Sick For a Liver Transplant. *Liver Transplantation*, 10(10), Suppl. 2 (October). pp 569–573. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. *II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave*. *Arq. Bras. Cardiol*. volume 87. nº 2, ago/2006.









# **Anexo I**

## **Parâmetros de Afastamentos por Motivos de Doença**



## **Parâmetros de Afastamentos por Motivos de Doença**

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

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

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

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

## 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	Simplex	10
		Bolhosa	15
A90	Dengue clássico	7	
B06	Rubéola	7	
B15/B16 B17/B18	Hepatites virais agudas, crônicas descompensadas e alcoólicas	30	
B26	Caxumba	10	
B26.8	Parotidite epidêmica com complicações – variável com o tipo de complicação	15	
B26.9	Parotidite epidêmica sem complicações – a partir da manifestação	10	

### Capítulo II • Neoplasias [Tumores] (C00-D48)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS	
Orientação geral do afastamento dependendo do tratamento	Inoperável: encaminhamento para avaliação de aposentadoria operável	90	
	Operável	Irressecável: encaminhamento para avaliação de aposentadoria	90
		Ressecável	90
C02/C06	Neoplasia boca/língua	90	
C15	Neoplasia maligna do esôfago	90	

C16	Neoplasia maligna do estômago		90
C18	Neoplasia maligna do cólon		90
C22	Neoplasia maligna do fígado		90
C25	Neoplasia maligna do pâncreas		90
C34	Cirurgia para retirada de tumor de pulmão + Z54.0		90
C50	Neoplasia maligna de mama	Quadrantectomia mamária + Z54.0	90
		Mastectomia + Z54.0	90
C62	Neoplasia maligna dos testículos	Orquiectomia + Z54.0x	90
C63	Neoplasia maligna de outros órgãos genitais masculinos		90
C67	Neoplasia maligna de bexiga - Cistectomia Z +54.0		90
C71	Cirurgia para retirada de tumor cerebral + Z54.0		90
C73	Neoplasia maligna da glândula tireóide	Pós-cirúrgico + Z54.0	90
		Pós-radioterapia Z51.0	8
		Quimioterapia Z51.1	8
		Exame de seguimento após tratamento por neoplasia maligna Z08 e Z12.8	30
D25	Leiomioma do útero	Miomectomia convencional + Z54.0	30
		Miomectomia videolaparoscópica + Z54.0	15
D30.3	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos) + Z54.0		10

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

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
E03	Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal)	10
E04	Tireoidectomia parcial	15
E05	Hipertireoidismo (descompensado e em início reposição hormonal) clínico supressivo	30
	Radioterápico:	8
	Cirúrgico + Z54.0	15
E06.1	Tireoidite subaguda	10
E10	Diabetes 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	30
	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	30
G21	Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos)	30
G30	Doença de Alzheimer	90
G31	Outras doenças degenerativas do SNC (ex.: álcool)	90
G31	Descompressão do nervo facial por via translabiríntica + Z54.0	90
G35	Esclerose múltipla (crise de agudização)	30
G40	Epilepsia (crise isolada)	5

G43	Enxaqueca	2
G45	Acidente vascular cerebral isquêmico transitório	15
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G51	Descompressão do nervo facial por via mastóideia + Z54	30
G51.0	Paralisia facial periférica (Paralisia de Bell)	30
G53.0	Nevralgia pós-zoster	15
G56	Cirurgia por síndrome do túnel do carpo + Z54.0	30
G56.0	Síndrome do túnel do carpo moderada e grave	15
G57.0	Lesão do nervo ciático	15
G58.0	Neuropatia intercostal	15
G61	Polineuropatia inflamatória (S. de Guillain-Barré)	60
G62.1	Polineuropatia alcoólica	60
G63.3	Polineuropatia em doenças endócrinas e metabólicas	60
G70.0	Miastenia gravis	60
G91	Hidrocefalia (shunt de líquido cefalorraquidiano) + Z98.2	60
G99.1	Simpatectomia + Z54.0	30

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

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
H01	Blefarite infecciosa	3
H04	Cirurgia do aparelho lacrimal + Z54.0	10
H04.0	Dacriadenite	7

H04.3	Dacriocistite aguda	7
	Canaliculite	5
H05	Transtornos da órbita (celulite)	15
H10	Conjuntivite	5
H10.5	Blefarconjuntivite	7
H11.0	Cirurgia para exérese de pterígeo + Z54.0	10
H15	Transtornos da esclerótica	7
H16	Retirada de corpo estranho de córnea se estiver com úlcera de córnea + Z48	7
H16.0	Úlcera de córnea	7
H16.1	Ceratite sem conjuntivite	5
H16.2	Ceratoconjuntivite	7
H16.3	Ceratite interna e profunda	10
H20	Iridociclite	15
H28	Cirurgia de catarata + Z54.0	30
	Cirurgia para correção de catarata (facectomia) + Z54.0	30
H30/H30.0/ H30.1/H30.2	Inflamações coriorretinianas (uveíte posterior)	30
H33	Descolamentos e defeitos da retina	30
	Cirurgia para correção de descolamentos e defeitos da retina + Z54.0	30
H34	Oclusões vasculares da retina (com diminuição da visão)	30
H35	Outros transtornos da retina com diminuição da visão	15
H35.6	Hemorragia retiniana	30
H36.0	Retinopatia diabética (com procedimento)	15
H40	Glaucoma	15
	Cirurgia para correção de glaucoma + Z54.0	30

H43.1	Hemorragia	30
H44.0	Endoftalmite purulenta	30
H46	Neurite óptica	30
H49	Cirurgia para correção de estrabismo + Z54.0	10
H52	Cirurgia para correção de vício de refração Z54.0	3

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

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

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

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

160	Hemorragia subaracnóidea (aneurisma roto, acidente vascular, hemorrágico) + Z54		60
171	Aneurisma de aorta + Z54.0		60
173	Revascularização de membros inferiores + Z54.0		60
180.0	Tromboflebite de veias superficiais dos membros inferiores		7
180.2	Trombose venosa profunda dos membros inferiores		30
183	Cirurgia de varizes com raqui ou peridural + Z54.0.		15
	Cirurgia de varizes com anestesia local Z54.0		7
	Safenectomia radical + Z54.0		30
184	Hemorroidectomia (convencional) + Z54		30
	Hemorroidas		5
185.0	Varizes de esôfago - com sangramento		7
186.1	Cirurgia para correção de varicocele + Z54.0		20
189.0	Linfedema	Não exige ortostatismo prolongado	-----
		Exige ortostatismo prolongado	Avaliação do especialista
		Casos complicados (geralmente por erisipela)	15

## Capítulo X • Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
J00	Ivas	3
J01	Sinusopatia aguda	5
J02	Faringite aguda viral	3
J03	Amigdalite aguda viral	3
	Amigdalite aguda bacteriana	7

J04	Laringite ou traqueítes agudas virais	3
	Laringite ou traqueítes agudas virais em professores	7
	Laringite ou traqueítes agudas bacterianas	7
J11	Gripe não complicada	3
J12/J16	Pneumonia	10
J18.0	Broncopneumonia	10
J20	Bronquite aguda	5
J21	Bronquiolite	7
J30	Rinopatia alérgica ou vasomotora em vigência de crise de agudização	3
	Em casos severos e se o fator desencadeante estiver presente, como em reformas das unidades de trabalho, afastamento até o término da reforma, enquanto o servidor estiver exposto ao fator de risco desencadeante do quadro	
J34.2	Septoplastias por desvio do septo nasal + Z54.0	15
	Em se tratando de funções que exijam sobrecarga física do servidor	21
J34.3	Turbinectomia + Z54.0	15
J35	Amigdalectomia + Z-54.0	10
J36	Abscesso amigdaliano	10
J38	Cirurgia de cordas vocais + Z54.0	30
J41	Bronquite crônica (agudização)	10
J44.1	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização)	7
J45	Asma (crise)	5
	O período poderá ser aumentado em caso de reforma na unidade	
J47	Bronquiectasia (infectada)	15
J85.1	Pneumonia com abscesso	30

J85.2	Abscesso do pulmão	30
J91	Pneumonia com derrame	20
J93	Pneumotórax	15

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

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
K11	Submandibulite e parotidite aguda não epidêmica	3
K12	Estomatites	3
K21.0	Esofagite de refluxo dias	2
K22.1	Esofagite erosiva - com sangramento	7
K25/K26	Úlcera gástrica ou duodenal	5
K25.4	Úlcera gástrica - com sangramento	10
K29	Gastrite	2
K29.0	Gastrite aguda (erosiva) - com hemorragia	7
K35.1	Apendicectomia no adulto + Z54.0	30
K40	Herniorrafia inguinal + Z 54.0	30
K40	Herniorrafia inguinoescrotal + Z54.0	30
K42	Herniorrafia umbelical + Z54.0	15
K43	Herniorrafia epigástrica + Z54.0	20
K40/K46	Herniorrafia incisional + Z54.0	30
K40/K46	Herniorrafia por videolaparoscopia + Z54.0	15
K50	Doença de Crohn - em atividade	10
K51	Retocolite ulcerativa - em atividade	15
K57	Doença diverticular do intestino - em atividade	7
K60	Fistulectomia + Z54.0	30
K60	Fissura das regiões anal e retal	5



K61	Abscesso das regiões anal e retal	7
K74	Cirrose hepática descompensada	60
K80.0	Colecistectomia convencional + Z54.0	30
	Colecistectomia videolaparoscópica + Z54.0	15
K80.0	Calculose da vesícula biliar com colecistite aguda	7

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

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

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

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
M05	Artrite reumatóide (em atividade)	15
M10	Artrite gotosa	8
M13.0	Poliartrite não especificada	10
M13.2	Artrite não especificada	10
M16.7	Artroplastias de quadril por artrose + Z54.0	90
M17.9	Artroplastia de joelho por artrose + Z54.0	90
M20.1	Correção de hálux valgo + Z54.0	45
M22.4	Condromalácia da rótula	15
M23	Transtornos internos do joelho	15
M23.5	Artroscopia para reparação ligamentar + Z54.0	60
M23.9	Artroscopia diagnóstica + Z54.0	10
	Artroscopia (para outros procedimentos) + Z54.0	30
M25.4	Derrame articular	15
M32	Lupus eritematoso disseminado (sistêmico)	15
M43.1	Espondilolistese (com sintomatologia)	15
M45	Espondilite anquilosante (com sintomatologia)	30
M43.6	Torcicolo	3
M50/M51	Transtornos dos discos vertebrais (com radiculopatia)	15
	Transtornos dos discos cervicais e outros transtornos dos discos intervertebrais	15
	Laminectomia (hérnia de disco) + Z54.0	60
M54.2	Cervicalgia	3

M54.3	Ciática	15
M54.4	Lombociatalgias agudas	15
M54.5	Lombalgias	5
M62.6	Distensão muscular	10
M65	Sinovite e tenossinovite	7
M65.9	Tenólise + Z54.0	15
M71.2	Cisto sinovial do espaço poplíteo (com sintomatologia)	5
M71.3	Retirada de cisto sinovial de punho + Z54.0	15
M71.9	Bursopatia não especificada	15
M72.2	Faciíte plantar	10
M75.1/M75.4	Lesões do ombro	30
M79.0	Fibromialgia (quadro doloroso inicial)	20
M86	Osteomielite	30
M86.4	Osteomielite crônica com seio drenante	90
M87	Osteonecrose	30
	Da cabeça do fêmur, côndilo do fêmur e platô tibial	90
M90.0	Tuberculose óssea (em atividade)	60
M96.1	Síndrome pós-laminectomia não classificada em outra parte (com subsídios)	30

#### Capítulo XIV • Doenças do Aparelho Geniturinário (N00-N99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
N00/N03	Glomérulonefrite	20
N04	Síndrome nefrótica	60
N10/N16	Pielonefrite	10
N13	Uropatia obstrutiva e por refluxo	7

N17	Insuficiência renal aguda	90
N18	Insuficiência renal crônica com encaminhamento para aposentadoria	90
N20	Calculose renal	7
N20/N23	Nefrolitotomia + Z54.0	60
	Ureterolitotomia + Z54.0	60
	Retirada de cálculo por via endoscópica + Z54.0	7
	Litotripsia extracorpórea + Z54.0	5
N21.0	Cistolitotomia + Z54.0	40
	Ureterolitotomia + Z54.0	60
N28.8	Nefropexia + Z54.0	30
N29.8	Ureterocistoplastia + Z54.0	40
N30	Cistite	3
N34	Uretrites	3
N35	Uretrotomia interna (estenose de uretra) + Z54.0	30
	Dilatação uretral: dias + Z43	2
N40	Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstrutiva)	10
N41.0	Prostatite aguda	7
N43	Hidrocelectomia + Z54.0	15
N44	Torção de testículo + Z54.0	15
N45	Orquite e epididimite	7
N47	Postectomia + Z54.0	5
N61	Transtornos inflamatórios da mama (casos com sinais flogísticos, associados à infecção)	7
N63	Exérese de nódulo mamário + Z54.0	10
N70	Salpingite e ooforite quando agudas	7

N73	Doença inflamatória pélvica (parametrite, celulite pélvica e pelviperitonite)	15
N75	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, adeniose, 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 hipospadia no adulto + Z 54.0	30

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

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

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

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
S12.9	Fratura da coluna lombar / cervical + Z54.0	90
	Fratura de vértebras cervicais	60
	Coluna cervical	90

S22.0	Fratura de vértebras torácicas (com imobilização)	30
S22.3	Fratura de arco-costal	20
S32.0	Fratura de vértebras lombares (com imobilização)	30
S32.8	Fratura de bacia + Z54.0	60
S42	Fratura de ombro e braço	30
S42.0	Fratura de clavícula + Z54.0	45
S43	Luxação de ombro / clavícula / braço	30
	Luxação recidivante de ombro + Z54.0	60
S46	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
S82.1	Cirurgia de rótula com osteossíntese Z54.0	90
	Fratura de platô tibial + Z54.0	90
S82.1/S72.4	Fratura de platô tibial com imobilização	45
S82.2/S82.3	Artroplastia de joelho por fratura + Z54.0	90
S82.4	Fratura de tíbia	60
S83	Fratura isolada da fíbula	30
S82.5/S82.6	Entorse de joelho	7
S83.4	Fratura de maléolo	60
S83.5	Correção de ligamentos colaterais do joelho (aberta) + Z54.0	90
S83/S64	Correção do ligamento cruzado anterior (aberta) + Z54.0	90
S83	Artroscopia do joelho (para correção de ruptura de ligamento) + Z54.0	60
	Tenorrafia aberta de ligamentos do joelho + Z54.0	60
S86.0	Realinhamento de patela + Z54.0	45
S92.0	Tenorrafia do tendão de Aquiles + Z54.0	90
S92.2	Fratura de calcâneo / tálus + Z54.0	90
	Fratura de calcâneo (com imobilização)	60
S92.3	Fratura de ossos do tarso com imobilização	30
S92.5	Fratura de metatarsianos + Z54.0	30
S93	Pododáctilos	15
S93.0	Entorse de tornozelo	7
	Luxação tíbio-társica (tornozelo)	60



T12	Osteossíntese de fêmur + Z54.0	90
	Osteossíntese de tíbia + Z54.0	90
T20/T25	Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, especificadas por local	
	2º grau	5
	3º grau	15
T78.3	Urticária gigante	3
T82.0	Troca de válvula cardíaca (se biológica) + Z54.0	60
	Troca de válvula cardíaca (se metálica) + Z54.0	90
T82.1	Troca de gerador do marca-passo + Z54.0	15

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

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

Z95.5	Angioplastia sem complicação	15
	Colocação de “stent” em angioplastia sem complicação	15

## Procedimentos sem CID Específico

CID	PROCEDIMENTO	AFAST/DIAS
	Ginecológicas e obstétricas	
	Cirurgia de Werthein-Meigs (pan-histerectomia + linfadenectomia)	60
	Histerectomia total abdominal	45
	Histerectomia subtotal	30
	Histerectomia vaginal	30
	Anexectomia / ooforectomia convencional	30
	Anexectomia / ooforectomia videolaparoscópica	15
	Curetagem de prova	5
	Urológicas	
C61/D29.1	Prostatectomia convencional	45
C61/D29.1	Prostatectomia transvesical	30
	Ressecção transuretral de próstata	30
	Ressecção transvesical de próstata	45
	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos)	10
	Cistectomia	90
	Nefrectomia	60
	Orquiectomia	10

## Parâmetros de Afastamento por Motivos Odontológicos

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

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
A69.1	Gengivite ulceronecrosante aguda (guna)	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 sem dentes, associadas a traumatismos	3
K06.8	Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	3
K07.0	Anomalias importantes (major) do tamanho da mandíbula + Z54.0	45
K07.1	Anomalias da relação entre a mandíbula com a base do crânio + Z54.0	45
K07.2	Anomalias da relação entre as arcadas dentárias + Z54.0	45
K07.6	Transtornos da articulação temporomandibular	5
K08.1	Perda de dentes devido a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	3
K08.2	Atrofia do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	5
K08.3	Raiz dentária retida + Z54.0	3
K09.0	Cistos odontogênicos de desenvolvimento + Z54.0	7
K09.1	Cistos de desenvolvimento (não-odontogênicos) da região bucal + Z54.0	7
K09.2	Outros cistos das mandíbulas + Z54.0	7
K09.8	Outros cistos da região oral não classificados em outra parte + Z54.0	7
K10.0	Transtornos do desenvolvimento dos maxilares + Z54.0	7

K10.1	Granuloma central de células gigantes + Z54.0	3
K10.2	Afecções inflamatórias dos maxilares	7
K10.3	Alveolite maxilar	7
K10.8	Outras doenças especificadas dos maxilares	30
K11.2	Sialadenite + Z54.0	15
K11.3	Abscesso de glândula salivar + Z54.0	15
K11.4	Fístula de glândula salivar + Z54.0	15
K11.5	Sialolitíase + Z54.0	15
K11.6	Mucocele de glândula salivar + Z54.0	7
K11.8	Outras doenças das glândulas salivares + Z54.0	30
K11.9	Doença de glândula salivar, sem outra especificação + Z54.0	30
K12.2	Celulite e abscesso da boca	7
K13.2	Leucoplasia e outras afecções do epitélio oral, inclusive da língua + Z54.0	5
K13.3	Leucoplasia pilosa + Z54.0	5
K13.4	Lesões granulomatosas e granulomatóides da mucosa oral + Z54.0	3
K13.5	Fibrose oral submucosa + Z54.0	5
K13.7	Outras lesões e as não especificadas da mucosa oral	3
K14.5	Língua escrotal + Z54.0	30
K14.8	Outras doenças da língua + Z54.0	30

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

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

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

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
M86	Osteomielite	30

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

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
Q36	Fenda labial + Z54.0	45
Q37	Fenda labial com fenda palatina + Z54.0	45
Q38.1	Anquiloglossia + Z54.0	15

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

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares	30
S02.5	Fratura de dente	3
S02.6	Fratura de mandíbula	30
S02.8	Outras fraturas do crânio e dos ossos da face	30
S03.0	Luxação de articulação têmporo-mandibular	5
S03.2	Luxação dentária	3

S03.4	Entorse e distensão do maxilar-articulação têmpero-mandibular-ligamento têmpero- mandibular	5
T85.7	Infecção e reação inflamatória devido a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos internos	3







## **Anexo II**

### **Modelos de Laudos de Perícia Oficial em Saúde**



## Modelos de Laudos de Perícia Oficial em Saúde

Licença para tratamento de saúde (\*) (art. 203 da Lei nº 8.112/90);

Licença para tratamento de saúde por junta oficial (\*) (art. 203 da Lei nº 8.112/90);

Licença por motivo de doença de pessoa da família ou dependente (\*) (arts. 81, 82 e 83 da Lei nº 8.112/90);

Licença por acidente em serviço ou moléstia profissional (\*) (arts. 211 e 212 da Lei nº 8.112/90);

Avaliação para concessão de licença à gestante (art. 207, § 1º e § 3º, da Lei nº 8.112/90);

Avaliação de invalidez permanente por doença não especificada em lei para fins de aposentadoria (art. 186, inciso I, da Lei nº 8.112/90);

Avaliação de invalidez permanente por doença especificada em lei para fins de aposentadoria (art. 186, inciso I, da Lei nº 8.112/90);

Avaliação de invalidez permanente decorrente de acidente em serviço ou moléstia profissional (art. 186, inciso I, da Lei nº 8.112/90);

Avaliação de invalidez por doença especificada em lei para fins de integralização de proventos (art. 186, inciso I, § 1º e §3º, e art.190 da Lei nº 8.112/90);

Avaliação da necessidade de horário especial para servidor portador de deficiência (art. 98, § 2º, da Lei nº 8.112/90);

Avaliação da necessidade de horário especial para servidor com familiar ou dependente portador de deficiência (art. 98, § 2º, da Lei nº 8.112/90);

Avaliação da necessidade de remoção por motivo de doença do próprio servidor (\*) (art. 36, inciso III-b, da Lei nº 8.112/90);

Avaliação da necessidade de remoção por motivo de doença de familiar ou dependente do servidor (\*) (arts. 83 e 36, inciso III-b, da Lei nº 8.112/90);

Avaliação da necessidade de revisão de aposentadoria por invalidez (arts. 25 e 188, § 5º, da Lei nº 8.112/90);

Avaliação de invalidez para fins de concessão de pensão temporária (art. 217, alíneas “c” e “d”, da Lei nº 8.112/90);

Avaliação de deficiência para fins de concessão de pensão vitalícia (art. 217, item I, alíneas “e”, da Lei nº 8.112/90);

Reavaliação de invalidez para fins de pensão temporária (arts. 222 e 217 da Lei nº 8.112/90);

Reavaliação de deficiência para fins de pensão vitalícia (arts. 222 e 217 da Lei nº 8.112/90);

Avaliação para fins de isenção do imposto de renda sobre a aposentadoria (Lei nº 7.713/88);

Avaliação para fins de isenção de imposto de renda sobre pensão (art. 1º da Lei nº 11.052/2004);

Avaliação de sanidade mental para fins de processo administrativo disciplinar (art. 160 da Lei 8.112/90);

Avaliação da capacidade laborativa de servidor em disponibilidade (art. 32 da Lei nº 8.112/90);

Avaliação da idade mental para fins de concessão de auxílio pré-escolar (art. 4º, § 2º, do Decreto nº 977/93);

Avaliação da capacidade laborativa para fins de readaptação (art. 24 da Lei nº 8.112/90);

Avaliação da necessidade de tratamento especializado em instituição privada, à conta de recursos públicos (\*) (art. 213 da Lei nº 8.112/90);

Avaliação de invalidez de dependente (art. 197, inciso I, da Lei nº 8.112/90);

Licença por acidente em serviço por junta oficial (\*) (arts. 211 e 212 da Lei nº 8.112/90);

Avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior (\*) (art. 206 da Lei nº 8.112/90).

