

DECRETO Nº 3.338, de 23 de junho de 2010

Aprova o Manual de Normas Técnicas Médico-Periciais - Segunda Edição.

O **GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA**, no uso da competência privativa que lhe confere o art. 71, inciso III, da Constituição do Estado,

D E C R E T A:

Art. 1º Fica aprovado o Manual de Normas Técnicas Médico-Periciais - Segunda Edição, da Diretoria de Saúde do Servidor - DSAS, da Secretaria de Estado da Administração - SEA, parte integrante deste Decreto.

Art. 2º O Secretário de Estado da Administração fica autorizado a promover as alterações e baixar os atos necessários ao fiel cumprimento e aplicação do Manual de que trata este Decreto.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Fica revogado o Decreto nº 4.167, de 30 de março de 2006.

Florianópolis, 23 de junho de 2010.

LEONEL ARCÂNGELO PAVAN
Governador do Estado

**MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS MÉDICO-PERICIAIS SEGUNDA
EDIÇÃO**

Leonel Arcângelo Pavan
Governador do Estado

Paulo Eli
Secretário de Estado da Administração

Waldir Sovernigo
Diretor Geral

Paulo Roberto Coelho Pinto
Diretor de Saúde do Servidor

Manuela Mendonça Lisbôa Beirão
Gerente de Perícia Médica

ÍNDICE GERAL

Capítulo I - Da Introdução	5
Capítulo II - Da Saúde - Conceituação Básica	5
Capítulo III - Da Saúde do Servidor	6
Capítulo IV - Da Capacidade Laborativa	6
Capítulo V - Da Incapacidade Laborativa	7
Capítulo VI - Da Invalidez	8
Capítulo VII - Dos Exames Periciais	8
Capítulo VIII - Do Exame Pericial para Admissão	10
Capítulo IX - Da Licença para Tratamento de Saúde	18
Capítulo X - Da Licença e Procedimentos Decorrentes de Acidente no Trabalho ou Doença Profissional	35
Capítulo XI - Da Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família	36
Capítulo XII - Da Licença à Gestante	40
Capítulo XIII - Da Readaptação Funcional	44
Capítulo XIV - Da Remoção	49
Capítulo XV - Da Aposentadoria por Invalidez	52
Capítulo XVI - Da Isenção de Imposto de Renda	88
Capítulo XVII - Da Isenção da Contribuição Previdenciária	91
Capítulo XVIII - Da Reversão de Aposentadoria	92
Capítulo XIX - Da Integralização de Proventos	94
Capítulo XX - Do Salário Triplo	95
Capítulo XXI - Da Inscrição no IPREV/Pensão Previdenciária	97
Capítulo XXII - Da Inscrição no Plano de Saúde	100
Capítulo XXIII - Do Exame Pericial por Junta Médica	103
Capítulo XXIV - Dos Procedimentos Técnicos	104
Anexo I - Da Legislação que Trata do Ingresso de Candidatos que Apresentam Necessidades Especiais	105
Anexo II - Tabela de <i>Snellen</i>	115
Anexo III - Dos Critérios de Avaliação do Candidato ou Servidor que Apresenta a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS	116
Anexo IV - Instrução Normativa	118
Anexo V - Consenso Nacional sobre Voz Profissional	123
Anexo VI - Da Remoção durante Estágio Probatório	127
Anexo VII - Da Aposentadoria por Invalidez - Estágio Probatório	129
Anexo VIII - Do Exame Ortopédico (Orientações Práticas)	132
Anexo IX - Do Ressarcimento de Despesas Decorrentes de Acidente em Serviço	136
Anexo X - Resolução CFM nº 1851/2008	137
Das Referências Bibliográficas	140
Da Elaboração do Manual	141

CAPÍTULO I DA INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado do estudo, da discussão e do aprimoramento técnico da primeira edição do Manual de Perícia Médica, buscando complementá-lo e manter os serviços da perícia médica estadual continuamente atualizados.

CAPÍTULO II DA SAÚDE - CONCEITUAÇÃO BÁSICA

Ao propormos a revisão deste Manual que trata de procedimentos para os serviços de saúde dos servidores públicos estaduais, é essencial analisar o significado de “saúde sob a perspectiva histórica”.