(\*) Na hipótese de abranger o campo de atuação da odontologia, o laudo pericial odontológico receberá as devidas adequações, atendendo aos requisitos técnicos e legais.



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

### LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor apresenta, no momento, incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades, em licença para tratamento de saúde.

Período de afastamento: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

Número de dias de afastamento: **x dias**

Deverá retornar ao serviço ao final da licença? **sim – não**

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor deverá retornar às suas atividades, por não ter sido constatada incapacidade laborativa no momento.

Base Legal:  
Artigos 202 e 203 da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa**

\_\_\_\_\_  
Dr.(a)

**CRM/CRO**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

### LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE POR JUNTA OFICIAL

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor apresenta, no momento, incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades, em licença para tratamento de saúde.

Período de afastamento: de dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa

Número de dias de afastamento: x dias

Deverá retornar ao serviço ao final da licença? sim – não

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença? sim – não

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: dd/mm/aaaa

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não apresenta incapacidade laborativa que necessite licença para tratamento de saúde no momento.

Base Legal:

Artigos 202 e 203 da Lei nº 8.112/90.

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr.(a)

**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr.(a)

**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr.(a)

**CRM/CRO**







Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

### LICENÇA POR ACIDENTE EM SERVIÇO OU MOLÉSTIA PROFISSIONAL

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor apresenta incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades, em licença por acidente em serviço ou moléstia profissional, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Período de afastamento: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

Número de dias de afastamento: **x dias**

O servidor deverá retornar ao serviço ao final da licença? **sim – não**

O servidor deverá retornar para reavaliação ao final da licença? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não apresenta incapacidade laborativa que possa ser considerada acidente em serviço ou moléstia profissional.

O servidor deverá retornar ao serviço? **sim – não**

Base Legal:

Artigos 211 e 212 da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa**

\_\_\_\_\_  
Dr.(a)

**CRM/CRO**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO PARA CONCESSÃO DE LICENÇA À GESTANTE

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** A servidora deverá ficar afastada de suas atividades, em licença à gestante.

Período de afastamento: de dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa

Número de dias de afastamento: x dias

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença? sim – não

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: dd/mm/aaaa

**Sugestão de texto para não concessão:** A servidora deverá retornar às suas atividades profissionais, por não ter sido constatada a necessidade da concessão de licença à gestante neste momento.

Base Legal:  
Artigo 207 da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa**

\_\_\_\_\_  
Dr.(a)

CRM:



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AValiação de INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA NÃO ESPECIFICADA EM LEI PARA FINS DE APOSENTADORIA

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor é portador, no momento, de invalidez decorrente de doença não especificada no § 1º do artigo 186 da Lei 8112/90, que o incapacita para o desempenho das atribuições do cargo, sendo impossível a aplicação do artigo 24 da Lei 8112/90.

Necessita de afastamento? **sim – não**

Se sim:

- Período de afastamento: a partir de dd/mm/aaaa

- Número de dias de afastamento: **até a publicação da aposentadoria**

Se não:

- O servidor deverá retornar ao trabalho? **sim – não**

O servidor deverá retornar para reavaliação da invalidez? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para a reavaliação? dd/mm/aaaa

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não é portador, no momento, de doença invalidante que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo.

Necessita de afastamento: **sim – não**

Se sim:

- Período de afastamento: de dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa

- Número de dias de afastamento: **x dias**

Se não:

- O servidor deverá retornar ao trabalho: **sim – não**

Base Legal:

Artigo 186, inciso I, §§ 1º e 3º da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

Dr.(a)

Dr.(a)

Dr.(a)

**CRM/CRO**

**CRM/CRO**

**CRM/CRO**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA ESPECIFICADA EM LEI PARA FINS DE APOSENTADORIA

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor é portador, no momento, de doença invalidante, especificada no § 1º do artigo 186 da Lei nº 8.112/90, que o incapacita para o desempenho das atribuições do cargo, sendo impossível a aplicação do artigo 24 da Lei nº 8.112/90.

Nome da doença por extenso:

Necessita de afastamento? **sim – não**

Se sim:

- Período de afastamento: a partir de dd/mm/aaaa

- Número de dias de afastamento: **até a publicação da aposentadoria**

Se não:

- O servidor deverá retornar ao trabalho? **sim – não**

O servidor deverá retornar para reavaliação da invalidez? **sim–não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: dd/mm/aaaa

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não é portador, no momento, de doença invalidante, especificada no § 1º do artigo 186 da Lei nº 8.112/90, que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo.

Necessita de afastamento? **sim–não**

Se sim:

- Período de afastamento: de dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa

- Número de dias de afastamento: **x dias**

Se não:

- O servidor deverá retornar ao trabalho? **sim – não**

Base Legal:

Artigo 186, inciso I, § 1º e § 3º da Lei nº 8.112/90.

**Local, dd de mm de aaaa.**

Dr. (a) \_\_\_\_\_  
CRM/CRO

Dr. (a) \_\_\_\_\_  
CRM/CRO

Dr. (a) \_\_\_\_\_  
CRM/CRO



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE DECORRENTE DE ACIDENTE EM SERVIÇO OU MOLÉSTIA PROFISSIONAL PARA FINS DE APOSENTADORIA

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor é portador de invalidez permanente decorrente de acidente em serviço ou moléstia profissional, que o incapacita para o desempenho das atribuições do cargo, sendo impossível a aplicação do artigo 24 da Lei nº 8.112/90.

Nome da doença por extenso:

Necessita de afastamento: **sim – não**

Se sim:

- Período de afastamento: a partir de dd/mm/aaaa

- Número de dias de afastamento: **até a publicação da aposentadoria**

Se não:

- O servidor deverá retornar ao trabalho? **sim – não**

O servidor deverá retornar para reavaliação da invalidez? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: dd/mm/aaaa

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não é portador, no momento, de invalidez permanente decorrente de acidente em serviço ou moléstia profissional, que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo.

Necessita de afastamento: **sim – não**

Se sim:

- Período de afastamento: de dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa

- Número de dias de afastamento: **x dias**

Se não:

- O servidor deverá retornar ao trabalho? **sim – não**

Base Legal:

Artigo 186, inciso I, § 3º da Lei nº 8.112/90.

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM/CRO

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM/CRO

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM/CRO



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ POR DOENÇA ESPECIFICADA EM LEI PARA FINS DE INTEGRALIZAÇÃO DE PROVENTOS

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor aposentado foi acometido de moléstia especificada no § 1º do artigo 186 da Lei nº 8.112/90 e por esse motivo é considerado inválido.

Nome da doença especificada no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112/90:

Nome da doença especificada no art. 1º da Lei nº 11.052/04:

Data do diagnóstico: dd/mm/aaaa

O servidor aposentado deverá retornar para reavaliação? **Sim - não**

Se sim

- Data prevista para reavaliação: dd/mm/aaaa

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor aposentado não foi acometido de moléstia especificada no § 1º do artigo 186 da Lei nº 8.112/90 ou não foi considerado inválido.

Base Legal:

Artigo 190 da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AValiação DA NECESSIDADE DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor é portador de deficiência, havendo necessidade de exercer suas atividades em horário especial.

Horário especial definido em horas diárias de trabalho: **x horas**

Tipo de deficiência informada (física, visual, mental, auditiva ou mista):

O servidor deverá retornar para reavaliação? **Sim – não**

Se sim:

-Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

**Sugestão de texto para não concessão:** Não foi verificada, no momento, a necessidade de o servidor exercer suas atividades em horário especial.

Base Legal:

Artigo 98, § 2º, da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR COM FAMILIAR OU DEPENDENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>	
Nome do Servidor:	
CPF:	
Órgão:	
Matrícula SIAPE:	
<b>Identificação do Examinado</b>	
Nome do Examinado:	
Grau de Parentesco:	Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado é portador de deficiência, havendo necessidade de o servidor exercer suas atividades em horário especial.

Horário especial definido em horas diárias de trabalho, com compensação: **x horas**

Tipo de deficiência do examinado (física, visual, mental, auditiva ou mista):

O examinado deverá retornar para reavaliação: **sim – não**

Se sim:

-Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

**Sugestão de texto para não concessão:** Não foi verificada, no momento, a necessidade de o servidor exercer suas atividades em horário especial.

Base Legal:

Artigo 98, § 3º, da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**





Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE REMOÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA DO PRÓPRIO SERVIDOR

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor é portador de enfermidade cujo tratamento não pode ser realizado na localidade do seu exercício atual, devendo ser removido para outra localidade.

Quais as condições que a nova localidade deve dispor?

Há necessidade de licença para tratamento de saúde? **sim – não**

**Sugestão de texto para não concessão:** A enfermidade do servidor pode ser tratada e acompanhada com a manutenção do exercício na localidade atual.

Há necessidade de licença para tratamento de saúde? **sim – não**

Base Legal:

Artigo 36, parágrafo único, inciso III, alínea “b” da Lei nº 8.112/90.

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE REMOÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA DE FAMILIAR OU DEPENDENTE DO SERVIDOR

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>	
Nome do Servidor:	
CPF:	
Órgão:	
Matrícula SIAPE:	
<b>Identificação do Examinado</b>	
Nome do Examinado:	
Grau de Parentesco:	Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado é portador de enfermidade cujo tratamento não pode ser realizado na localidade atual de exercício do servidor, devendo este ser removido para outra localidade.

Quais as condições que a nova localidade deve dispor?

Há necessidade de afastamento do servidor para acompanhar pessoa da família: **sim – não**

**Sugestão de texto para não concessão:** Não há necessidade de remoção do servidor, por motivo de doença do familiar ou dependente, uma vez que a doença pode ser tratada na localidade de exercício atual do servidor.

Base Legal:

Artigo 36, inciso III, alínea "b" da Lei nº 8.112/90.

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE REVISÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor encontra-se capacitado para exercer suas atividades, sendo considerado insubsistentes os motivos da sua aposentadoria.  
Data para retorno às atividades: dd/mm/aaaa

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor mantém a condição de invalidez, devendo ser mantida a aposentadoria.

Base Legal:

Artigo 25, inciso I, e artigo 188, § 5º da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
CRM/CRO

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
CRM/CRO

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
CRM/CRO



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PARA FINS DE CONCESSÃO DE PENSÃO TEMPORÁRIA

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>	
Nome do Servidor:	
CPF:	
Órgão:	
Matrícula SIAPE:	
<b>Identificação do Examinado</b>	
Nome do Examinado:	
Grau de Parentesco:	Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado é portador de invalidez diagnosticada anterior ao óbito do servidor.

Data do diagnóstico da doença invalidante: dd/mm/aaaa

O examinado deverá retornar para reavaliação? sim – não

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: dd/mm/aaaa

A doença está especificada no art. 1º da Lei nº 11.052/2004?

Se sim:

- Nome da doença especificada no art. 1º da Lei nº 11.052/2004, por extenso:

**Sugestão de texto para não concessão 1:** O examinado não é portador de deficiência.

**Sugestão de texto para não concessão 2:** A deficiência ocorreu após o óbito do servidor.

Data do diagnóstico da doença invalidante: dd/mm/aaaa

Base Legal:

Artigo 217, inciso II, alínea “d” da Lei nº 8.112/90.

**Local, dd de mm de aaaa.**

Dr. (a)

CRM



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA PARA FINS DE CONCESSÃO DE PENSÃO VITALÍCIA

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>	
Nome do Servidor:	
CPF:	
Órgão:	
Matrícula SIAPE:	
<b>Identificação do Examinado</b>	
Nome do Examinado:	Data de Nascimento:
Grau de Parentesco:	

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado é portador de deficiência diagnosticada anteriormente à data de óbito do servidor.

Tipo de deficiência do examinado (física, visual, mental, auditiva ou mista):

Deficiência diagnosticada em: dd/mm/aaaa

O examinado deverá retornar para reavaliação? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista da reavaliação: dd/mm/aaaa

**Sugestão de texto para não concessão 1:** O examinado não é portador de deficiência.

**Sugestão de texto para não concessão 2:** A deficiência ocorreu após o óbito do servidor.

Data do diagnóstico: dd/mm/aaaa

Base Legal:

Artigo 217, inciso I, alínea “e” da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### REAVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PARA FINS DE PENSÃO TEMPORÁRIA

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>	
Nome do Servidor:	
CPF:	
Órgão:	
Matrícula SIAPE:	
<b>Identificação do Examinado</b>	
Nome do Examinado:	
Grau de Parentesco:	Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado mantém, no momento, a condição de portador de invalidez.

O examinado deverá retornar para reavaliação? **sim – não**

Se sim:

Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

**Sugestão de texto para não concessão:** O examinado não mantém, no momento, a condição de portador de invalidez.

Base Legal:

Artigo 217 e parágrafo único do artigo 222 da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### REAVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA PARA FINS DE PENSÃO VITALÍCIA

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>	
Nome do Servidor:	
CPF:	
Órgão:	
Matrícula SIAPE:	
<b>Identificação do Examinado</b>	
Nome do Examinado:	Data de Nascimento:
Grau de Parentesco:	

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado mantém, no momento, a condição de deficiente.

O examinado deverá retornar para reavaliação? **sim – não**

Se sim:

Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

**Sugestão de texto para não concessão:** O examinado não mantém, no momento, a condição de deficiente.

Base Legal:

Artigo 217 e parágrafo único do artigo 222 da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

**CRM**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO PARA FINS DE ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA SOBRE A APOSENTADORIA

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor é considerado, no momento, portador de doença especificada no artigo 1º da Lei nº 11.052/04.

Nome da doença especificada no artigo 1º da Lei nº 11.052/04:

Data do diagnóstico: **dd/mm/aaaa**

Há sinais da doença ativa no momento do exame? **sim – não**

O servidor deverá retornar para reavaliação? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não apresenta nenhuma das doenças especificadas no artigo 1º da Lei nº 11.052/04, em atividade no momento.

Base Legal:

Artigo 6º, inciso XIV da Lei nº 7.713/88

Artigo 1º da Lei nº 11.052/04

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM





Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO PARA FINS DE ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA SOBRE PENSÃO

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>	
Nome do Servidor:	
CPF:	
Órgão:	
Matrícula SIAPE:	
<b>Identificação do Examinado</b>	
Nome do Examinado:	
Grau de Parentesco:	Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado é considerado, no momento, portador de doença especificada no artigo 1º da Lei nº 11.052/2004.

Nome da doença especificada no artigo 1º da Lei nº 11.052/04:

Data do diagnóstico: dd/mm/aaaa

Há sinais de doença ativa no momento do exame? sim – não

O examinado deverá retornar para reavaliação? sim – não

Se sim:

Data prevista para reavaliação: dd/mm/aaaa

**Sugestão de texto para não concessão:** O examinado não apresenta nenhuma das doenças especificadas no artigo 1º da Lei nº 11.052/2004 em atividade no momento.

Base Legal:

Artigo 6º, inciso XIV da Lei nº 7.713/88

Artigo 47 da Lei nº 8.541/92

Artigo 1º da Lei nº 11.052/04

**Local, dd de mm de aaaa.**

Dr. (a)

CRM



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DE SANIDADE MENTAL PARA FINS DE PROCESSO ADMINISTRATIVO-DISCIPLINAR

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Número do Processo:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor apresenta, no momento, transtorno em seu estado de sanidade mental.

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não apresenta, no momento, transtorno em seu estado de sanidade mental.

Base Legal:  
Artigo 160 da Lei nº 8.112/90.

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM**  
**Psiquiatra**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA DE SERVIDOR EM DISPONIBILIDADE

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor apresenta, no momento, incapacidade laborativa que o impede de entrar em exercício no prazo legal.

O servidor deverá retornar para reavaliação? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

Data prevista para entrar em exercício: **dd/mm/aaaa**

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não apresenta, no momento, incapacidade laborativa que o impeça de entrar em exercício no prazo legal.

Base Legal:

Artigo 32 da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AValiação DE IDADE MENTAL PARA FINS DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>	
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:	
<b>Identificação do Examinado</b>	
Nome do Examinado: Grau de Parentesco:	Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado apresenta, no momento, comprometimento desenvolvimental que sugere que sua idade mental é inferior a seis anos.

O examinado deverá retornar para reavaliação? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

**Sugestão de texto para não concessão:** O examinado não apresenta, no momento, comprometimento desenvolvimental que sugere que sua idade mental é inferior a seis anos.

Base Legal:

Artigo 4º, § 2º do Decreto nº 997/93.

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA PARA FINS DE READAPTAÇÃO

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor apresenta, no momento, limitação na sua capacidade laborativa para o desempenho das atribuições de seu cargo, devendo ser readaptado em cargo de atribuição e responsabilidade compatíveis com a sua limitação.  
Atribuições que não podem ser exercidas:  
Atribuições que podem ser exercidas:

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor apresenta, no momento, limitação na sua capacidade laborativa para o desempenho das atribuições de seu cargo, no entanto, não cabe readaptação.  
Encaminha-se para avaliação da aposentadoria por invalidez? **sim – não**  
Se não:  
- Retorna para suas atribuições e responsabilidades atuais de seu cargo? **sim – não**  
Atribuições que não podem ser exercidas:  
Atribuições que podem ser exercidas:

Base Legal:  
Artigo 24 da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

Dr. (a)

CRM



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

**AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO EM  
INSTITUIÇÃO PRIVADA, À CONTA DE RECURSOS PÚBLICOS**

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O tratamento do servidor acidentado em serviço não pode ser realizado em instituição pública pela inexistência de meios ou recursos adequados, devendo se submeter ao tratamento indicado, à conta de recursos públicos.

**Sugestão de texto para não concessão:** O tratamento do servidor acidentado em serviço pode ser realizado em instituição pública.

Base Legal:  
Artigo 213 da Lei nº 8.112/90.

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM/CRO**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ DE DEPENDENTE

Número do Laudo:

<b>Identificação</b>	
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:	
<b>Identificação do Examinado</b>	
Nome do Examinado: Grau de Parentesco:	Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado é portador de invalidez no momento.

Data do diagnóstico da doença invalidante: dd/mm/aaaa

O examinado deverá retornar para reavaliação: sim – não

Se sim:

Data prevista para reavaliação: dd/mm/aaaa

**Sugestão de texto para não concessão:** O examinado não é portador de invalidez no momento.

Base Legal:  
Lei nº 8.112/90.

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

**CRM**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

### LICENÇA POR ACIDENTE EM SERVIÇO OU MOLÉSTIA PROFISSIONAL POR JUNTA OFICIAL

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor apresenta incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades, em licença por acidente em serviço ou moléstia profissional, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Período de afastamento: de **dd/mm/aaaa** a **dd/mm/aaaa**

Número de dias de afastamento: **x dias**

O servidor deverá retornar ao serviço ao final da licença? **sim – não**

O servidor deverá retornar para reavaliação ao final da licença? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: **dd/mm/aaaa**

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não apresenta incapacidade laborativa que possa ser considerada acidente em serviço ou moléstia profissional.

O servidor deverá retornar ao serviço? **sim – não**

Base Legal:

Artigo 211 e 212 da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM/CRO

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM/CRO

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)

CRM/CRO





Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## LAUDO MÉDICO/ODONTO PERICIAL

### AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA DE SERVIDOR POR RECOMENDAÇÃO SUPERIOR

Número do Laudo:

Identificação
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aaaa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor convocado apresenta, no momento, incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades, em licença para tratamento de saúde.

O servidor deverá retornar às suas atividades ao final da licença? **sim – não**

O servidor deverá retornar para reavaliação ao final da licença? **sim – não**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: dd/mm/aaaa

Período de afastamento: de dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa

Número de dias de afastamento: x dias

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor convocado não apresenta, no momento, incapacidade laborativa e deverá retornar às suas atividades.

Base Legal:

Artigo 206 da Lei nº 8.112/90

**Local, dd de mm de aaaa.**

Dr. (a)

CRM/CRO





## **Anexo III**

### **Modelos de Registros de Licenças Inferiores a 15 Dias**



## Modelos de Registros de Licenças Inferiores a 15 Dias



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## REGISTRO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA INFERIOR A 15 DIAS

**Número do Registro:**

<b>Identificação</b>
Nome do Servidor: CPF: Órgão: Matrícula SIAPE:
<b>Identificação do Familiar</b>
Nome do Familiar: Grau de Parentesco:

Considerando que o atestado apresentado preenche os critérios estabelecidos no Decreto nº 7.003/09 e Orientação Normativa nº 03/10, fica registrada a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família inferior a 15 dias.

Período de afastamento apresentado no atestado: de dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa  
Número de dias de afastamento sugeridos no atestado: x dias

Base Legal:  
Artigos 83 e 204 da Lei nº 8112/90  
Decreto nº 7.003/09  
Orientação Normativa nº 03/10

Local, dd de mm de aaaa

Recebido e cadastrado por:

Nome do servidor que recepcionou o  
atestado  
Matricula SIAPE



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome da Unidade de Saúde - Órgão**

## REGISTRO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE INFERIOR A 15 DIAS

Número do Registro:

Identificação
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula SIAPE:

Considerando que o atestado apresentado preenche os critérios estabelecidos no Decreto nº 7.003/09 e Orientação Normativa nº 03/10, fica registrada a Licença para Tratamento de Saúde inferior a 15 (quinze) dias.

Período de afastamento apresentado no atestado: de dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa  
Número de dias de afastamento sugeridos no atestado: x dias

Base Legal:  
Artigo 204 da Lei nº 8.112/90  
Decreto nº 7.003/09  
Orientação Normativa nº 03/10

Local, dd de mm de aaaa

Recebido e cadastrado por:

Nome do servidor que recepcionou o  
atestado  
Matrícula SIAPE







## **Anexo IV**

### **Modelo de Comunicação de Acidente de Trabalho no Serviço Público**



## **Modelo de Comunicação de Acidente de Trabalho no Serviço Público**



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
Secretaria de Recursos Humanos  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS  
**Nome do Órgão / Entidade**

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO – CAT/SP

### EMITENTE

Nome do Emitente

Contatos

Data do Registro (dd/mm/aaaa)

### DADOS DO SERVIDOR

Nome

Sexo

Data de Nascimento

CPF

RG

### ENDEREÇO

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

UF

DDD Telefone

Telefone

E-mail

### DADOS FUNCIONAIS

Identificação Única

Órgão

Lotação de Exercício

Matrícula SIAPE

Cargo

Função

### ACIDENTE OU DOENÇA

Data do Acidente (dd/mm/aaaa)

Hora do Acidente (hh:min)

Após quantas horas de trabalho? \*(hh:min)

Tipo: (acidentes típicos, acidentes de trajeto e doença profissional)

Houve Afastamento? (sim/não)

Último Dia Trabalhado: (dd/mm/aaaa)

Parte(s) do corpo atingida(s)\*: (Descrição da região anatômica atingida. Ex: cabeça, ombro, punho, braço e outros)



# Anexo V

## Orientações Legais e Outras Referências



## Orientações Legais e Outras Referências

As leis, decretos e orientações a seguir apresentam apenas os artigos de interesse da perícia oficial.

### 1. Critérios para comprovação de deficiência:

#### a) Decreto nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999

Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989,

Decreta:

### Capítulo I

#### Das Disposições Gerais

Art. 1º A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 2º Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao

turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I - deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

II - deficiência auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências



de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

III - deficiência visual – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

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

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V - deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

.....

Art. 43. O órgão responsável pela realização do concurso terá a assistência de equipe **multiprofissional composta de três profissionais capacitados** e atuantes nas áreas das deficiências em questão, sendo um deles médico, e três profissionais integrantes da carreira almejada pelo candidato.

§ 1º A **equipe multiprofissional** emitirá parecer observando:

I - as informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição;

II - a natureza das atribuições e tarefas essenciais do cargo ou da função a desempenhar;

III - a viabilidade das condições de acessibilidade e as adequações do ambiente de trabalho na execução das tarefas;

IV - a possibilidade de uso, pelo candidato, de equipamentos ou outros meios que habitualmente utilize; e

V - a CID e outros padrões reconhecidos nacional e internacionalmente.

§ 2º **A equipe multiprofissional** avaliará a compatibilidade entre as atribuições do cargo e a deficiência do candidato durante o estágio probatório.

Art. 44. A análise dos aspectos relativos ao potencial de trabalho do candidato portador de deficiência obedecerá ao disposto no art. 20 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

## **b) Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.**

Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto nas Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000,

Decreta:

### **Capítulo I**

#### **Disposições Preliminares**

Art. 1º Este Decreto regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

Art. 2º Ficam sujeitos ao cumprimento das disposições deste Decreto, sempre que houver interação com a matéria nele regulamentada:

I - a aprovação de projeto de natureza arquitetônica e urbanística, de comunicação e informação, de transporte coletivo, bem como a execução de qualquer tipo de obra, quando tenham destinação pública ou coletiva;

II - a outorga de concessão, permissão, autorização ou habilitação de qualquer natureza;

III - a aprovação de financiamento de projetos com a utilização de recursos públicos, dentre eles os projetos de natureza arquitetônica e urbanística, os tocantes à comunicação e informação e os referentes ao transporte coletivo, por meio de qualquer instrumento, tais como convênio, acordo, ajuste, contrato ou similar; e

IV - a concessão de aval da União na obtenção de empréstimos e financiamentos internacionais por entes públicos ou privados.

Art. 3º Serão aplicadas sanções administrativas, cíveis e penais cabíveis, previstas em lei, quando não forem observadas as normas deste Decreto.

Art. 4º O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência, os Conselhos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, e as organizações representativas de pessoas portadoras de deficiência terão legitimidade para acompanhar e sugerir medidas para o cumprimento dos requisitos estabelecidos neste Decreto.

## **Capítulo II**

### **Do Atendimento Prioritário**

Art. 5º Os órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, as empresas prestadoras de serviços públicos e as instituições financeiras deverão dispensar atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

§ 1º Considera-se, para os efeitos deste Decreto:

I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na

Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

- a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparresia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
- b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;
- c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:
  - 1. comunicação;
  - 2. cuidado pessoal;
  - 3. habilidades sociais;
  - 4. utilização dos recursos da comunidade;
  - 5. saúde e segurança;
  - 6. habilidades acadêmicas;
  - 7. lazer; e
  - 8. trabalho;
- e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências; e

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

## **2. Critérios para Isenção de Imposto de Renda:**

### **b) Critérios para isenção de imposto de renda: Lei nº 7.713/88, com redação dada pela Lei nº 8.541/92 e alterada pelas leis nº 9.250/95 e nº 11.052/2004**

#### **Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004.**

Altera o inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 6º .....

XIV – os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, Doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma;

.....” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro do ano subsequente à data de sua publicação.

Brasília, 29 de dezembro de 2004; 183o da Independência e 116o da República.

**Luiz Inácio Lula da Silva**

*Antonio Palocci Filho*

*Humberto Sérgio Costa Lima*

*Amir Lando*

### **3. Legislação Geral e Outras Referências:**

#### **a) Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 com alteração dada pela Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, e pela MP nº 479/2009**

Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

**Publicação consolidada da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, determinada pelo art. 13 da Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997.**

**O Presidente da República** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

#### **Título I**

#### **Capítulo Único**

#### **Das Disposições Preliminares**

Art. 1º Esta Lei institui o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias, inclusive as em regime especial, e das fundações públicas federais.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, servidor é a pessoa legalmente investida em cargo público.

Art. 3º Cargo público é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor.

Parágrafo único. Os cargos públicos, acessíveis a todos os brasileiros, são criados por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos, para provimento em caráter efetivo ou em comissão.

Art. 4º É proibida a prestação de serviços gratuitos, salvo os casos previstos em lei.

## **Título II**

### **Do Provimento, Vacância, Remoção, Redistribuição e Substituição**

#### **Capítulo I**

##### **Do Provimento**

#### **Seção I**

##### **Disposições Gerais**

---

Art. 5º São requisitos básicos para investidura em cargo público:

- I - a nacionalidade brasileira;
- II - o gozo dos direitos políticos;
- III - a quitação com as obrigações militares e eleitorais;
- IV - o nível de escolaridade exigido para o exercício do cargo;
- V - a idade mínima de dezoito anos;
- VI - aptidão física e mental.

§ 1º As atribuições do cargo podem justificar a exigência de outros requisitos estabelecidos em lei.

§ 2º Às pessoas portadoras de deficiência é assegurado o direito

de se inscrever em concurso público para provimento de cargo cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência de que são portadoras; para tais pessoas serão reservadas até 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas no concurso.

§ 3º As universidades e instituições de pesquisa científica e tecnológica federais poderão prover seus cargos com professores, técnicos e cientistas estrangeiros, de acordo com as normas e os procedimentos desta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.515, de 20.11.97)

Art. 6º O provimento dos cargos públicos far-se-á mediante ato da autoridade competente de cada Poder.

Art. 7º A investidura em cargo público ocorrerá com a posse.

Art. 8º São formas de provimento de cargo público:

I - nomeação;

II - promoção;

III - (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

IV - (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

V - readaptação;

VI - reversão;

VII - aproveitamento;

VIII - reintegração;

IX - recondução.

## **Seção II**

### **Da Nomeação**

---

Art. 9º A nomeação far-se-á:

I - em caráter efetivo, quando se tratar de cargo isolado de provimento efetivo ou de carreira;



II - em comissão, inclusive na condição de interino, para cargos de confiança vagos. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Parágrafo único. O servidor ocupante de cargo em comissão ou de natureza especial poderá ser nomeado para ter exercício, interinamente, em outro cargo de confiança, sem prejuízo das atribuições do que atualmente ocupa, hipótese em que deverá optar pela remuneração de um deles durante o período da interinidade. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 10. A nomeação para cargo de carreira ou cargo isolado de provimento efetivo depende de prévia habilitação em concurso público de provas ou de provas e títulos, obedecidos a ordem de classificação e o prazo de sua validade.

Parágrafo único. Os demais requisitos para o ingresso e o desenvolvimento do servidor na carreira, mediante promoção, serão estabelecidos pela lei que fixar as diretrizes do sistema de carreira na Administração Pública Federal e seus regulamentos. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

### **Seção III**

#### **Do Concurso Público**

---

Art. 11. O concurso será de provas ou de provas e títulos, podendo ser realizado em duas etapas, conforme dispuserem a lei e o regulamento do respectivo plano de carreira, condicionada a inscrição do candidato ao pagamento do valor fixado no edital, quando indispensável ao seu custeio, e ressalvadas as hipóteses de isenção nele expressamente previstas. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97) (Regulamento)

Art. 12. O concurso público terá validade de até 2 (dois) anos, podendo ser prorrogado uma única vez, por igual período.

§ 1º O prazo de validade do concurso e as condições de sua realização serão fixados em edital, que será publicado no Diário Oficial da União e em jornal diário de grande circulação.

§ 2º Não se abrirá novo concurso enquanto houver candidato aprovado em concurso anterior com prazo de validade não expirado.

## Seção IV

### Da Posse e do Exercício

---

Art. 13. A posse dar-se-á pela assinatura do respectivo termo, no qual deverão constar as atribuições, os deveres, as responsabilidades e os direitos inerentes ao cargo ocupado, que não poderão ser alterados unilateralmente, por qualquer das partes, ressalvados os atos de ofício previstos em lei.

§ 1º A posse ocorrerá no prazo de trinta dias contados da publicação do ato de provimento. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º Em se tratando de servidor, que esteja na data de publicação do ato de provimento, em licença prevista nos incisos I, III e V do art. 81, ou afastado nas hipóteses dos incisos I, IV, VI, VIII, alíneas "a", "b", "d", "e" e "f", IX e X do art. 102, o prazo será contado do término do impedimento. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º A posse poderá dar-se mediante procuração específica.

§ 4º Só haverá posse nos casos de provimento de cargo por nomeação. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 5º No ato da posse, o servidor apresentará declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio e declaração quanto ao exercício ou não de outro cargo, emprego ou função pública.

§ 6º Será tornado sem efeito o ato de provimento se a posse não ocorrer no prazo previsto no § 1º deste artigo.

Art. 14. A posse em cargo público dependerá de prévia inspeção médica oficial.

Parágrafo único. Só poderá ser empossado aquele que for julgado apto física e mentalmente para o exercício do cargo.

Art. 15. Exercício é o efetivo desempenho das atribuições do cargo público ou da função de confiança. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 1º É de quinze dias o prazo para o servidor empossado em cargo público entrar em exercício, contados da data da posse. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º O servidor será exonerado do cargo ou será tornado sem efeito o ato de sua designação para função de confiança, se não entrar em exercício nos prazos previstos neste artigo, observado o disposto no art. 18. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º À autoridade competente do órgão ou entidade para onde for nomeado ou designado o servidor compete dar-lhe exercício. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 4º O início do exercício de função de confiança coincidirá com a data de publicação do ato de designação, salvo quando o servidor estiver em licença ou afastado por qualquer outro motivo legal, hipótese em que recairá no primeiro dia útil após o término do impedimento, que não poderá exceder a trinta dias da publicação. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 16. O início, a suspensão, a interrupção e o reinício do exercício serão registrados no assentamento individual do servidor.

Parágrafo único. Ao entrar em exercício, o servidor apresentará ao órgão competente os elementos necessários ao seu assentamento individual.

Art. 17. A promoção não interrompe o tempo de exercício, que é contado no novo posicionamento na carreira a partir da data de publicação do ato que promover o servidor. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 18. O servidor que deva ter exercício em outro município em razão de ter sido removido, redistribuído, requisitado, cedido ou posto em exercício provisório terá, no mínimo, dez e, no máximo, trinta dias de prazo, contados da publicação do ato, para a retomada do efetivo desempenho das atribuições do cargo, incluído nesse prazo o tempo necessário para o deslocamento para a nova sede. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 1º Na hipótese de o servidor encontrar-se em licença ou afastado legalmente, o prazo a que se refere este artigo será contado a partir do término do impedimento. (Parágrafo renumerado e alterado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º É facultado ao servidor declinar dos prazos estabelecidos no **caput**. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 19. Os servidores cumprirão jornada de trabalho fixada em razão das atribuições pertinentes aos respectivos cargos, respeitada a duração máxima do trabalho semanal de quarenta horas e observados os limites mínimo e máximo de seis horas e oito horas diárias, respectivamente. (Redação dada pela Lei nº 8.270, de 17.12.91)

§ 1º O ocupante de cargo em comissão ou função de confiança submete-se a regime de integral dedicação ao serviço, observado o disposto no art. 120, podendo ser convocado sempre que houver interesse da Administração. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º O disposto neste artigo não se aplica a duração de trabalho estabelecida em leis especiais. (Incluído pela Lei nº 8.270, de 17.12.91)

Art. 20. Ao entrar em exercício, o servidor nomeado para cargo de provimento efetivo ficará sujeito a estágio probatório por período de 24 (vinte e quatro) meses, durante o qual a sua aptidão e capacidade serão objeto de avaliação para o desempenho do cargo, observados os seguinte fatores: (vide EMC nº 19)

I - assiduidade;

II - disciplina;

III - capacidade de iniciativa;

IV - produtividade;

V- responsabilidade.

§ 1º 4 (quatro) meses antes de findo o período do estágio probatório, será submetida à homologação da autoridade competente a avaliação do desempenho do servidor, realizada por comissão constituída para essa finalidade, de acordo com o que dispuser a lei ou o regulamento da respectiva carreira ou cargo, sem prejuízo da continuidade de apuração dos fatores enumerados nos incisos I a V do caput deste artigo. (Redação dada pela Lei nº 11.784, de 2008)

§ 2º O servidor não aprovado no estágio probatório será exonerado ou, se estável, reconduzido ao cargo anteriormente ocupado, observado o disposto no parágrafo único do art. 29.

§ 3º O servidor em estágio probatório poderá exercer quaisquer cargos de provimento em comissão ou funções de direção, chefia ou assessoramento no órgão ou entidade de lotação, e somente poderá ser cedido a outro órgão ou entidade para ocupar cargos de Natureza Especial, cargos de provimento em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, de níveis 6, 5 e 4, ou equivalentes. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 4º Ao servidor em estágio probatório somente poderão ser concedidas as licenças e os afastamentos previstos nos arts. 81, incisos I a IV, 94, 95 e 96, bem assim afastamento para participar de curso de formação decorrente de aprovação em concurso para outro cargo na Administração Pública Federal. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 5º O estágio probatório ficará suspenso durante as licenças e os afastamentos previstos nos arts. 83, 84, § 1º, 86 e 96, bem assim na hipótese de participação em curso de formação, e será retomado a partir do término do impedimento. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

## **Seção V**

### **Da Estabilidade**

---

Art. 21. O servidor habilitado em concurso público e empossado em cargo de provimento efetivo adquirirá estabilidade no serviço público ao completar 2 (dois) anos de efetivo exercício. (prazo 3 anos - vide EMC nº 19)

Art. 22. O servidor estável só perderá o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar no qual lhe seja assegurada ampla defesa.

## **Seção VI**

### **Da Transferência**

---

Art. 23. (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

## **Seção VII**

### **Da Readaptação**

---

Art. 24. Readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em inspeção médica.

§ 1º Se julgado incapaz para o serviço público, o readaptando será aposentado.

§ 2º A readaptação será efetivada em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos e, na hipótese de inexistência de cargo vago, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

## **Seção VIII**

### **Da Reversão (Regulamento Dec. nº 3.644, de 30.11.2000)**

---

Art. 25. Reversão é o retorno à atividade de servidor aposentado: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

I - por invalidez, quando junta médica oficial declarar insubsistentes os motivos da aposentadoria; ou (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

II - no interesse da administração, desde que: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

- a) tenha solicitado a reversão; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)
- b) a aposentadoria tenha sido voluntária; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)
- c) estável quando na atividade; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)
- d) a aposentadoria tenha ocorrido nos cinco anos anteriores à solicitação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

e) haja cargo vago. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 1º A reversão far-se-á no mesmo cargo ou no cargo resultante de sua transformação. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 2º O tempo em que o servidor estiver em exercício será considerado para concessão da aposentadoria. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 3º No caso do inciso I, encontrando-se provido o cargo, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 4º O servidor que retornar à atividade por interesse da administração perceberá, em substituição aos proventos da aposentadoria, a remuneração do cargo que voltar a exercer, inclusive com as vantagens de natureza pessoal que percebia anteriormente à aposentadoria. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 5º O servidor de que trata o inciso II somente terá os proventos calculados com base nas regras atuais se permanecer pelo menos cinco anos no cargo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

§ 6º O Poder Executivo regulamentará o disposto neste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

Art. 26. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

Art. 27. Não poderá reverter o aposentado que já tiver completado 70 (setenta) anos de idade.

## **Seção IX**

### **Da Reintegração**

---

Art. 28. ....

## **Seção XI**

### **Da Disponibilidade e do Aproveitamento**

---

Art. 30. O retorno à atividade de servidor em disponibilidade far-se-á mediante aproveitamento obrigatório em cargo de atribuições e vencimentos compatíveis com o anteriormente ocupado.