A saúde, no decorrer da construção do processo sociocultural da humanidade, tem sido definida por diversos modos. Na Grécia antiga, a saúde era uma condição de equilíbrio do corpo - *mens sana in corpore sano*. Para os índios norte-americanos, a saúde era estar em harmonia com a natureza. Os chineses antigos acreditavam que saúde era o reflexo de uma força chamada “QI” (Edelman 1986).

Não obstante esse caráter humanitário e holístico proposto por diversas civilizações no decorrer da História, a medicina ocidental, no início do século XX, talvez influenciada pela visão positivista, construiu um modelo de saúde compartimentalizado. Essa visão perdurou durante todo o século XX, o que levou a concepção de saúde curativa e não preventiva, cujo foco primário concentrou-se na doença e na incapacidade. Somente na década de noventa, a postura médica em função dos custos crescentes desse modelo, começou a mudar para uma visão mais holística e completa do que é saúde.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde introduziu dimensão mais qualitativa de saúde em sua definição: saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade, ou numa definição mais contemporânea: saúde é a qualidade de vida envolvendo as aptidões individuais do ponto de vista social, emocional, mental, espiritual e físico decorrentes das adaptações ao ambiente em que vivem os indivíduos.

A Constituição de 1988 avançou no campo do trabalho e da saúde, tratando a saúde como questão de direito, sendo a saúde percebida, não apenas como ausência de doença, mas sim como “resultante das condições de alimentação, educação, salário, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade, acesso aos serviços de saúde”.

A saúde adquire, assim, *status* de direito social, e a Saúde do Trabalhador ultrapassa os limites com os quais vinha trabalhando, dentro dos conceitos de higiene e segurança do trabalho (Mendes, 1999).

CAPÍTULO III DA SAÚDE DO SERVIDOR

Para caracterizar o caráter holístico de saúde que irá nortear este Manual, torna-se necessário buscar a definição de saúde do servidor, que se insere em uma das áreas da Saúde Pública e tem como objetivos primordiais a promoção e proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos dos agravos e da organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e readaptação funcional de forma integrada.

O conceito de “Promoção de Saúde”, norteador deste Manual, amplia o espírito do Direito Administrativo vigente, focado tão somente na capacidade laboral do servidor, exprimindo, dessa forma, idéia de interdisciplinaridade, o que exigirá preparo amplo e visão abrangente dos profissionais de saúde envolvidos.

CAPÍTULO IV DA CAPACIDADE LABORATIVA

Capacidade laborativa pode ser considerada o ter saúde suficiente ou mínima para o trabalho. É exigência principal do mercado, e só vende sua força de trabalho quem tem “saúde suficiente” para executar o trabalho requerido. A produção não necessita de trabalhadores saudáveis, mas sim de indivíduos que possam garantir a produtividade esperada. “O que importa não é saúde do trabalhador, mas a saúde necessária à produção”, como enfatiza Ribeiro (1999).

A avaliação pericial da capacidade laborativa é destinada a responder aos quesitos estabelecidos, atendendo aos conceitos e aos critérios legais e padronizados neste Manual.

No critério de avaliação da capacidade laborativa, deve-se considerar os seguintes elementos: alterações mórbidas obtidas por meio da anamnese, exame físico, exames laboratoriais e, se necessário, pareceres de outros profissionais de saúde; histórico ocupacional, avaliação psicossocial e verificação de causalidade com a ocupação atual e passada (nexo causal) e outras julgadas assim como observância dos dispositivos legais.

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa - o que importa é a sua repercussão no desempenho das atividades.

Na avaliação da capacidade laborativa e suas consequências, como no caso da concessão ou não da licença médica para tratamento de saúde, assim como da sua suspensão, o médico perito deve levar em conta a relação entre a patologia apresentada e a incapacidade para o trabalho, considerando o aspecto socioeconômico do servidor, entre outros. Esse também foi o entendimento do Conselho Federal de

para tal apresentar Atestado de Saúde Ocupacional (admissional) emitido por médico legalmente habilitado.

III - Legislação: a posse do servidor deverá obedecer ao que determina:

a) a Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 5º A admissão ao serviço estadual dependerá sempre de aprovação prévia em concurso público, exceto para o provimento de cargos em comissão.

Parágrafo único. O concurso objetiva selecionar candidatos através de avaliação de conhecimentos e qualificação profissionais, mediante provas ou provas e títulos, seguido de exame das condições de sanidade físico-mental, salvo quando se tratar de funcionário público em efetivo exercício, e verificação de desempenho das atividades do cargo, em estágio probatório.