Art. 31. O órgão Central do Sistema de Pessoal Civil determinará o imediato aproveitamento de servidor em disponibilidade em vaga que vier a ocorrer nos órgãos ou entidades da Administração Pública Federal.

Parágrafo único. Na hipótese prevista no § 3º do art. 37, o servidor posto em disponibilidade poderá ser mantido sob responsabilidade do órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, até o seu adequado aproveitamento em outro órgão ou entidade. (Parágrafo incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 32. Será tornado sem efeito o aproveitamento e cassada a disponibilidade se o servidor não entrar em exercício no prazo legal, salvo doença comprovada por junta médica oficial.

## **Capítulo II**

### **Da Vacância**

Art. 33. A vacância do cargo público decorrerá de:

I .....

## **Capítulo III**

### **Da Remoção e da Redistribuição**

## **Seção I**

### **Da Remoção**

---

Art. 36. Remoção é o deslocamento do servidor, a pedido ou de ofício, no âmbito do mesmo quadro, com ou sem mudança de sede.

Parágrafo único. Para fins do disposto neste artigo, entende-se por modalidades de remoção: (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)



I - de ofício, no interesse da Administração; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

II - a pedido, a critério da Administração; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

III - a pedido, para outra localidade, independentemente do interesse da Administração: (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

a) para acompanhar cônjuge ou companheiro, também servidor público civil ou militar, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que foi deslocado no interesse da Administração; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

b) por motivo de saúde do servidor, cônjuge, companheiro ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assentamento funcional, condicionada à comprovação por junta médica oficial; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

c) em virtude de processo seletivo promovido, na hipótese em que o número de interessados for superior ao número de vagas, de acordo com normas preestabelecidas pelo órgão ou entidade em que aqueles estejam lotados. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

## **Seção II**

### **Da Redistribuição**

---

Art. 37. ....

## **Capítulo IV**

### **Da Substituição**

Art. 38. ....

## **Título III**

### **Dos Direitos e Vantagens**

## **Capítulo I**

### **Do Vencimento e da Remuneração**

Art. 40. ....

## **Capítulo II**

### **Das Vantagens**

Art. 49. ....

### **Subseção I**

#### **Da Ajuda de Custo**

Art. 53. ....

### **Subseção II**

#### **Das Diárias**

Art. 58. ....

### **Subseção III**

#### **Da Indenização de Transporte**

Art. 60. ....

## **Seção II**

### **Das Gratificações e Adicionais**

---

Art. 61. ....

### **Subseção I**

#### **Da Retribuição pelo Exercício de Função de Direção, Chefia e Assessoramento (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)**

Art. 62. ....

### **Subseção II**

#### **Da Gratificação Natalina**

Art. 63. ....

### **Subseção III**

#### **Do Adicional por Tempo de Serviço**

Art. 67. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 2001, respeitadas as situações constituídas até 8.3.1999)

## **Subseção IV**

### **Dos Adicionais de Insalubridade, Periculosidade ou Atividades Penosas**

Art. 68. Os servidores que trabalhem com habitualidade em locais insalubres ou em contato permanente com substâncias tóxicas, radioativas ou com risco de vida, fazem jus a um adicional sobre o vencimento do cargo efetivo.

§ 1º O servidor que fizer jus aos adicionais de insalubridade e de periculosidade deverá optar por um deles.

§ 2º O direito ao adicional de insalubridade ou periculosidade cessa com a eliminação das condições ou dos riscos que deram causa a sua concessão.

Art. 69. Haverá permanente controle da atividade de servidores em operações ou locais considerados penosos, insalubres ou perigosos.

Parágrafo único. A servidora gestante ou lactante será afastada, enquanto durar a gestação e a lactação, das operações e locais previstos neste artigo, exercendo suas atividades em local salubre e em serviço não penoso e não perigoso.

Art. 70. Na concessão dos adicionais de atividades penosas, de insalubridade e de periculosidade, serão observadas as situações estabelecidas em legislação específica.

Art. 71. O adicional de atividade penosa será devido aos servidores em exercício em zonas de fronteira ou em localidades cujas condições de vida o justifiquem, nos termos, condições e limites fixados em regulamento.

Art. 72. Os locais de trabalho e os servidores que operam com Raios X ou substâncias radioativas serão mantidos sob controle permanente, de modo que as doses de radiação ionizante não ultrapassem o nível máximo previsto na legislação própria.

Parágrafo único. Os servidores a que se refere este artigo serão submetidos a exames médicos a cada 6 (seis) meses.

## **Subseção V**

### **Do Adicional por Serviço Extraordinário**

Art. 73. ....

## **Subseção VI**

### **Do Adicional Noturno**

Art. 75.....

## **Subseção VII**

### **Do Adicional de Férias**

Art. 76. ....

## **Subseção VIII**

### **Da Gratificação por Encargo de Curso ou Concurso (Incluído pela Lei nº 11.314 de 2006)**

Art. 76-A. ....

## **Das Férias**

Art. 77. ....

Art. 80. As férias somente poderão ser interrompidas por motivo de calamidade pública, comoção interna, convocação para júri, serviço militar ou eleitoral, ou por necessidade do serviço declarada pela autoridade máxima do órgão ou entidade.(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Parágrafo único. O restante do período interrompido será gozado de uma só vez, observado o disposto no art. 77. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

## Capítulo IV

### Das Licenças

#### Seção I

##### Disposições Gerais

---

Art. 81. Conceder-se-á ao servidor licença:

- I - por motivo de doença em pessoa da família;
- II - por motivo de afastamento do cônjuge ou companheiro;
- III - para o serviço militar;
- IV - para atividade política;
- V - para capacitação; (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)
- VI - para tratar de interesses particulares;
- VII - para desempenho de mandato classista.

§ 1º A licença prevista no inciso I do caput deste artigo bem como cada uma de suas prorrogações serão precedidas de exame por perícia médica oficial, observado o disposto no art. 204 desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 2º (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º É vedado o exercício de atividade remunerada durante o período da licença prevista no inciso I deste artigo.

Art. 82. A licença concedida dentro de 60 (sessenta) dias do término de outra da mesma espécie será considerada como prorrogação.

#### Seção II

##### Da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

---

Art. 83. Poderá ser concedida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado, ou dependente que viva a suas expensas e conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação por perícia médica oficial. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 1º A licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário, na forma do disposto no inciso II do art. 44. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º A licença de que trata o caput, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida a cada período de doze meses nas seguintes condições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 479, de 2009)

I - por até sessenta dias, consecutivos ou não, mantida a remuneração do servidor; e (Incluído pela Medida Provisória nº 479, de 2009)

II - por até noventa dias, consecutivos ou não, sem remuneração. (Incluído pela Medida Provisória nº 479, de 2009)

§ 3º O início do interstício de doze meses será contado a partir da data do deferimento da primeira licença concedida. (Redação dada pela Medida Provisória nº 479, de 2009)

§ 4º A soma das licenças remuneradas e das licenças não remuneradas, incluídas as respectivas prorrogações, concedidas em um mesmo período de doze meses, observado o disposto no § 3º, não poderá ultrapassar os limites estabelecidos nos incisos I e II do § 2º. (Incluído pela Medida Provisória nº 479, de 2009)

### **Seção III**

#### **Da Licença por Motivo de Afastamento do Cônjuge**

---

Art. 84. Poderá ser concedida licença ao servidor para acompanhar cônjuge ou companheiro que foi deslocado para outro ponto do território nacional, para o exterior ou para o exercício de mandato eletivo dos Poderes Executivo e Legislativo.

§ 1º A licença será por prazo indeterminado e sem remuneração.

§ 2º No deslocamento de servidor cujo cônjuge ou companheiro também seja servidor público, civil ou militar, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, poderá haver exercício provisório em órgão ou entidade da Administração Federal direta, autárquica ou fundacional, desde que para o exercício

de atividade compatível com o seu cargo. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

#### **Seção IV**

##### **Da Licença para o Serviço Militar**

---

Art. 85. ....

#### **Seção V**

##### **Da Licença para Atividade Política**

---

Art. 86. ....

#### **Seção VI**

##### **Da Licença para Capacitação**

(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

---

Art. 87. ....

#### **Seção VII**

##### **Da Licença para Tratar de Interesses Particulares**

---

Art. 91. A critério da Administração, poderão ser concedidas ao servidor ocupante de cargo efetivo, desde que não esteja em estágio probatório, licenças para o trato de assuntos particulares pelo prazo de até três anos consecutivos, sem remuneração. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

Parágrafo único. A licença poderá ser interrompida, a qualquer tempo, a pedido do servidor ou no interesse do serviço. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.225-45, de 4.9.2001)

#### **Seção VIII**

##### **Da Licença para o Desempenho de Mandato Classista**

---

Art.92. ....

## **Capítulo V**

### Dos Afastamentos

#### **Seção I**

##### **Do Afastamento para Servir a Outro Órgão ou Entidade**

---

Art. 93. ....

#### **Seção II**

##### **Do Afastamento para Exercício de Mandato Eletivo**

---

Art. 94. ....

#### **Seção III**

##### **Do Afastamento para Estudo ou Missão no Exterior**

---

Art. 95. ....

## **Capítulo VI**

### Das Concessões

Art. 97. Sem qualquer prejuízo, poderá o servidor ausentar-se do serviço:

I - por 1 (um) dia, para doação de sangue;

II - por 2 (dois) dias, para se alistar como eleitor;

III - por 8 (oito) dias consecutivos em razão de :

a) casamento;

b) falecimento do cônjuge, companheiro, pais, madrasta ou padrasto, filhos, enteados, menor sob guarda ou tutela e irmãos.

Art. 98. Será concedido horário especial ao servidor estudante, quando comprovada a incompatibilidade entre o horário escolar e o da repartição, sem prejuízo do exercício do cargo.

§ 1º Para efeito do disposto neste artigo, será exigida a compensação de horário no órgão ou entidade que tiver exercício, respeitada a



duração semanal do trabalho. (Parágrafo renumerado e alterado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º Também será concedido horário especial ao servidor portador de deficiência, quando comprovada a necessidade por junta médica oficial, independentemente de compensação de horário. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º As disposições do parágrafo anterior são extensivas ao servidor que tenha cônjuge, filho ou dependente portador de deficiência física, exigindo-se, porém, neste caso, compensação de horário na forma do inciso II do art. 44. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 4º Será igualmente concedido horário especial, vinculado à compensação de horário a ser efetivada no prazo de até 1 (um) ano, ao servidor que desempenhe atividade prevista nos incisos I e II do caput do art. 76-A desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 11.501, de 2007)

Art. 99. Ao servidor estudante que mudar de sede no interesse da administração é assegurada, na localidade da nova residência ou na mais próxima, matrícula em instituição de ensino congênera, em qualquer época, independentemente de vaga.

Parágrafo único. O disposto neste artigo estende-se ao cônjuge ou companheiro, aos filhos, ou enteados do servidor que vivam na sua companhia, bem como aos menores sob sua guarda, com autorização judicial.

## **Capítulo VII**

### **Do Tempo de Serviço**

Art. 100. É contado para todos os efeitos o tempo de serviço público federal, inclusive o prestado às Forças Armadas.

Art. 101. A apuração do tempo de serviço será feita em dias, que serão convertidos em anos, considerado o ano como de trezentos e sessenta e cinco dias.

Parágrafo único. (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 102. Além das ausências ao serviço previstas no art. 97, são considerados como de efetivo exercício os afastamentos em virtude de:

I - férias;

II - exercício de cargo em comissão ou equivalente, em órgão ou entidade dos Poderes da União, dos Estados, Municípios e Distrito Federal;

III - exercício de cargo ou função de governo ou administração, em qualquer parte do território nacional, por nomeação do Presidente da República;

IV - participação em programa de treinamento regularmente instituído ou em programa de pós-graduação stricto sensu no País, conforme dispuser o regulamento; (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

V - desempenho de mandato eletivo federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, exceto para promoção por merecimento;

VI - júri e outros serviços obrigatórios por lei;

VII - missão ou estudo no exterior, quando autorizado o afastamento, conforme dispuser o regulamento; (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

VIII - licença:

a) à gestante, à adotante e à paternidade;

b) para tratamento da própria saúde, até o limite de vinte e quatro meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo; (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

c) para o desempenho de mandato classista ou participação de gerência ou administração em sociedade cooperativa constituída por servidores para prestar serviços a seus membros, exceto para efeito de promoção por merecimento; (Redação dada pela Lei nº 11.094, de 2005)

d) por motivo de acidente em serviço ou doença profissional;

e) para capacitação, conforme dispuser o regulamento; (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

f) por convocação para o serviço militar;

IX - deslocamento para a nova sede de que trata o art. 18;

X - participação em competição desportiva nacional ou convocação para integrar representação desportiva nacional, no País ou no exterior, conforme disposto em lei específica;

XI - afastamento para servir em organismo internacional de que o Brasil participe ou com o qual coopere. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 103. Contar-se-á apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade:

I - o tempo de serviço público prestado aos Estados, Municípios e Distrito Federal;

II - a licença para tratamento de saúde de pessoal da família do servidor, com remuneração, que exceder a trinta dias em período de doze meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 479, de 2009)

III - a licença para atividade política, no caso do art. 86, § 2º;

IV - o tempo correspondente ao desempenho de mandato eletivo federal, estadual, municipal ou distrital, anterior ao ingresso no serviço público federal;

V - o tempo de serviço em atividade privada, vinculada à Previdência Social;

VI - o tempo de serviço relativo a tiro de guerra;

VII - o tempo de licença para tratamento da própria saúde que exceder o prazo a que se refere a alínea "b" do inciso VIII do art. 102. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 1º O tempo em que o servidor esteve aposentado será contado apenas para nova aposentadoria.

§ 2º Será contado em dobro o tempo de serviço prestado às Forças Armadas em operações de guerra.

§ 3º É vedada a contagem cumulativa de tempo de serviço prestado concomitantemente em mais de um cargo ou função de órgão ou entidades dos Poderes da União, Estado, Distrito Federal e Município, autarquia, fundação pública, sociedade de economia mista e empresa pública.

## Capítulo VIII

### Do Direito de Petição

Art. 104. É assegurado ao servidor o direito de requerer aos Poderes Públicos, em defesa de direito ou interesse legítimo.

Art. 105. O requerimento será dirigido à autoridade competente para decidi-lo e encaminhado por intermédio daquela a que estiver imediatamente subordinado o requerente.

Art. 106. Cabe pedido de reconsideração à autoridade que houver expedido o ato ou proferido a primeira decisão, não podendo ser renovado.

Parágrafo único. O requerimento e o pedido de reconsideração de que tratam os artigos anteriores deverão ser despachados no prazo de 5 (cinco) dias e decididos dentro de 30 (trinta) dias.

Art. 107. Caberá recurso:

I - do indeferimento do pedido de reconsideração;

II - das decisões sobre os recursos sucessivamente interpostos.

§ 1º O recurso será dirigido à autoridade imediatamente superior à que tiver expedido o ato ou proferido a decisão, e, sucessivamente, em escala ascendente, às demais autoridades.

§ 2º O recurso será encaminhado por intermédio da autoridade a que estiver imediatamente subordinado o requerente.

Art. 108. O prazo para interposição de pedido de reconsideração ou de recurso é de 30 (trinta) dias, a contar da publicação ou da ciência, pelo interessado, da decisão recorrida.

Art. 109. O recurso poderá ser recebido com efeito suspensivo, a juízo da autoridade competente.

Parágrafo único. Em caso de provimento do pedido de reconsideração ou do recurso, os efeitos da decisão retroagirão à data do ato impugnado.

Art. 110. O direito de requerer prescreve:

I - em 5 (cinco) anos, quanto aos atos de demissão e de cassação de aposentadoria ou disponibilidade, ou que afetem interesse patrimonial e créditos resultantes das relações de trabalho;

II - em 120 (cento e vinte) dias, nos demais casos, salvo quando outro prazo for fixado em lei.

Parágrafo único. O prazo de prescrição será contado da data da publicação do ato impugnado ou da data da ciência pelo interessado, quando o ato não for publicado.

Art. 111. O pedido de reconsideração e o recurso, quando cabíveis, interrompem a prescrição.

Art. 112. A prescrição é de ordem pública, não podendo ser relevada pela administração.

Art. 113. Para o exercício do direito de petição, é assegurada vista do processo ou documento, na repartição, ao servidor ou a procurador por ele constituído.

Art. 114. A administração deverá rever seus atos, a qualquer tempo, quando eivados de ilegalidade.

Art. 115. São fatais e improrrogáveis os prazos estabelecidos neste Capítulo, salvo motivo de força maior.

## **Título IV**

### **Do Regime Disciplinar**

#### **Capítulo I**

##### **Dos Deveres**

Art. 116. São deveres do servidor:

I - exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo;

II - ser leal às instituições a que servir;

III - observar as normas legais e regulamentares;

IV - cumprir as ordens superiores, exceto quando manifestamente ilegais;

V - atender com presteza:

a) ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalvadas as protegidas por sigilo;

b) à expedição de certidões requeridas para defesa de direito ou esclarecimento de situações de interesse pessoal;

c) às requisições para a defesa da Fazenda Pública.

VI - levar ao conhecimento da autoridade superior as irregularidades de que tiver ciência em razão do cargo;

VII - zelar pela economia do material e a conservação do patrimônio público;

VIII - guardar sigilo sobre assunto da repartição;

IX - manter conduta compatível com a moralidade administrativa;

X - ser assíduo e pontual ao serviço;

XI - tratar com urbanidade as pessoas;

XII - representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder.

Parágrafo único. A representação de que trata o inciso XII será encaminhada pela via hierárquica e apreciada pela autoridade superior àquela contra a qual é formulada, assegurando-se ao representando ampla defesa.

## **Capítulo II**

### **Das Proibições**

Art. 117. ....

## **Capítulo III**

### **Da Acumulação**

Art. 118. ....

## **Capítulo IV**

### **Das Responsabilidades**

Art. 121. ....

## **Capítulo V**

### **Das Penalidades**

Art. 127. São penalidades disciplinares:

I - advertência;

II - suspensão;

III - demissão;

IV - cassação de aposentadoria ou disponibilidade;

V - destituição de cargo em comissão;

VI - destituição de função comissionada.

Art. 128. Na aplicação das penalidades serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o serviço público, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes funcionais.

Parágrafo único. O ato de imposição da penalidade mencionará sempre o fundamento legal e a causa da sanção disciplinar. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 129. A advertência será aplicada por escrito, nos casos de violação de proibição constante do art. 117, incisos I a VIII e XIX, e de inobservância de dever funcional previsto em lei, regulamentação ou norma interna, que não justifique imposição de penalidade mais grave. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 130. A suspensão será aplicada em caso de reincidência das faltas punidas com advertência e de violação das demais proibições que não tipifiquem infração sujeita a penalidade de demissão, não podendo exceder de 90 (noventa) dias.

§ 1º Será punido com suspensão de até 15 (quinze) dias o servidor que, injustificadamente, recusar-se a ser submetido a inspeção médica determinada pela autoridade competente, cessando os efeitos da penalidade uma vez cumprida a determinação.

§ 2º Quando houver conveniência para o serviço, a penalidade de suspensão poderá ser convertida em multa, na base de 50% (cinquenta por cento) por dia de vencimento ou remuneração, ficando o servidor obrigado a permanecer em serviço.

Art. 131. As penalidades de advertência e de suspensão terão seus registros cancelados, após o decurso de 3 (três) e 5 (cinco) anos de efetivo exercício, respectivamente, se o servidor não houver, nesse período, praticado nova infração disciplinar.

Parágrafo único. O cancelamento da penalidade não surtirá efeitos retroativos.

Art. 132. A demissão será aplicada nos seguintes casos:

- I - crime contra a administração pública;
- II - abandono de cargo;
- III - inassiduidade habitual;
- IV - improbidade administrativa;
- V - incontinência pública e conduta escandalosa, na repartição;
- VI - insubordinação grave em serviço;
- VII - ofensa física, em serviço, a servidor ou a particular, salvo em legítima defesa própria ou de outrem;
- VIII - aplicação irregular de dinheiros públicos;
- IX - revelação de segredo do qual se apropriou em razão do cargo;
- X - lesão aos cofres públicos e dilapidação do patrimônio nacional;
- XI - corrupção;
- XII - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;



XIII - transgressão dos incisos IX a XVI do art. 117.

Art. 133. Detectada a qualquer tempo a acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas, a autoridade a que se refere o art. 143 notificará o servidor, por intermédio de sua chefia imediata, para apresentar opção no prazo improrrogável de dez dias, contados da data da ciência e, na hipótese de omissão, adotará procedimento sumário para a sua apuração e regularização imediata, cujo processo administrativo disciplinar se desenvolverá nas seguintes fases:(Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

I - instauração, com a publicação do ato que constituir a comissão, a ser composta por dois servidores estáveis, e simultaneamente indicar a autoria e a materialidade da transgressão objeto da apuração; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

II - instrução sumária, que compreende indicição, defesa e relatório; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

III - julgamento. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 1º A indicação da autoria de que trata o inciso I dar-se-á pelo nome e matrícula do servidor, e a materialidade pela descrição dos cargos, empregos ou funções públicas em situação de acumulação ilegal, dos órgãos ou entidades de vinculação, das datas de ingresso, do horário de trabalho e do correspondente regime jurídico. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2º A comissão lavrará, até três dias após a publicação do ato que a constituiu, termo de indicição em que serão transcritas as informações de que trata o parágrafo anterior, bem como promoverá a citação pessoal do servidor indiciado, ou por intermédio de sua chefia imediata, para, no prazo de cinco dias, apresentar defesa escrita, assegurando-se-lhe vista do processo na repartição, observado o disposto nos arts. 163 e 164. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º Apresentada a defesa, a comissão elaborará relatório conclusivo quanto à inocência ou à responsabilidade do servidor, em que

resumirá as peças principais dos autos, opinará sobre a licitude da acumulação em exame, indicará o respectivo dispositivo legal e remeterá o processo à autoridade instauradora, para julgamento. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 4º No prazo de cinco dias, contados do recebimento do processo, a autoridade julgadora proferirá a sua decisão, aplicando-se, quando for o caso, o disposto no § 3º do art. 167. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 5º A opção pelo servidor até o último dia de prazo para defesa configurará sua boa-fé, hipótese em que se converterá automaticamente em pedido de exoneração do outro cargo. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 6º Caracterizada a acumulação ilegal e provada a má-fé, aplicar-se-á a pena de demissão, destituição ou cassação de aposentadoria ou disponibilidade em relação aos cargos, empregos ou funções públicas em regime de acumulação ilegal, hipótese em que os órgãos ou entidades de vinculação serão comunicados. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 7º O prazo para a conclusão do processo administrativo disciplinar submetido ao rito sumário não excederá trinta dias, contados da data de publicação do ato que constituir a comissão, admitida a sua prorrogação por até quinze dias, quando as circunstâncias o exigirem. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 8º O procedimento sumário rege-se pelas disposições deste artigo, observando-se, no que lhe for aplicável, subsidiariamente, as disposições dos Títulos IV e V desta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 134. Será cassada a aposentadoria ou a disponibilidade do inativo que houver praticado, na atividade, falta punível com a demissão.

Art. 135. A destituição de cargo em comissão exercido por não ocupante de cargo efetivo será aplicada nos casos de infração sujeita às penalidades de suspensão e de demissão.

Parágrafo único. Constatada a hipótese de que trata este artigo, a exoneração efetuada nos termos do art. 35 será convertida em destituição de cargo em comissão.

Art. 136. A demissão ou a destituição de cargo em comissão, nos casos dos incisos IV, VIII, X e XI do art. 132, implica a indisponibilidade dos bens e o ressarcimento ao erário, sem prejuízo da ação penal cabível.

Art. 137. A demissão ou a destituição de cargo em comissão, por infringência do art. 117, incisos IX e XI, incompatibiliza o ex-servidor para nova investidura em cargo público federal, pelo prazo de 5 (cinco) anos.

Parágrafo único. Não poderá retornar ao serviço público federal o servidor que for demitido ou destituído do cargo em comissão por infringência do art. 132, incisos I, IV, VIII, X e XI.

Art. 138. Configura abandono de cargo a ausência intencional do servidor ao serviço por mais de trinta dias consecutivos.

Art. 139. Entende-se por inassiduidade habitual a falta ao serviço, sem causa justificada, por sessenta dias, interpoladamente, durante o período de doze meses.

Art. 140. Na apuração de abandono de cargo ou inassiduidade habitual, também será adotado o procedimento sumário a que se refere o art. 133, observando-se especialmente que: (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

I - a indicação da materialidade dar-se-á: (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

- a) na hipótese de abandono de cargo, pela indicação precisa do período de ausência intencional do servidor ao serviço superior a trinta dias; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)
- b) no caso de inassiduidade habitual, pela indicação dos dias de falta ao serviço sem causa justificada, por período igual ou superior a sessenta dias interpoladamente, durante o período de doze meses; (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

II - após a apresentação da defesa a comissão elaborará relatório conclusivo quanto à inocência ou à responsabilidade do servidor, em que resumirá as peças principais dos autos, indicará o respectivo dispositivo legal, opinará, na hipótese de abandono de cargo, sobre a intencionalidade da ausência ao serviço superior a trinta dias e remeterá o processo à autoridade instauradora para julgamento. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 141. As penalidades disciplinares serão aplicadas:

I - pelo Presidente da República, pelos Presidentes das Casas do Poder Legislativo e dos Tribunais Federais e pelo Procurador-Geral da República, quando se tratar de demissão e cassação de aposentadoria ou disponibilidade de servidor vinculado ao respectivo Poder, órgão, ou entidade;

II - pelas autoridades administrativas de hierarquia imediatamente inferior àquelas mencionadas no inciso anterior quando se tratar de suspensão superior a 30 (trinta) dias;

III - pelo chefe da repartição e outras autoridades na forma dos respectivos regimentos ou regulamentos, nos casos de advertência ou de suspensão de até 30 (trinta) dias;

IV - pela autoridade que houver feito a nomeação, quando se tratar de destituição de cargo em comissão.

Art. 142. A ação disciplinar prescreverá:

I - em 5 (cinco) anos, quanto às infrações puníveis com demissão, cassação de aposentadoria ou disponibilidade e destituição de cargo em comissão;

II - em 2 (dois) anos, quanto à suspensão;

III - em 180 (cento e oitenta) dias, quanto á advertência.

§ 1º O prazo de prescrição começa a correr da data em que o fato se tornou conhecido.

§ 2º Os prazos de prescrição previstos na lei penal aplicam-se às infrações disciplinares capituladas também como crime.

§ 3º A abertura de sindicância ou a instauração de processo disciplinar interrompe a prescrição, até a decisão final proferida por autoridade competente.

§ 4º Interrompido o curso da prescrição, o prazo começará a correr a partir do dia em que cessar a interrupção.

## **Título V**

### **Do Processo Administrativo Disciplinar**

#### **Capítulo I**

##### **Disposições Gerais**

Art. 143. ....

#### **Capítulo II**

##### **Do Afastamento Preventivo**

Art. 147. ....

#### **Capítulo III**

##### **Do Processo Disciplinar**

Art. 148. ....

#### **Seção I**

##### **Do Inquérito**

---

Art. 153. ....

Art. 160. Quando houver dúvida sobre a sanidade mental do acusado, a comissão proporá à autoridade competente que ele seja submetido a exame por junta médica oficial, da qual participe pelo menos um médico psiquiatra.

Parágrafo único. O incidente de sanidade mental será processado em auto apartado e apenso ao processo principal, após a expedição do laudo pericial.

Art. 161. ....

## **Seção II**

### **Do Julgamento**

---

Art. 167. ....

## **Seção III**

### **Da Revisão do Processo**

---

Art. 174. ....

## **Título VI**

### **Da Seguridade Social do Servidor**

#### **Capítulo I**

##### **Disposições Gerais**

Art. 183. ....

#### **Capítulo II**

##### **Dos Benefícios**

#### **Seção I**

##### **Da Aposentadoria**

---

Art. 186. O servidor será aposentado: (Vide art. 40 da Constituição)

I - por invalidez permanente, sendo os proventos integrais quando decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificada em lei, e proporcionais nos demais casos;

II - compulsoriamente, aos setenta anos de idade, com proventos proporcionais ao tempo de serviço;

III - voluntariamente:

a) aos 35 (trinta e cinco) anos de serviço, se homem, e aos 30 (trinta) se mulher, com proventos integrais;

b) aos 30 (trinta) anos de efetivo exercício em funções de magistério

se professor, e 25 (vinte e cinco) se professora, com proventos integrais;

c) aos 30 (trinta) anos de serviço, se homem, e aos 25 (vinte e cinco) se mulher, com proventos proporcionais a esse tempo;

d) aos 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e aos 60 (sessenta) se mulher, com proventos proporcionais ao tempo de serviço.

§ 1º Consideram-se doenças graves, contagiosas ou incuráveis, a que se refere o inciso I deste artigo, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível e incapacitante, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante), Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS, e outras que a lei indicar, com base na medicina especializada.

§ 2º Nos casos de exercício de atividades consideradas insalubres ou perigosas, bem como nas hipóteses previstas no art. 71, a aposentadoria de que trata o inciso III, "a" e "c", observará o disposto em lei específica.

§ 3º Na hipótese do inciso I o servidor será submetido à junta médica oficial, que atestará a invalidez quando caracterizada a incapacidade para o desempenho das atribuições do cargo ou a impossibilidade de se aplicar o disposto no art. 24. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 187. A aposentadoria compulsória será automática, e declarada por ato, com vigência a partir do dia imediato àquele em que o servidor atingir a idade-limite de permanência no serviço ativo.

Art. 188. A aposentadoria voluntária ou por invalidez vigorará a partir da data da publicação do respectivo ato.

§ 1º A aposentadoria por invalidez será precedida de licença para tratamento de saúde, por período não excedente a 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º Expirado o período de licença e não estando em condições de reassumir o cargo ou de ser readaptado, o servidor será aposentado.

§ 3º O lapso de tempo compreendido entre o término da licença e a publicação do ato da aposentadoria será considerado como de prorrogação da licença.

§ 4º Para os fins do disposto no § 1º deste artigo, serão consideradas apenas as licenças motivadas pela enfermidade ensejadora da invalidez ou doenças correlacionadas. (Incluído pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 5º A critério da Administração, o servidor em licença para tratamento de saúde ou aposentado por invalidez poderá ser convocado a qualquer momento, para avaliação das condições que ensejaram o afastamento ou a aposentadoria. (Incluído pela Lei nº 11.907, de 2009)

Art. 189. O provento da aposentadoria será calculado com observância do disposto no § 3º do art. 41, e revisto na mesma data e proporção, sempre que se modificar a remuneração dos servidores em atividade.

Parágrafo único. São estendidos aos inativos quaisquer benefícios ou vantagens posteriormente concedidas aos servidores em atividade, inclusive quando decorrentes de transformação ou reclassificação do cargo ou função em que se deu a aposentadoria.

Art. 190. O servidor aposentado com provento proporcional ao tempo de serviço se acometido de qualquer das moléstias especificadas no § 1º do art. 186 desta Lei e, por esse motivo, for considerado inválido por junta médica oficial passará a perceber provento integral, calculado com base no fundamento legal de concessão da aposentadoria. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

Art. 191. Quando proporcional ao tempo de serviço, o provento não será inferior a 1/3 (um terço) da remuneração da atividade.

Art. 192. (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 193. (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)



Art. 194. Ao servidor aposentado será paga a gratificação natalina, até o dia vinte do mês de dezembro, em valor equivalente ao respectivo provento, deduzido o adiantamento recebido.

Art. 195. Ao ex-combatente que tenha efetivamente participado de operações bélicas, durante a Segunda Guerra Mundial, nos termos da Lei nº 5.315, de 12 de setembro de 1967, será concedida aposentadoria com provento integral, aos 25 (vinte e cinco) anos de serviço efetivo.

## **Seção II**

### **Do Auxílio-Natalidade**

---

Art. 196. O auxílio-natalidade é devido à servidora por motivo de nascimento de filho, em quantia equivalente ao menor vencimento do serviço público, inclusive no caso de natimorto.

§ 1º Na hipótese de parto múltiplo, o valor será acrescido de 50% (cinquenta por cento), por nascituro.

§ 2º O auxílio será pago ao cônjuge ou companheiro servidor público, quando a parturiente não for servidora.

## **Seção III**

### **Do Salário-Família**

---

Art. 197. O salário-família é devido ao servidor ativo ou ao inativo, por dependente econômico.

Parágrafo único. Consideram-se dependentes econômicos para efeito de percepção do salário-família:

I - o cônjuge ou companheiro e os filhos, inclusive os enteados até 21 (vinte e um) anos de idade ou, se estudante, até 24 (vinte e quatro) anos ou, se inválido, de qualquer idade;

II - o menor de 21 (vinte e um) anos que, mediante autorização judicial, viver na companhia e às expensas do servidor, ou do inativo;

III - a mãe e o pai sem economia própria.

.....

## Seção IV

### Da Licença para Tratamento de Saúde

---

Art. 202. Será concedida ao servidor licença para tratamento de saúde, a pedido ou de ofício, com base em perícia médica, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus.

Art. 203. A licença de que trata o art. 202 desta Lei será concedida com base em perícia oficial. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 1º Sempre que necessário, a inspeção médica será realizada na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar onde se encontrar internado.

§ 2º Inexistindo médico no órgão ou entidade no local onde se encontra ou tenha exercício em caráter permanente o servidor, e não se configurando as hipóteses previstas nos parágrafos do art. 230, será aceito atestado passado por médico particular. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3º No caso do § 2º deste artigo, o atestado somente produzirá efeitos depois de recepcionado pela unidade de recursos humanos do órgão ou entidade. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 4º A licença que exceder o prazo de 120 (cento e vinte) dias no período de 12 (doze) meses a contar do primeiro dia de afastamento será concedida mediante avaliação por junta médica oficial. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

§ 5º A perícia oficial para concessão da licença de que trata o caput deste artigo, bem como nos demais casos de perícia oficial previstos nesta Lei, será efetuada por cirurgiões-dentistas, nas hipóteses em que abranger o campo de atuação da odontologia. (Incluído pela Lei nº 11.907, de 2009)

Art. 204. A licença para tratamento de saúde inferior a 15 (quinze) dias, dentro de 1 (um) ano, poderá ser dispensada de perícia oficial, na forma definida em regulamento. (Redação dada pela Lei nº 11.907, de 2009)

Art. 205. O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas

por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, § 1º.

Art. 206. O servidor que apresentar indícios de lesões orgânicas ou funcionais será submetido a inspeção médica.

Art. 206-A. O servidor será submetido a exames médicos periódicos, nos termos e condições definidos em regulamento. (Incluído pela Lei nº 11.907, de 2009) (Regulamento).

## **Seção V**

### **Da Licença à Gestante, à Adotante e da Licença-Paternidade**

---

Art. 207. Será concedida licença à servidora gestante por 120 (cento e vinte) dias consecutivos, sem prejuízo da remuneração. (Vide Decreto nº 6.690, de 2008)

§ 1º A licença poderá ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica.

§ 2º No caso de nascimento prematuro, a licença terá início a partir do parto.

§ 3º No caso de natimorto, decorridos 30 (trinta) dias do evento, a servidora será submetida a exame médico, e se julgada apta, reassumirá o exercício.

§ 4º No caso de aborto atestado por médico oficial, a servidora terá direito a 30 (trinta) dias de repouso remunerado.

Art. 208. Pelo nascimento ou adoção de filhos, o servidor terá direito à licença-paternidade de 5 (cinco) dias consecutivos.

Art. 209. Para amamentar o próprio filho, até a idade de seis meses, a servidora lactante terá direito, durante a jornada de trabalho, a uma hora de descanso, que poderá ser parcelada em dois períodos de meia hora.

Art. 210. À servidora que adotar ou obtiver guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade, serão concedidos 90 (noventa) dias de licença remunerada. (Vide Decreto nº 6.691, de 2008)

Parágrafo único. No caso de adoção ou guarda judicial de criança com mais de 1 (um) ano de idade, o prazo de que trata este artigo será de 30 (trinta) dias.

## **Seção VI**

### **Da Licença por Acidente em Serviço**

---

Art. 211. Será licenciado, com remuneração integral, o servidor acidentado em serviço.

Art. 212. Configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Parágrafo único. Equipara-se ao acidente em serviço o dano:

I - decorrente de agressão sofrida e não provocada pelo servidor no exercício do cargo;

II - sofrido no percurso da residência para o trabalho e vice-versa.

Art. 213. O servidor acidentado em serviço que necessite de tratamento especializado poderá ser tratado em instituição privada, à conta de recursos públicos.

Parágrafo único. O tratamento recomendado por junta médica oficial constitui medida de exceção e somente será admissível quando inexisterem meios e recursos adequados em instituição pública.

Art. 214. A prova do acidente será feita no prazo de 10 (dez) dias, prorrogável quando as circunstâncias o exigirem.

## **Seção VII**

### **Da Pensão**

---

Art. 215. Por morte do servidor, os dependentes fazem jus a uma pensão mensal de valor correspondente ao da respectiva remuneração ou provento, a partir da data do óbito, observado o limite estabelecido no art. 42.

Art. 216. As pensões distinguem-se, quanto à natureza, em vitalícias e temporárias.

§ 1º A pensão vitalícia é composta de cota ou cotas permanentes, que somente se extinguem ou revertem com a morte de seus beneficiários.

§ 2º A pensão temporária é composta de cota ou cotas que podem se extinguir ou reverter por motivo de morte, cessação de invalidez ou maioridade do beneficiário.

Art. 217. São beneficiários das pensões:

I - vitalícia:

- a) o cônjuge;
- b) a pessoa desquitada, separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;
- c) o companheiro ou companheira designado que comprove união estável como entidade familiar;
- d) a mãe e o pai que comprovem dependência econômica do servidor;
- e) a pessoa designada, maior de 60 (sessenta) anos e a pessoa portadora de deficiência, que vivam sob a dependência econômica do servidor;

II - temporária:

- a) os filhos, ou enteados, até 21 (vinte e um) anos de idade, ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- b) o menor sob guarda ou tutela até 21 (vinte e um) anos de idade;
- c) o irmão órfão, até 21 (vinte e um) anos, e o inválido, enquanto durar a invalidez, que comprovem dependência econômica do servidor;
- d) a pessoa designada que viva na dependência econômica do servidor, até 21 (vinte e um) anos, ou, se inválida, enquanto durar a invalidez.

§ 1º A concessão de pensão vitalícia aos beneficiários de que tratam as alíneas "a" e "c" do inciso I deste artigo exclui desse direito os demais beneficiários referidos nas alíneas "d" e "e".

§ 2º A concessão da pensão temporária aos beneficiários de que tratam as alíneas “a” e “b” do inciso II deste artigo exclui desse direito os demais beneficiários referidos nas alíneas “c” e “d”.

Art. 218. A pensão será concedida integralmente ao titular da pensão vitalícia, exceto se existirem beneficiários da pensão temporária.

§ 1º Ocorrendo habilitação de vários titulares à pensão vitalícia, o seu valor será distribuído em partes iguais entre os beneficiários habilitados.

§ 2º Ocorrendo habilitação às pensões vitalícia e temporária, metade do valor caberá ao titular ou titulares da pensão vitalícia, sendo a outra metade rateada em partes iguais, entre os titulares da pensão temporária.

§ 3º Ocorrendo habilitação somente à pensão temporária, o valor integral da pensão será rateado, em partes iguais, entre os que se habilitarem.

Art. 219. A pensão poderá ser requerida a qualquer tempo, prescrevendo tão-somente as prestações exigíveis há mais de 5 (cinco) anos.

Parágrafo único. Concedida a pensão, qualquer prova posterior ou habilitação tardia que implique exclusão de beneficiário ou redução de pensão só produzirá efeitos a partir da data em que for oferecida.

Art. 220. Não faz jus à pensão o beneficiário condenado pela prática de crime doloso de que tenha resultado a morte do servidor.

Art. 221. Será concedida pensão provisória por morte presumida do servidor, nos seguintes casos:

- I - declaração de ausência, pela autoridade judiciária competente;
- II - desaparecimento em desabamento, inundação, incêndio ou acidente não caracterizado como em serviço;
- III - desaparecimento no desempenho das atribuições do cargo ou em missão de segurança.

Parágrafo único. A pensão provisória será transformada em vitalícia ou temporária, conforme o caso, decorridos 5 (cinco) anos de sua vigência, ressalvado o eventual reaparecimento do servidor, hipótese em que o benefício será automaticamente cancelado.

Art. 222. Acarreta perda da qualidade de beneficiário:

I - o seu falecimento;

II - a anulação do casamento, quando a decisão ocorrer após a concessão da pensão ao cônjuge;

III - a cessação de invalidez, em se tratando de beneficiário inválido;

IV - a maioridade de filho, irmão órfão ou pessoa designada, aos 21 (vinte e um) anos de idade;

V - a acumulação de pensão na forma do art. 225;

VI - a renúncia expressa.

Parágrafo único. A critério da Administração, o beneficiário de pensão temporária motivada por invalidez poderá ser convocado a qualquer momento para avaliação das condições que ensejaram a concessão do benefício. (Incluído pela Lei nº 11.907, de 2009)

Art. 223. Por morte ou perda da qualidade de beneficiário, a respectiva cota reverterá:

I - da pensão vitalícia para os remanescentes desta pensão ou para os titulares da pensão temporária, se não houver pensionista remanescente da pensão vitalícia;

II - da pensão temporária para os co-beneficiários ou, na falta destes, para o beneficiário da pensão vitalícia.

Art. 224. As pensões serão automaticamente atualizadas na mesma data e na mesma proporção dos reajustes dos vencimentos dos servidores, aplicando-se o disposto no parágrafo único do art. 189.

Art. 225. Ressalvado o direito de opção, é vedada a percepção cumulativa de mais de duas pensões.

## **Seção VIII**

### **Do Auxílio-Funeral**

---

Art. 226. ....

## **Seção IX**

### **Do Auxílio-Reclusão**

---

Art. 229.....

## **Capítulo III**

### **Da Assistência à Saúde**

---

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento. (Redação dada pela Lei nº 11.302 de 2006)

§ 1o Nas hipóteses previstas nesta Lei em que seja exigida perícia, avaliação ou inspeção médica, na ausência de médico ou junta médica oficial, para a sua realização o órgão ou entidade celebrará, preferencialmente, convênio com unidades de atendimento do sistema público de saúde, entidades sem fins lucrativos declaradas de utilidade pública, ou com o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 2o Na impossibilidade, devidamente justificada, da aplicação do disposto no parágrafo anterior, o órgão ou entidade promoverá a contratação da prestação de serviços por pessoa jurídica, que constituirá junta médica especificamente para esses fins, indicando os nomes e especialidades dos seus integrantes, com a comprovação



de suas habilitações e de que não estejam respondendo a processo disciplinar junto à entidade fiscalizadora da profissão. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 3o Para os fins do disposto no caput deste artigo, ficam a União e suas entidades autárquicas e fundacionais autorizadas a: (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006)

I - celebrar convênios exclusivamente para a prestação de serviços de assistência à saúde para os seus servidores ou empregados ativos, aposentados, pensionistas, bem como para seus respectivos grupos familiares definidos, com entidades de autogestão por elas patrocinadas por meio de instrumentos jurídicos efetivamente celebrados e publicados até 12 de fevereiro de 2006 e que possuam autorização de funcionamento do órgão regulador, sendo certo que os convênios celebrados depois dessa data somente poderão sê-lo na forma da regulamentação específica sobre patrocínio de autogestões, a ser publicada pelo mesmo órgão regulador, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias da vigência desta Lei, normas essas também aplicáveis aos convênios existentes até 12 de fevereiro de 2006; (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006)

II - contratar, mediante licitação, na forma da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde que possuam autorização de funcionamento do órgão regulador; (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006)

III - (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006)

§ 4o (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006)

§ 5o O valor do ressarcimento fica limitado ao total despendido pelo servidor ou pensionista civil com plano ou seguro privado de assistência à saúde. (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006)

## **Capítulo IV**

### **Do Custeio**

Art. 231. (Revogado pela Lei nº 9.783, de 28.01.99)

## **Título VII**

### **Capítulo Único**

#### **Da Contratação Temporária de Excepcional Interesse Público**

Art. 232.....

## **Título VIII**

### **Capítulo Único**

#### **Das Disposições Gerais**

Art. 236. O Dia do Servidor Público será comemorado a vinte e oito de outubro.

Art. 237. Poderão ser instituídos, no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, os seguintes incentivos funcionais, além daqueles já previstos nos respectivos planos de carreira:

I - prêmios pela apresentação de idéias, inventos ou trabalhos que favoreçam o aumento de produtividade e a redução dos custos operacionais;

II - concessão de medalhas, diplomas de honra ao mérito, condecoração e elogio.

Art. 238. Os prazos previstos nesta Lei serão contados em dias corridos, excluindo-se o dia do começo e incluindo-se o do vencimento, ficando prorrogado, para o primeiro dia útil seguinte, o prazo vencido em dia em que não haja expediente.

Art. 239. Por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, o servidor não poderá ser privado de quaisquer dos seus direitos, sofrer discriminação em sua vida funcional, nem eximir-se do cumprimento de seus deveres.

Art. 240. Ao servidor público civil é assegurado, nos termos da Constituição Federal, o direito à livre associação sindical e os seguintes direitos, entre outros, dela decorrentes:

- a) de ser representado pelo sindicato, inclusive como substituto processual;
- b) de inamovibilidade do dirigente sindical, até um ano após o final do mandato, exceto se a pedido;
- c) de descontar em folha, sem ônus para a entidade sindical a que for filiado, o valor das mensalidades e contribuições definidas em assembléia geral da categoria.
- d) (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)
- e) (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 241. Consideram-se da família do servidor, além do cônjuge e filhos, quaisquer pessoas que vivam às suas expensas e constem do seu assentamento individual.

Parágrafo único. Equipara-se ao cônjuge a companheira ou companheiro, que comprove união estável como entidade familiar.

Art. 242. Para os fins desta Lei, considera-se sede o município onde a repartição estiver instalada e onde o servidor tiver exercício, em caráter permanente.

## **Título IX**

### **Capítulo Único**

#### **Das Disposições Transitórias e Finais**

Art. 243. Ficam submetidos ao regime jurídico instituído por esta Lei, na qualidade de servidores públicos, os servidores dos Poderes da União, dos ex-Territórios, das autarquias, inclusive as em regime especial, e das fundações públicas, regidos pela Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952 - Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, ou pela Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, exceto os contratados por prazo determinado, cujos contratos não poderão ser prorrogados após o vencimento do prazo de prorrogação.

§ 1º Os empregos ocupados pelos servidores incluídos no regime instituído por esta Lei ficam transformados em cargos, na data de sua publicação.

§ 2º As funções de confiança exercidas por pessoas não integrantes de tabela permanente do órgão ou entidade onde têm exercício ficam transformadas em cargos em comissão, e mantidas enquanto não for implantado o plano de cargos dos órgãos ou entidades na forma da lei.

§ 3º As Funções de Assessoramento Superior - FAS, exercidas por servidor integrante de quadro ou tabela de pessoal, ficam extintas na data da vigência desta Lei.

§ 4º (VETADO).

§ 5º O regime jurídico desta Lei é extensivo aos serventuários da Justiça, remunerados com recursos da União, no que couber.

§ 6º Os empregos dos servidores estrangeiros com estabilidade no serviço público, enquanto não adquirirem a nacionalidade brasileira, passarão a integrar tabela em extinção, do respectivo órgão ou entidade, sem prejuízo dos direitos inerentes aos planos de carreira aos quais se encontrem vinculados os empregos.

§ 7º Os servidores públicos de que trata o caput deste artigo, não amparados pelo art. 19 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, poderão, no interesse da Administração e conforme critérios estabelecidos em regulamento, ser exonerados mediante indenização de um mês de remuneração por ano de efetivo exercício no serviço público federal. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 8º Para fins de incidência do imposto de renda na fonte e na declaração de rendimentos, serão considerados como indenizações isentas os pagamentos efetuados a título de indenização prevista no parágrafo anterior. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

§ 9º Os cargos vagos em decorrência da aplicação do disposto no § 7º poderão ser extintos pelo Poder Executivo quando considerados desnecessários. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 244. Os adicionais por tempo de serviço, já concedidos aos servidores abrangidos por esta Lei, ficam transformados em anuênio.

Art. 245. A licença especial disciplinada pelo art. 116 da Lei nº 1.711, de 1952, ou por outro diploma legal, fica transformada em licença-prêmio por assiduidade, na forma prevista nos arts. 87 a 90.

Art. 246. (VETADO).

Art. 247. Para efeito do disposto no Título VI desta Lei, haverá ajuste de contas com a Previdência Social, correspondente ao período de contribuição por parte dos servidores celetistas abrangidos pelo art. 243. (Redação dada pela Lei nº 8.162, de 8.1.91)

Art. 248. As pensões estatutárias, concedidas até a vigência desta Lei, passam a ser mantidas pelo órgão ou entidade de origem do servidor.

Art. 249. Até a edição da lei prevista no § 1º do art. 231, os servidores abrangidos por esta Lei contribuirão na forma e nos percentuais atualmente estabelecidos para o servidor civil da União conforme regulamento próprio.

Art. 250. O servidor que já tiver satisfeito ou vier a satisfazer, dentro de 1 (um) ano, as condições necessárias para a aposentadoria nos termos do inciso II do art. 184 do antigo Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União, Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952, aposentar-se-á com a vantagem prevista naquele dispositivo. (Mantido pelo Congresso Nacional)

Art. 251. (Revogado pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 252. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir do primeiro dia do mês subsequente.

Art. 253. Ficam revogadas a Lei nº 1.711, de 28 de outubro de 1952, e respectiva legislação complementar, bem como as demais disposições em contrário.

Brasília, 11 de dezembro de 1990; 169ª da Independência e 102ª da República.

**FERNANDO COLLOR**

*Jarbas Passarinho*

## **b) Medida Provisória nº 479, de 30 de dezembro de 2009.**

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º .....

Art. 23. Os arts. 83, 96-A e 103 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 83. ....

§ 2º A licença de que trata o **caput**, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida a cada período de doze meses nas seguintes condições:

I - por até sessenta dias, consecutivos ou não, mantida a remuneração do servidor; e

II - por até noventa dias, consecutivos ou não, sem remuneração.

§ 3º O início do interstício de doze meses será contado a partir da data do deferimento da primeira licença concedida.

§ 4º A soma das licenças remuneradas e das licenças não remuneradas, incluídas as respectivas prorrogações, concedidas em um mesmo período de doze meses, observado o disposto no § 3º, não poderá ultrapassar os limites estabelecidos nos incisos I e II do § 2º.”

“Art. 96-A. ....

§ 3º Os afastamentos para realização de programas de pós-doutorado somente serão concedidos aos servidores titulares de cargos efetivo no respectivo órgão ou entidade há pelo menos quatro anos, incluído o período de estágio probatório, e que não tenham se afastado por licença para tratar de assuntos particulares ou com fundamento neste artigo, nos quatro anos anteriores à data da solicitação de afastamento.

.....”

“Art. 103. ....”

II - a licença para tratamento de saúde de pessoal da família do servidor, com remuneração, que exceder a trinta dias em período de doze meses.

.....”

Art. 24. Para fins de aplicação do disposto no § 3º do art. 83 da Lei nº 8.112, de 11 dezembro de 1990, com a redação dada por esta Medida Provisória, será considerado como início do interstício a data da primeira licença por motivo de doença em pessoa da família concedida a partir de 29 de dezembro de 2009.

Art. 25. O servidor titular de cargo de provimento efetivo, regido pela Lei nº 8.112, de 1990, pertencente aos quadros de pessoal de órgãos e entidades da Administração Pública Federal, enquanto estiver em exercício no âmbito do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, perceberá as gratificações a que faria jus em virtude da titularidade de seu cargo efetivo, calculada com base nas regras aplicáveis, como se estivesse em efetivo exercício no respectivo órgão ou entidade de lotação.

Parágrafo único. A atuação do servidor no ambiente físico de funcionamento das unidades do SIASS não implica mudança de órgão ou entidade de lotação ou de exercício.

Art. 26.

Art. 39. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de dezembro de 2009; 188ª da Independência e 121ª da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

*Paulo Bernardo Silva*

## **a) Decreto nº 977, de 10 de setembro de 1993.**

Dispõe sobre a assistência pré-escolar destinada aos dependentes dos servidores públicos da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e considerando o disposto no art. 54, inciso IV, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990,

### **Decreta:**

Art. 1º A assistência pré-escolar será prestada aos dependentes dos servidores públicos da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, nos termos do presente decreto.

Art. 2º Os órgãos e entidades da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional deverão adotar planos de assistência pré-escolar, destinados aos dependentes dos servidores, contemplando as formas de assistência a serem utilizadas: berçário, maternal, ou assemelhados, jardim de infância e pré-escola, quantitativo de beneficiários, previsão de custos e cotas-partes dos servidores beneficiados.

Parágrafo único. A Secretaria da Administração Federal da Presidência da República baixará ato normalizando os procedimentos a serem obedecidos pelos órgãos e entidades na elaboração dos respectivos planos de assistência pré-escolar.

Art. 3º A assistência pré-escolar de que trata este decreto tem por objetivo oferecer aos servidores, durante a jornada de trabalho, condições de atendimento aos seus dependentes, que propiciem:

- I - educação anterior ao 1º grau, com vistas ao desenvolvimento de sua personalidade e a sua integração ao ambiente social;
- II - condições para crescerem saudáveis, mediante assistência médica, alimentação e recreação adequadas;
- III - proteção à saúde, através da utilização de métodos próprios de vigilância sanitária e profilaxia;



IV - assistência afetiva, estímulos psicomotores e desenvolvimento de programas educativos específicos para cada faixa etária;

V - condições para que se desenvolvam de acordo com suas características individuais, oferecendo-lhes ambiente favorável ao desenvolvimento da liberdade de expressão e da capacidade de pensar com independência.

Art. 4º A assistência pré-escolar alcançará os dependentes na faixa etária compreendida desde o nascimento até seis anos de idade, em período integral ou parcial, a critério do servidor.

1º Consideram-se como dependentes para efeito da assistência pré-escolar o filho e o menor sob tutela do servidor, que se encontrem na faixa etária estabelecida no **caput** deste artigo.

2º Tratando-se de dependentes excepcionais, será considerada como limite para atendimento a idade mental, correspondente à fixada no **caput** deste artigo, comprovada mediante laudo médico.

Art. 5º O benefício de que trata este decreto não será:

I - percebido cumulativamente pelo servidor que exerça mais de um cargo em regime de acumulação;

II - deferido simultaneamente ao servidor e cônjuge, ou companheiro(a).

Parágrafo único. Na hipótese de divórcio ou separação judicial, o benefício será concedido ao servidor que mantiver a criança sob sua guarda.

Art. 6º Os planos de assistência pré-escolar serão custeados pelo órgão ou entidade e pelos servidores.

Art. 7º A assistência pré-escolar poderá ser prestada nas modalidades de assistência direta, através de creches próprias, e indireta, através de auxílio pré-escolar, que consiste em valor expresso em moeda referente ao mês em curso, que o servidor receberá do órgão ou entidade.

1º Fica vedada a criação de novas creches, maternais ou jardins de infância como unidades integrantes da estrutura organizacional do órgão ou entidade, podendo ser mantidas as já existentes, desde que atendam aos padrões exigidos a custos compatíveis com os do mercado.

2º Os contratos e convênios existentes à época da publicação deste decreto serão mantidos até o prazo final previsto nas cláusulas contratuais firmadas, vedada a prorrogação, ficando assegurada aos dependentes dos servidores a continuidade da assistência pré-escolar através da modalidade auxílio pré-escolar.

Art. 8º A Secretaria da Administração Federal da Presidência da República fixará e atualizará o valor-teto para a assistência pré-escolar, nas diversas localidades do País, considerando-se as diferenciações de valores das mensalidades escolares.

Parágrafo único. Entende-se como valor-teto o limite mensal máximo do benefício, expresso em unidade monetária, o qual será atualizado, tendo como base a legislação vigente, cuja periodicidade será definida pela Secretaria da Administração Federal da Presidência da República.

Art. 9º O valor-teto estabelecido, assim como as formas de participação (cota-parte) do servidor no custeio do benefício serão mantidas para todas as modalidades de atendimento previstas no art. 7º.

Parágrafo único. A cota-parte do servidor será proporcional ao nível de sua remuneração e, com sua anuência, consignada em folha de pagamento, de acordo com critérios gerais fixados pela Secretaria da Administração Federal da Presidência da República.

Art. 10. Os órgãos e entidades mencionados no art. 2º deverão incluir na proposta orçamentária anual os valores previstos para implantação e manutenção deste benefício, devendo, ainda, manter sistema de controle dos servidores beneficiários, com informações mensais sobre a evolução das despesas.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades deverão cadastrar os dependentes beneficiados junto ao Siape (Sistema Integrado de Administração de Pessoal), no prazo de 180 dias, contados da data de publicação deste decreto, para garantirem sua permanência nos planos de assistência pré-escolar.

Art. 11. A fiscalização de assistência pré-escolar far-se-á através de comissões designadas pelos dirigentes das áreas de recursos humanos de cada órgão e entidade.

Art. 12. Os planos de assistência pré-escolar de que trata este decreto serão aprovados, no âmbito de cada Ministério e Secretaria, pelos respectivos Ministros de Estado, após a devida apreciação:

I - pela Secretaria da Administração Federal da Presidência da República, quanto à observância das normas que regulamentam a administração do benefício;

II - pela Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação da Presidência da República, quanto à viabilidade orçamentária.

Art. 13. À Secretaria da Administração Federal da Presidência da República compete o controle sistemático da fiscalização estabelecida nos arts. 10 e 11, assim como o acompanhamento da aplicação e da prática deste benefício.

Art. 14. Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Ficam revogados os Decretos nºs 93.408, de 10 de outubro de 1986, e 99.548, de 25 de setembro de 1990.

Brasília, 10 de novembro de 1993; 172º da Independência e 105º da República.

**ITAMAR FRANCO**  
*Romildo Canhim*

## **d) Decreto nº 6.690, de 11 de dezembro de 2008.**

Institui o Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante, estabelece os critérios de adesão ao Programa e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 2º da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008,

### **Decreta:**

Art. 1º Fica instituído, no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional, o Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante.

Art. 2º Serão beneficiadas pelo Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante as servidoras públicas federais lotadas ou em exercício nos órgãos e entidades integrantes da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional.

§ 1º A prorrogação será garantida à servidora pública que requeira o benefício até o final do primeiro mês após o parto e terá duração de sessenta dias.

§ 2º A prorrogação a que se refere o § 1º iniciar-se-á no dia subsequente ao término da vigência da licença prevista no art. 207 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, ou do benefício de que trata o art. 71 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

§ 3º O benefício a que fazem jus as servidoras públicas mencionadas no caput será igualmente garantido a quem adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança, na seguinte proporção:

I - para as servidoras públicas em gozo do benefício de que trata o art. 71-A da Lei nº 8.213, de 1991:

- a) sessenta dias, no caso de criança de até um ano de idade;
- b) trinta dias, no caso de criança de mais de um e menos de quatro anos de idade; e
- c) quinze dias, no caso de criança de quatro a oito anos de idade.

II - para as servidoras públicas em gozo do benefício de que trata o art. 210 da Lei nº 8.112, de 1990:

- a) quarenta e cinco dias, no caso de criança de até um ano de idade; e
- b) quinze dias, no caso de criança com mais de um ano de idade.

§ 4º Para os fins do disposto no § 3º, inciso II, alínea “b”, considera-se criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos, nos termos do art. 2º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

§ 5º A prorrogação da licença será custeada com recurso do Tesouro Nacional.

Art. 3º No período de licença-maternidade e licença à adotante de que trata este Decreto, as servidoras públicas referidas no art. 2º não poderão exercer qualquer atividade remunerada e a criança não poderá ser mantida em creche ou organização similar.

Parágrafo único. Em caso de ocorrência de quaisquer das situações previstas no **caput**, a beneficiária perderá o direito à prorrogação, sem prejuízo do devido ressarcimento ao erário.

Art. 4º A servidora em gozo de licença-maternidade na data de publicação deste Decreto poderá solicitar a prorrogação da licença, desde que requerida até trinta dias após aquela data.

Art. 5º Este Decreto aplica-se à servidora pública que tenha o seu período de licença-maternidade concluído entre 10 de setembro de 2008 e a data de publicação deste Decreto.

Parágrafo único. A servidora pública mencionada no **caput** terá direito ao gozo da licença pelos dias correspondentes à prorrogação, conforme o caso.

Art. 6º O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão poderá expedir normas complementares para execução deste Decreto.

Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de dezembro de 2008; 187º da Independência e 120º da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

*André Peixoto Figueiredo Lima*

*José Gomes Temporão*

*Paulo Bernardo Silva*

## e) Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.

Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 30 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967,

### Decreta:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS, integrante do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, criado pelo Decreto nº 67.326, de 5 de outubro de 1970.

Art. 2º O SIASS tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo.

Art. 3º Para os fins deste Decreto, considera-se:

I - assistência à saúde: ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;

II - perícia oficial: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e

III - promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, com as seguintes atribuições:

I - aprovar as diretrizes para aplicação da política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, e para a capacitação dos servidores em exercício nas unidades do SIASS;

II - deliberar sobre as propostas de criação, jurisdição e funcionamento das unidades do SIASS;

III - deliberar, em relação às unidades do SIASS, sobre os instrumentos de cooperação e as iniciativas para provimento de materiais e equipamentos, força de trabalho, imóveis e instalações, bem como sobre contratos de segurança, limpeza e conservação;

IV - deliberar sobre os procedimentos para uniformização e padronização das ações relativas ao SIASS;

V - orientar e acompanhar a execução das ações e programas no âmbito do SIASS; e

VI - aprovar regras e procedimentos para guarda e utilização das informações pessoais sobre a saúde dos servidores, de acesso restrito às pessoas a que elas se referirem ou a servidores autorizados na forma da lei.

§ 1º A força de trabalho do SIASS será formada exclusivamente por servidores federais, ficando vedadas a terceirização de mão-de-obra e a contratação de pessoal por tempo determinado.

§ 2º O Comitê Gestor pautará suas ações visando tornar célere o atendimento ao servidor, especialmente no que se refere às ações preventivas, e reduzir o tempo de ausência do servidor do seu ambiente de trabalho.

Art. 5º O Comitê Gestor será composto por um representante de cada órgão a seguir indicado:

I - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que o coordenará;

II - Casa Civil da Presidência da República;

III - Ministério da Saúde;

IV - Ministério da Previdência Social;

V - Ministério da Educação;

VI - Ministério da Fazenda; e

VII - Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 1º A Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão exercerá as funções de secretaria-executiva do Comitê Gestor.

§ 2º As deliberações do Comitê Gestor serão adotadas por maioria simples, presentes pelo menos cinco dos seus membros, cabendo ao coordenador exercer, além do próprio voto, o de desempate.

§ 3º Os membros do Comitê Gestor, titular e suplente, serão indicados pelos titulares dos seus respectivos órgãos e designados pelo Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, para mandato de três anos, permitida uma única recondução.

§ 4º As regras para organização e funcionamento do Comitê Gestor serão definidas em seu regimento interno, aprovado na forma do § 2º, observadas as disposições deste Decreto.

§ 5º A participação no Comitê Gestor é considerada de relevante interesse público e não será remunerada.

Art. 6º O exercício do servidor no âmbito do SIASS não implica mudança de unidade de lotação ou de órgão de origem.

Art. 7º Caberá ao Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão decidir sobre as deliberações do Comitê Gestor e celebrar os instrumentos de cooperação ou parceria com os órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogado o Decreto no 5.961, de 13 de novembro de 2006.

Brasília, 29 de abril de 2009; 188o da Independência e 121o da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**  
*Paulo Bernardo Silva*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 30.4.2009



## **f) Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009.**

Regulamenta a licença para tratamento de saúde, de que tratam os arts. 202 a 205 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 202 a 205 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990,

### **Decreta:**

Art. 1º Este Decreto regulamenta a concessão de licença para tratamento de saúde do servidor da administração federal direta, autárquica e fundacional, e os casos em que poderá ser dispensada a perícia oficial.

Art. 2º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - perícia oficial: a avaliação técnica presencial, realizada por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado, destinada a fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto neste Decreto;

II - avaliação por junta oficial: perícia oficial realizada por grupo de três médicos ou de três cirurgiões-dentistas; e

III - perícia oficial singular: perícia oficial realizada por apenas um médico ou um cirurgião-dentista.

Art. 3º A licença para tratamento de saúde será concedida ao servidor, a pedido ou de ofício:

I - por perícia oficial singular, em caso de licenças que não excederem o prazo de cento e vinte dias no período de doze meses a contar do primeiro dia de afastamento; e

II - mediante avaliação por junta oficial, em caso de licenças que excederem o prazo indicado no inciso I.

Parágrafo único. Nos casos previstos no inciso I, a perícia oficial deverá ser solicitada pelo servidor no prazo de cinco dias contados da data de início do seu afastamento.

Art. 4º A perícia oficial poderá ser dispensada para a concessão de licença para tratamento de saúde, desde que:

I - não ultrapasse o período de cinco dias corridos; e

II - somada a outras licenças para tratamento de saúde gozadas nos doze meses anteriores, seja inferior a quinze dias.

§ 1º A dispensa da perícia oficial fica condicionada à apresentação de atestado médico ou odontológico, que será recepcionado e incluído no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE, módulo de Saúde.

§ 2º No atestado a que se refere o § 1º, deverá constar a identificação do servidor e do profissional emitente, o registro deste no conselho de classe, o código da Classificação Internacional de Doenças - CID ou diagnóstico e o tempo provável de afastamento.

§ 3º Ao servidor é assegurado o direito de não autorizar a especificação do diagnóstico em seu atestado, hipótese em que deverá submeter-se à perícia oficial, ainda que a licença não exceda o prazo de cinco dias.

§ 4º O atestado deverá ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade no prazo máximo de cinco dias contados da data do início do afastamento do servidor.

§ 5º A não apresentação do atestado no prazo estabelecido no § 4º, salvo por motivo justificado, caracterizará falta ao serviço, nos termos do art. 44, inciso I, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

§ 6º A unidade de recursos humanos do órgão ou entidade do servidor deverá encaminhar o atestado à unidade de atenção à saúde do servidor para registro dos dados indispensáveis, observadas as normas vigentes de preservação do sigilo e da segurança das informações.

§ 7º Ainda que configurados os requisitos para a dispensa da perícia oficial, previstos nos incisos I e II do caput, o servidor será submetido a perícia oficial a qualquer momento, mediante recomendação do perito oficial, a pedido da chefia do servidor ou da unidade de recursos humanos do órgão ou entidade.

Art. 5º Na impossibilidade de locomoção do servidor, a avaliação pericial será realizada no estabelecimento hospitalar onde ele se encontrar internado ou em domicílio.

Art. 6º Inexistindo perito oficial, unidade de saúde do órgão ou entidade no local onde tenha exercício o servidor, o órgão ou entidade do servidor celebrará acordo de cooperação com outro órgão ou entidade da administração federal, ou firmará convênio com unidade de atendimento do sistema público de saúde ou com entidade da área de saúde, sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública.

Parágrafo único. Na impossibilidade de aplicação do disposto no caput, que deverá ser devidamente justificada, o órgão ou entidade promoverá a contratação da prestação de serviços por pessoa jurídica, nas condições previstas no art. 230, § 2º, da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 7º O laudo pericial deverá conter a conclusão, o nome do perito oficial e respectivo registro no conselho de classe, mas não se referirá ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, § 1º, da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 8º A perícia oficial para concessão de licença para tratamento de saúde, nas hipóteses em que abranger o campo de atuação da odontologia, será efetuada por cirurgiões-dentistas.

Art. 9º A perícia oficial poderá ser dispensada para a concessão da licença por motivo de doença em pessoa da família de que trata o art. 83 da Lei nº 8.112, de 1990, desde que não ultrapasse o período de três dias corridos, mediante apresentação de atestado médico ou odontológico, conforme o caso, que contenha justificativa quanto à necessidade de acompanhamento por terceiro.

Parágrafo único. Observado o disposto no caput, aplicam-se as demais disposições deste Decreto à licença por motivo de doença em pessoa na família.

Art. 10. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 9 de novembro de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

*Paulo Bernardo Silva*

DOU – 10 de novembro de 2009 – Seção I – Página 02

## **g) Orientação Normativa SRH/MP nº 3, de 23 de fevereiro de 2010, republicada em 18 de março de 2010.**

Estabelece orientação aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal quanto à aplicação do Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, que regulamenta a licença para tratamento de saúde de que tratam os arts. 202 a 205, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE RECURSOS HUMANOS, DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhe confere o art. 35 do Anexo I do Decreto nº 7.063, de 13 de janeiro de 2010, resolve:

Art. 1º A presente Orientação Normativa tem por objetivo uniformizar procedimentos no âmbito dos órgãos e entidades integrantes do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC, acerca da aplicação do Decreto nº 7.003, de 9 de novembro de 2009, publicado no Diário Oficial da União do dia 10 de novembro de 2009, que regulamenta a licença para tratamento de saúde de que tratam os arts. 202 a 205, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e também a licença por motivo de doença em pessoa da família, de que trata o art. 83 da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 2º Considera-se perícia oficial a avaliação técnica presencial realizada por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado, destinada a fundamentar as decisões da Administração no tocante ao disposto nesta Orientação.

Parágrafo único. A avaliação pericial de que trata o caput deste artigo pode ser realizada por junta oficial composta por 3 (três) médicos ou 3 (três) cirurgiões-dentistas, e por perícia singular quando a avaliação for realizada por apenas 1 (um) médico ou 1 (um) cirurgião-dentista.

Art. 3º Será realizada perícia oficial singular, em caso de licenças para tratamento da própria saúde que não excederem o prazo de 120 (cento e vinte) dias no período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de afastamento; e, perícia por junta oficial, em caso de licenças que

excederem o prazo anteriormente referido ou nas demais hipóteses previstas na Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 4º Nos casos de perícia oficial, o servidor deverá solicitar a sua realização no prazo de 5 (cinco) dias contados da data de início do seu afastamento, salvo excepcionalidades devidamente justificadas.

Art. 5º O servidor poderá ser dispensado da perícia oficial para a concessão de licença para tratamento de saúde, por razões médicas ou odontológicas, desde que sua licença não ultrapasse o período de 5 (cinco) dias corridos, e, a soma dessas licenças, dentro de uma mesma espécie, não ultrapasse 14 (quatorze) dias, consecutivos ou não, nos 12 (doze) meses anteriores.

Art. 6º A concessão de licença por motivo de doença em pessoa da família, por razões médicas ou odontológicas, poderá ser dispensada de perícia oficial, desde que a licença não ultrapasse o período de 3 (três) dias corridos, e, a soma dessas licenças, dentro de uma mesma espécie, não ultrapasse 14 (quatorze) dias, consecutivos ou não, nos 12 (doze) meses anteriores.

§ 1º A concessão de licença por motivo de doença em pessoa da família exige justificativa quanto à necessidade de acompanhamento do servidor.

§ 2º A dispensa da perícia oficial fica condicionada à apresentação ou encaminhamento de atestado médico ou odontológico, que deverá ser entregue na unidade de atenção à saúde do servidor ou na unidade de recursos humanos do órgão ou entidade em que esteja em exercício, até 5 (cinco) dias a contar do início do seu afastamento.

§ 3º Os atestados sobre as condições de saúde do servidor ou da pessoa da família deverão tramitar em envelope lacrado, identificado com nome, matrícula, último dia trabalhado, telefone para contato e órgão/entidade de exercício do servidor, bem como, informado o tipo de documento, e marcado como confidencial.

Art. 7º Nos atestados deverão constar a identificação do servidor ou da pessoa da família, identificação do profissional emitente e de seu registro

em conselho de classe, data de emissão do documento, o Código da Classificação Internacional de Doenças - CID ou diagnóstico e o tempo provável de afastamento, de forma legível.

§ 1º Na hipótese do pleito não atender aos requisitos da regulamentação, a unidade de atenção à saúde do servidor, responsável pela apreciação dos atestados, comunicará à unidade de recursos humanos do servidor sobre a inconformidade, devendo solicitar sua avaliação pericial.

§ 2º Caso o servidor não autorize a especificação do diagnóstico ou a CID em seu atestado ou da pessoa da família, o licenciado deverá submeter-se à perícia oficial, ainda que a licença cumpra todos os demais requisitos previstos em regulamento.

Art. 8º O cômputo dos 12 (doze) meses, para as licenças para tratamento da própria saúde inferiores a 15 (quinze) dias, inicia-se no dia 10 de novembro de 2009, data da publicação do Decreto nº 7.003, de 2009, e para as licenças por motivo de doença em pessoa da família inferiores a 15 (quinze) dias, no dia 29 de dezembro de 2009, nos termos do art. 24 da Medida Provisória nº 479, de 30 de dezembro de 2009.

Art. 9º A não apresentação do atestado no prazo estabelecido, salvo por motivo justificado, caracterizará falta ao serviço, nos termos do art. 44, I, da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 10. Os atestados médicos e odontológicos inferiores a 15 (quinze) dias serão incluídos no sistema informatizado de perícia oficial no SIAPE – Saúde, em funcionalidade específica para este cadastramento.

§ 1º As unidades de atenção à saúde do servidor receberão e apreciarão os atestados quanto à conformidade com o que estabelece o regulamento, cabendo a estas unidades comunicar à unidade de recursos humanos do servidor, sobre o afastamento, para fins de registro no módulo de afastamento do SIAPECAD.

§ 2º No comunicado deverá constar a fundamentação legal referente ao pleito atendido, os dias de licença concedidos, sendo vedada a anexação do atestado em folha de ponto.

§ 3º Os órgãos e entidades deverão incluir as licenças inferiores a 15 dias no SIAPECAD, sob os códigos de afastamento nº 248, para licença para tratamento da própria saúde e nº 249, para licença por motivo de doença em pessoa da família.

Art. 11. Ainda que configurados os requisitos para a dispensa da perícia oficial, o servidor poderá ser submetido à avaliação pericial a qualquer momento, mediante recomendação do perito oficial, a pedido da chefia do servidor ou da unidade de recursos humanos do órgão ou entidade.

Art. 12. Nos casos em que não seja possível a locomoção do servidor, a perícia realizar-se-á em domicílio ou no estabelecimento hospitalar onde ele se encontrar internado.

Art. 13. Inexistindo perito oficial ou unidade de saúde do órgão ou entidade no local onde tenha exercício o servidor, o órgão ou entidade do servidor celebrará acordo de cooperação com outro órgão ou entidade da administração federal, ou firmará convênio com unidade de atendimento do sistema público de saúde ou com entidade da área de saúde, sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública, e somente na total impossibilidade das hipóteses anteriores e mediante justificativa, poderá haver contratação da prestação de serviços por pessoa jurídica, nas condições previstas no art. 230, § 2º, da Lei nº 8.112, de 1990.

Art. 14. Os servidores que apresentarem atestados médicos ou odontológicos para justificativa de licenças por motivo de acidentes em serviço ou doença profissional devem ser submetidos à perícia oficial independentemente do quantitativo de dias de licença.

Art. 15. Esta Orientação Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

**DUVANIER PAIVA FERREIRA**

## h) Quadro sinóptico das doenças graves ou incapacitantes amparadas por diplomas legais.

ENFERMIDADE	LEI Nº 8.112/90 REGIME JURÍDICO ÚNICO	LEI Nº 8.213/91 PREVIDÊNCIA SOCIAL	LEI Nº 11.052/04 IMPOSTO DE RENDA
Alienação mental	Sim	Sim	Sim
Cardiopatía grave	Sim	Sim	Sim
Cegueira posterior ao ingresso no serviço público	Sim	Sim	Sim
Doenças decorrentes de contaminação por radiação	Não	Sim	Sim
Doença de Parkinson	Sim	Sim	Sim
Esclerose múltipla	Sim	Não	Sim
Espondiloartrose anquilosante	Sim	Sim	Sim
Estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante)	Sim	Sim	Sim
Hanseníase	Sim	Sim	Sim
Hepatopatía grave	Não	Não	Sim
Nefropatía grave	Sim	Sim	Sim
Neoplasia maligna	Sim	Sim	Sim
Paralisia irreversível e incapacitante	Sim	Sim	Sim
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)	Sim	Sim	Sim
Tuberculose ativa	Sim	Sim	Sim



## **i) Diretriz brasileira de cardiopatia grave**

### **INTRODUÇÃO**

Inúmeras pesquisas têm demonstrado que, se por um lado a expectativa de vida do brasileiro cresceu nos últimos dez anos, há, por outro, um índice muito maior de doenças cardiovasculares. Verificou-se, entre essas, o incremento de situações graves, que impedem o retorno de muitos pacientes ao trabalho. Tornou-se, então, fundamental conceituar cardiopatia grave, para a orientação tanto do cardiologista quanto de colegas de outras especialidades. Com essa intenção, a Sociedade Brasileira de Cardiologia propôs esta Diretriz.

O termo “cardiopatia grave” aparece pela primeira vez na legislação brasileira com a Lei nº 1.711 (item III, do art. 178) do Estatuto dos Funcionários Civis da União, sancionada em 28 de outubro de 1952, que visava beneficiar os pacientes acometidos de moléstia profissional, acidente em serviço, tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave e estados avançados da Doença de Pajé (osteíte deformante). Essa lei foi reeditada em outras ocasiões, sem modificações significativas. A partir de 1º de janeiro de 1989, passou a vigorar como a Lei nº 7.713/88, incluindo, então, a síndrome de imunodeficiência adquirida (Sida/Aids) e beneficiando os pacientes acometidos pelas mesmas doenças listadas na lei anterior, mesmo que tenham sido contraídas depois da aposentadoria ou reforma (arts. 6º, XVI, e 57). Em 30 de dezembro de 2004, foi publicada, no Diário Oficial da União, a inclusão das hepatopatias graves, nefropatias graves, doenças causadas por radiação ionizante e a Doença de Parkinson como merecedoras do mesmo benefício.

Em 1952, uma comissão multidisciplinar de médicos enunciou o conceito de cardiopatia grave como doença que leva, em caráter temporário ou permanente, à redução da capacidade funcional do coração, a ponto de acarretar risco à vida ou impedir o servidor de exercer as suas atividades. A incapacitação laboral deve ser avaliada por perícia médica. Nesse procedimento, o segurado ou paciente, vítima de uma doença ou acidente de trabalho, é examinado por um profissional especializado (médico-perito),

que avalia as condições de saúde e a capacidade laborativa, decidindo sobre a conveniência do afastamento ou o retorno às atividades laborativas habituais, de acordo com as normatizações contidas nos Estatutos do Funcionalismo Público Civil ou Militar dos municípios, estados e Federação (Manual do Médico-Perito, 1980; Perícia Médica, 1990).

O médico-perito, diferentemente do médico cardiologista-clínico, não exerce a medicina clínica, pois não cuida de enfermos. Utiliza os conhecimentos médicos apenas para estabelecer o diagnóstico e o prognóstico clínico, para julgar a capacidade laborativa e sua imputabilidade. Assim, a atividade e o conhecimento pericial sugerem uma especialidade de cunho médico-judicial, na qual, além dos conhecimentos profundos de clínica, existe, como fim, a necessidade de uma postura, raciocínio e julgamento. A adaptação do conhecimento médico às exigências das normas legais realiza-se com critérios e princípios diferentes dos que regem a apreciação dos problemas clínicos. As exigências da medicina clínica são diferentes das exigências periciais.

A medicina pericial exercida atualmente em muito difere da praticada há 30 ou 40 anos. Mais do que nunca, passou-se a exigir a comprovação diagnóstica por meio de uma rigorosa avaliação clínica e comprovação laboratorial (métodos complementares não invasivos e invasivos), evitando-se as conclusões baseadas em impressões subjetivas ou alegações emanadas dos pacientes, sem o corroborativo laboratorial, tão sujeitas a erros ou interpretações enganosas.

## Conceituação

O conceito de cardiopatia grave engloba tanto doenças cardíacas crônicas quanto agudas. São consideradas cardiopatias graves:

- a) cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, que se tornam crônicas, caracterizadas por perda da capacidade física e funcional do coração;
- b) as cardiopatias crônicas, quando limitam progressivamente a capacidade física e funcional do coração (ultrapassando os

limites de eficiência dos mecanismos de compensação), apesar do tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado;

- c) cardiopatias crônicas ou agudas que apresentam dependência total de suporte inotrópico farmacológico (como dobutamina, dopamina) ou mecânico (tipo Biopump, balão intra-aórtico);
- d) cardiopatia terminal: forma de cardiopatia grave em que a expectativa de vida se encontra extremamente reduzida, geralmente não responsiva à terapia farmacológica máxima ou ao suporte hemodinâmico externo. Esses pacientes não são candidatos à terapia cirúrgica para correção do distúrbio de base (valvopatia, cardiopatia isquêmica, cardiopatia congênita...), ou ao transplante cardíaco, devido à severidade do quadro clínico ou a comorbidades associadas (hipertensão arterial pulmonar, disfunção renal severa, neoplasia avançada).

A limitação da capacidade física e funcional é definida, habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana e arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia. A gravidade dessas síndromes será definida nas seções posteriores.

A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em classes ou graus, assim descritos:

- a) Grau I: pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispneias, nem angina de peito, nem sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral;
- b) Grau II: pacientes portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispneia, palpitações ou angina de peito;
- c) Grau III: pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispneia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;

- d) Grau IV: pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Esses pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

Os meios de diagnósticos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração são: história clínica, com dados evolutivos da doença; exame clínico; eletrocardiograma, em repouso; eletrocardiografia dinâmica (Holter); teste ergométrico; teste de caminhada de 6 minutos; ergoespirometria ( $VO_2$  pico  $< 14\text{ml/kg/min}$ ); questionário de qualidade de vida SF-36; ecocardiograma, em repouso; ecocardiograma associado a esforço ou a procedimentos farmacológicos; estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências; cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (tálio, Mibi, tecnécio); cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos; cinecoronarioventriculografia; angiotomografia computadorizada, tomografia coronariana computadorizada, angioressonância magnética e ressonância magnética cardíaca.

Nos portadores de doença cardíaca não identificável pelos meios de diagnósticos citados, podem ser utilizados outros exames e métodos complementares, como biópsia miocárdica.

Os achados fortuitos em exames complementares especializados não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave.

O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave, estão relacionados às seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias, pericardiopatias, aortopatias e cor pulmonale crônico.

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

Nas seções a seguir, serão definidos os tópicos importantes a serem valorizados na definição de gravidade das diferentes cardiopatias.

## 1 - Cardiopatia Isquêmica

### Forma aguda (infarto agudo do miocárdio/angina instável):

**Síndromes coronarianas agudas sem supradesnivelamento de segmento ST com<sup>1,2</sup>** – sinais de baixo débito cardíaco; sinais de insuficiência cardíaca aguda; presença de arritmia ventricular maligna; sinais de disfunção ventricular mecânica; os tópicos acima, em paciente já revascularizado, sem condições de tratamento cirúrgico ou percutâneo.

**Síndromes coronarianas agudas com supradesnivelamento do segmento ST ou BRE novo** – choque cardiogênico (Killip IV); sinais de insuficiência cardíaca aguda (Killip II-III); presença de arritmia ventricular maligna; complicação mecânica do IAM (ruptura de parede livre, CIV, disfunção de músculo papilar); IAM anterior extenso (V1-V6 DI aVL); presença de BAV II, grau Mobitz II, BAVT, ou distúrbio de condução intraventricular; infarto perioperatório de CRM; quadro clínico de infarto agudo do miocárdio, em paciente já com infarto prévio de grande extensão, ou com IC já estabelecida.

### Forma crônica (angina estável):

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

**Eletrocardiograma (repouso)** – zona elétrica inativa (localização e magnitude), alterações permanentes e significativas na repolarização ventricular; alterações isquêmicas de ST-T (tipo segmento ST

permanentemente elevado, configurando a possibilidade de aneurisma ventricular); distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular (QRS maior que 120 ms); hipertrofia ventricular esquerda, de grande magnitude; fibrilação atrial crônica; arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).

**Radiografia do tórax** – cardiomegalia com índice cardiotorácico superior a 0,5, o qual possui valor prognóstico definido; congestão venocapilar pulmonar; derrame pleural bilateral ou unilateral importante.

**Teste ergométrico** – limitação da capacidade funcional (<5 MET); angina em carga baixa (<5MET); infradesnível do segmento ST: precoce (carga baixa), acentuada (>3mm), morfologia horizontal ou descendente, múltiplas derivações, duração prolongada (>6 min no período de recuperação). Supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio; comportamento anormal da pressão arterial diastólica: queda de PAS >30mmHg; insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca, descartado o uso de drogas que possam alterar o cronotropismo); sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço; arritmias ventriculares complexas, durante ou pós-esforço.

**Cintilografia miocárdica associada a teste ergométrico (tálio, mibi, tecnécio)** – defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias); dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço; hipercaptação pulmonar; fração de ejeção (FE) em repouso ou esforço  $\leq$  (40 %) (valor específico para o método); comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE<5%); mobilidade parietal regional ou global anormal.

**Cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos** – interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico.

**Ecocardiograma (em repouso)** – fração de ejeção <0,40 (valor específico para o método). Alterações segmentares de grande magnitude ou vários segmentos que modificam a contratilidade ventricular, levando à redução

da fração ventricular; dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associadas à hipertrofia ventricular esquerda; complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudoaneurismas, aneurismas, trombos intracavitários; complicações associadas ao esforço ou aos procedimentos farmacológicos; aparecimento de alterações da contratilidade segmentar inexistentes no ecocardiograma em repouso. Anormalidades em dois segmentos da parede ventricular em repouso ou induzidas com doses baixas de dobutamina; resposta inotrópica inadequada ao uso de drogas cardioestimulantes; acentuação das alterações de contratilidade preexistentes; comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE <5%).

**Eletrocardiografia dinâmica (Holter)** – alterações isquêmicas dinâmicas (ST-T), associadas ou não à dor anginosa, com ou sem sintomas de disfunção ventricular esquerda; isquemia miocárdica silenciosa; arritmias ventriculares complexas, transitórias ou não; fibrilação atrial e *flutter* atrial associados à isquemia; distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia – bloqueios de ramos induzidos pelo esforço físico.

**Cinecoronarioventriculografia** – lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio), e, eventualmente, no leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de > 70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerdas; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

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

**Pós-infarto do miocárdio** – cintilografia com tálio / PET com FDG /RNM para pesquisa de viabilidade e demarcação de necrose, pois a extensão da necrose é marca de gravidade; disfunção ventricular esquerda (áreas

de acinesia, hipocinesia e discinesia); isquemia à distância (em outra área que não a do infarto); arritmias ventriculares complexas; idade avançada (> 70 anos); comorbidades associadas, como diabetes mellitus; doença pulmonar obstrutiva severa, neoplasias, doença arterial periférica, comprometendo vários leitos arteriais. Quando o tratamento adequado – clínico, intervencionista ou cirúrgico – melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deve ser reconsiderado e reavaliado. No entanto, o critério de gravidade deve ser mantido se a fração de ejeção detectada permanecer com valores inferiores a 40%, ou a área de necrose quantificada por um dos métodos acima apresentar valor >20%, ou ainda houver detecção de arritmias malignas.

## **2 - Cardiopatia Hipertensiva**

A definição de cardiopatia grave na doença hipertensiva não depende exclusivamente dos níveis tensionais, mas da concomitância de lesões em órgãos-alvo: rins, coração, cérebro, retina e artérias periféricas.

Se a pressão diastólica for menor que 110mmHg e estiver acompanhada de danos a órgão(s)-alvo, é definida como cifra baixa complicada. Se a pressão diastólica for >110mmHg e estiver acompanhada de dano a órgão(s)-alvo, é definida como cifra alta complicada. Os órgãos-alvo que podem ser comprometidos por uma cifra baixa durante longo tempo ou por cifras altas durante curto tempo são coração, cérebro, rins, retina e artérias periféricas.

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

Na cardiopatia hipertensiva, a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições: hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG, com alterações da repolarização ventricular; ou ecocardiograma com massa ventricular esquerda acima de 163 g/m em homens e de 121 g/m em mulheres e que não regride com o tratamento; disfunção



ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção  $<0,40\%$ ; arritmias supraventriculares e ventriculares complexas relacionadas à hipertensão arterial; e cardiopatia isquêmica grave associada.

A cardiopatia hipertensiva é agravada, ainda, pelo comprometimento de outros órgãos-alvo, como discriminado a seguir:

Cérebro: isquemia cerebral transitória, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico;

Rins: creatinina  $>3,0$  mg/dl, ou DCE abaixo de 30ml/min; presença de albuminúria e/ou sinais de insuficiência renal crônica (redução do tamanho dos rins, disfunção plaquetária, anemia crônica, distúrbio do equilíbrio ácido-básico, hiperazotemia);

Artérias periféricas: aneurisma e/ou dissecção da aorta, trombose arterial periférica, estenose de carótida  $>70\%$  assintomática e  $> 50\%$  com sintomas.

Retina: hemorragias, exsudato e papiledema, especialmente quando não regridem com tratamento adequado.

### 3 - Miocardiopatias

**Miocardiopatias hipertróficas** – presença de um ou mais fatores abaixo: paciente sintomático, especialmente com história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica; diagnóstico na infância (baixa idade); hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T; cardiomegalia; disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção abaixo de 40%; fibrilação atrial; síndrome de Wolff-Parkinson-White associada; arritmias ventriculares complexas; regurgitação mitral importante; doença arterial coronariana grave associada; forma obstrutiva com gradiente de via de saída  $>50$ mmHg; perfil citogenético de alto risco.

**Miocardiopatias dilatadas (primárias ou secundárias)** – presença de um ou mais desses fatores: história de fenômenos tromboembólicos sistêmicos; cardiomegalia importante; ritmo de galope (B3); insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; fração de ejeção  $<0,40$ ; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; distúrbios da condução intraventricular,

com complexos QRS > 120mms, ou presença de assincronia ventricular demonstrada por ecocardiograma, com Doppler Tissular.

**Miocardipatia restritiva (endomiocardiofibrose, fibroelastose, miocardipatias infiltrativas-amiloidose)** – presença de um ou mais fatores abaixo: história de fenômenos tromboembólicos; cardiomegalia acentuada; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; envolvimento do ventrículo direito; fibrose miocárdica acentuada; regurgitação mitral e/ou de tricúspide importante.

**Cardiopatia chagásica crônica** – história de síncope; fenômenos tromboembólicos; cardiomegalia acentuada; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; bloqueio bi ou trifascicular sintomático; bloqueio atrioventricular total.

## 4 – Valvopatias

### Insuficiência mitral

**Quadro clínico** – insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; frêmito sistólico palpável na região da ponta; primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética no foco mitral; sopro holossistólico no foco mitral, de intensidade > 3/6, com irradiação em faixa ou círculo; segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar; desdobramento amplo e constante da segunda bulha no foco pulmonar; insuficiência mitral aguda associada ou não a processo isquêmico.

**Eletrocardiograma** – sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas, com alterações da repolarização ventricular; fibrilação atrial.

**Radiografia de tórax** – aumento acentuado da área cardíaca, como predominância das cavidades esquerdas; sinais de congestão venocapilar pulmonar; sinais de hipertensão pulmonar.

**Ecocardiograma** – presença de jato regurgitante de grande magnitude; comprometimento progressivo da função ventricular sistólica; aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo; inversão do fluxo sistólico em veia pulmonar; sinais de hipertensão pulmonar.

**Hemodinâmica e angiografia** – onda “v” com valor > 3 vezes em relação à média do capilar pulmonar; opacificação do átrio esquerdo igual ou maior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers; fração de regurgitação >60% (FR – volume de regurgitação/volume sistólico total).

## **Estenose mitral**

**Quadro clínico** – história de comissurotomia mitral prévia; fenômenos tromboembólicos; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; episódios de edema pulmonar agudo; escarros hemópticos; fibrilação atrial; estalido precoce de abertura da valva mitral; impulsão sistólica de ventrículo direito; segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar; sinais de insuficiência tricúspide.

**Eletrocardiograma** – fibrilação atrial; sinais de sobrecarga de câmaras direitas.

**Estudo radiográfico** – inversão do padrão vascular pulmonar; sinais de hipertensão venocapilar pulmonar; sinais de hipertensão arteriolar pulmonar.

**Ecocardiograma** – área valvar <1,0cm<sup>2</sup>; tempo de ½ pressão > 200ms; gradiente transvalvar mitral médio >15mmHg; sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar >50mmHg); presença de trombo no átrio esquerdo.

**Hemodinâmica** – área valvar <1,0cm<sup>2</sup>; gradiente diastólico mitral médio >15mmHg; pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo >20 mmHg; pressão sistólica da artéria pulmonar >50mmHg.

## **Insuficiência aórtica**

**Quadro clínico** – insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotimia, síncope); Síndrome de Marfan associada; presença de galope ventricular (B3); Sopro de Austin-Flint na ponta; íctus hipercinético, deslocado externamente; pressão diastólica próxima a zero; queda progressiva da pressão arterial sistólica; presença de aneurisma do seio de Valsalva.

**Eletrocardiograma** – sinais de sobrecarga ventricular esquerda com onda T negativa em precordiais esquerdas; sinais de sobrecarga atrial esquerda; fibrilação atrial.

**Estudo radiográfico** – aumento importante da área cardíaca, com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em “bota”); dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente; dilatação do átrio esquerdo.

**Ecocardiograma** – jato regurgitante Ao/VE largo e extenso; fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente; abertura valvar mitral somente com a sístole atrial; piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda; queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço, abaixo de 40%.

**Cintilografia miocárdica** – comportamento anormal da fração de ejeção, abaixo de 40%.

**Hemodinâmica e angiografia** – baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoventriculares; pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (>20 mmHg); opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (graus III e IV de Sellers); fração de regurgitação > 60%.

## **Estenose aórtica**

**Quadro clínico** – sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotimia, síncope); angina de peito; presença de terceira bulha; insuficiência cardíaca; pressão arterial diferencial reduzida; pico tardio de intensidade máxima do sopro; desdobramento paradoxal da segunda bulha; fibrilação atrial.

**Eletrocardiograma** – sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnivelamento de ST e onda T negativa em precordiais esquerdas; sobrecarga atrial esquerda; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; bloqueio atrioventricular total.

**Ecocardiograma** – área valvar <0,75 cm<sup>2</sup>; gradiente médio de pressão transvalvar aórtica > 50 mmHg; gradiente máximo > 70 mmHg; sinais de hipocinesia ventricular esquerda.

**Hemodinâmica** – área valvar <0,75 cm<sup>2</sup>; hipocinesia ventricular esquerda; coronariopatia associada.

**Situação pós-cirúrgica** – dadas as condições hemodinâmicas que uma troca proporciona, é de consenso que a obstrução permanece, embora com um gradiente menor, mantendo, portanto, a condição fisiopatológica. A permanência da definição de cardiopatia grave dependerá do gesto profissional.

### **Prolapso valvar mitral**

História familiar de morte súbita; história de síncope; fenômenos tromboembólicos; Síndrome de Marfan associada; arritmias ventriculares complexas; fibrilação atrial; disfunção ventricular esquerda; regurgitação mitral importante; prolapso valvar tricúspide associado; cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas); rotura de cordoalhas tendíneas.

### **Pacientes portadores de prótese cardíaca**

Presença de hemólise com necessidade de hemoterapia; sinais de disfunção protética aguda ou crônica; história de endocardite pregressa ou atual; presença de gradiente não funcional, acarretando disfunção/dilatação ventricular.

## **5 - Pericardites**

As pericardiopatias podem ser consideradas graves, principalmente nas situações de extrema restrição do enchimento ventricular, por inflamação crônica. Devem estar presentes também achados clínicos associados ao quadro de restrição ventricular, como congestão circulatória periférica, pulso paradoxal, turgência jugular, refluxo hepato-jugular, hepatomegalia.

As grandes restrições pericárdicas devem-se às seguintes patologias:

- a) por tuberculose – forma decorrente da infecção pericárdica pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Em muitos adultos, a pericardite por Tbc representa reativação da doença. A pericardite por Tbc pode ser dividida em estágios: 1) seco; 2) efusivo; 3) absortivo; 4) constritivo (como seqüela tardia);

b) por radiação – pericardite tardia pode ocorrer de forma abrupta, ou como derrame pericárdico de instalação gradual, ou como forma constrictiva. Na lesão por radiação, pode ocorrer doença também das coronárias e do miocárdio.

## 6 - Cor Pulmonal e Crônico

**Quadro clínico** – manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor); insuficiência cardíaca direita; angina de peito classe III a IV da Nyha. Crises sincopais; hiperfonese clangorosa da segunda bulha no foco pulmonar; galope ventricular direito (B3). Gasometria arterial com PO<sub>2</sub> <60mmHg; PCO<sub>2</sub> >50mmHg.

**Eletrocardiograma** – sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.

**Ecocardiografia** – hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica; grande dilatação do átrio direito; pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada com base nas pressões do VD e AD, >60mmHg; insuficiência tricúspide importante; inversão do fluxo venoso na sístole atrial.

**Estudo hemodinâmico** – dilatação do tronco da artéria pulmonar. Dilatação do ventrículo direito; dilatação do átrio direito; pressão na artéria pulmonar >60mmHg; pressão no átrio direito >15mmHg; insuficiência pulmonar; insuficiência tricúspide.

## 7 - Cardiopatias Congênitas

Caracterizam-se como graves as cardiopatias congênitas que apresentam:

**Do ponto de vista clínico** – crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca (classe III e IV); hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

**Do ponto de vista anatômico** – doença arterial pulmonar; necrose miocárdica por doença coronariana ou de origem anômala das artérias coronarianas; drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas; hipotrofia ventricular direita; agenesias valvares (pulmonar e aórtica); hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral; hipoplasia ou atresia do coração esquerdo; estenose mitral; transposição das grandes artérias com

hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações; ventrículos únicos com atresias valvares; ectopias cardíacas com alterações múltiplas; cardiopatias complexas.

**Do ponto de vista anátomo-funcional** – sobrecargas diastólicas ventriculares associadas à hipocontratilidade ventricular acentuada, com manifestações clínicas; sobrecargas sistólicas ventriculares com hipertrofia importante e desproporcionada ou com miocardioesclerose e manifestações clínicas; cardiopatias hipertróficas acentuadas, com manifestações clínicas; nas formas crônicas, com defeitos corrigidos, a presença de ICE, ICD ou ICC e seus achados clínicos – enteropatia perdedora de proteínas, ascite refratária, cirrose cardíaca.

## **8 - Doenças da Aorta**

As doenças da aorta, principalmente em sua porção torácica, são patologias com morbimortalidade elevada. Tanto o tratamento clínico quanto o cirúrgico ainda estão relacionados a elevadas taxas de mortalidade, tornando esse grupo de patologias alvo de extrema importância no tópico das cardiopatias graves.

### **Aneurisma de aorta torácica**

Considera-se a cirurgia cardíaca necessária quando o diâmetro encontra-se: maior que 5,5 cm na porção ascendente da aorta; maior que 6 cm na porção descendente da aorta; entre 6 e 7 cm nos pacientes de alto risco cirúrgico; maior que 5 cm nos portadores de síndrome de Marfan ou com válvula aórtica bicúspide; maior que 4 cm em pacientes com válvula aórtica bicúspide, que necessitem de correção cirúrgica da valvopatia; ou com qualquer diâmetro associado a sintomas por compressão de estruturas vizinhas (rouquidão, dor e dispneia). A cirurgia é indicada também nos aneurismas de aorta associado a rápida progressão, história familiar de dissecção ou estados de hipermetabolismo (gestação).

### **Dissecção de aorta**

Dissecção aguda de aorta (menos de 15 dias entre os sintomas e o diagnóstico), envolvendo porção ascendente (tipo A – Stanford), com

ou sem envolvimento da válvula aórtica; dissecção aguda de aorta (Tipo B – Stanford), associada a comprometimento de órgão-alvo, ruptura ou iminência de ruptura (formação sacular), extensão retrógrada e nos portadores de síndrome de Marfan; dissecção não aguda da aorta associada a envolvimento de órgão-alvo, sintomas recorrentes, progressão retrógrada ou anterógrada da lesão intimal, já preestabelecida.

## **Hematoma de aorta**

Os hematomas intramurais de aorta apresentam prognóstico semelhante ao da dissecção clássica de aorta; aqueles localizados na porção proximal da aorta são de pior prognóstico.

## **Conclusão**

É correta a afirmativa de Besser de que “é preciso não confundir gravidade de uma cardiopatia com cardiopatia grave, uma entidade médico pericial”.

Essencialmente, a classificação de uma cardiopatia grave não é baseada em dados que caracterizam uma entidade clínica, e, sim, nos aspectos de gravidade das cardiopatias, colocados em perspectiva com a capacidade de o servidor exercer as funções laborativas e na relação desses aspectos com o prognóstico de longo prazo e com a sobrevivência do indivíduo. Verifica-se uma dificuldade ainda maior na extensão do benefício aos inativos (aposentados), uma vez que esses indivíduos não mais exercem a atividade laborativa (esforço físico), um dos fatores considerados importantes no julgamento pericial de incapacitação.

Embora os procedimentos intervencionistas e cirúrgicos sejam considerados na medicina pericial apenas parte da estratégia terapêutica aplicada aos doentes, e, portanto, não sejam considerados doenças, sabemos que a cada intervenção corresponde uma enfermidade cardiovascular importante subjacente, a qual deverá ser avaliada em relação a uma ação deletéria e a deficiências funcionais que se possam imputar sobre a capacitação laboral do doente, como em todas as cardiopatias. Sabemos, também, que em grande número de pacientes a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente



a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação. Esse é o conceito dinâmico de “reversibilidade” da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente. De qualquer forma, nunca devemos achar, de antemão, que pacientes submetidos a quaisquer das intervenções mencionadas tenham cardiopatia grave, como erroneamente interpretado por muitos. Considera-se que um servidor (ativo ou inativo) é portador de cardiopatia grave quando existe uma doença cardíaca que acarrete o total e definitivo impedimento das condições laborativas, existindo, implicitamente, uma expectativa de vida reduzida ou diminuída, baseando-se o avaliador na documentação e no diagnóstico da cardiopatia.