Art. 10. A nomeação em caráter efetivo observará o número de vagas existentes, obedecerá à ordem de classificação e será feita para o cargo objeto de concurso, atendido o requisito de aprovação em exame de saúde (art. 5º, parágrafo único), ressalvados os casos de incapacidade física temporária.

§ 1º A inspeção de saúde será procedida pelo órgão médico oficial que concluirá pela aptidão ou não para o exercício do cargo público.

§ 2º A deficiência de capacidade física nos termos deste artigo, comprovadamente estacionária, não será considerada impedimento para a caracterização da capacidade psíquica e somática, desde que tal deficiência não impeça o desempenho normal das funções inerentes ao cargo.

Art. 14. A posse terá lugar no prazo de 30 (trinta) dias da data da publicação do ato de nomeação no Diário Oficial.

§ 1º A requerimento do interessado, o prazo para a posse poderá ser prorrogado por mais 30 (trinta) dias ou enquanto durar o impedimento, se estiver comprovadamente doente.
[...]

b) a Lei nº 6.844, de 29 de julho de 1986 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina):

Art. 23. Tem-se pôr empossado o membro do magistério após a assinatura do termo de compromisso, precedido de prova de capacidade física e mental para o exercício do magistério, realizada pôr órgão médico oficial.

Art. 25. A posse se dá no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação do ato de nomeação no Diário Oficial do Estado, quando também iniciar-se-á o exercício.

§ 1º A requerimento do interessado, dirigido à autoridade competente para dar posse, esse prazo pode ser prorrogado pôr até 30 (trinta) dias, ou, em caso de doença, pelo período que perdurar o impedimento.
[...]

c) a Lei nº 6.843, de 28 de julho de 1986 (Estatuto da Polícia Civil do Estado de Santa Catarina):

Art. 15. São requisitos para nomeação em cargo de provimento efetivo da Polícia Civil:

[...]

V - gozar de boa saúde, comprovada pôr inspeção medica oficial;

Art. 20. A posse se dá no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da publicação do ato de nomeação pelo Diário Oficial do Estado.

§ 1º Este prazo pode ser prorrogado, no máximo por mais 30 (trinta) dias, pela autoridade competente para dar posse a requerimento do interessado ou, em caso de doença, enquanto durar o impedimento.

[...]

IV - Avaliação médico-pericial: constará de exame clínico e análise de exames complementares, solicitados de acordo com a atividade a ser exercida e com as normas vigentes por ocasião da admissão.

A relação desses exames, assim como os formulários utilizados, deverão ser atualizados periodicamente, tendo em vista a constante evolução técnico-científica.

Todo candidato deverá ter sua história mórbida progressiva devidamente pesquisada, ser submetido a exame físico completo e ter seus exames complementares obrigatórios avaliados criteriosamente.

Em qualquer dúvida, deverá o médico-perito subsidiar seu parecer com outros exames complementares e/ou pareceres especializados que achar necessário.

V - Exames complementares: os exames necessários para a posse do servidor efetivo estão relacionados no quadro a seguir, tendo eles validade de 60 (sessenta) dias (para exames laboratoriais, ECG e audiometria/laringoscopia) e 90 (noventa) dias para exames radiológicos.

GRADE I	Sangue: hemograma completo, glicemia, sorologia para Lues; Parcial de Urina; Raios-X de Tórax (PA+Perfil); Eletrocardiograma com laudo (acima de 35 anos de idade).
GRADE II	Raios-X dinâmico em flexo extensão de coluna lombo-sacra 2P; Raios-X de bacia panorâmico; Raios-X digital de ombro dominante com descrição de acrômio - 2P; Caderneta de vacinação (Tétano).
GRADE III	Audiometria.
GRADE IV	Audiometria; Laringoscopia indireta; Caderneta de vacinação (Rubéola); Raios-X digital de ombro dominante com descrição do acrômio 2P.
	Acuidade visual com e sem correção (tonometria, fundo de

Linotipistas, gráficos e fotógrafos, deverão ter visão binocular e um mínimo 20/30 de acuidade visual pela escala de *Snellen*, com ou sem correção no pior dos olhos.

Laboratoristas, datiloscopistas, papiloscopistas, médicos oftalmologistas, radiologistas, odontólogos, deverão ter visão binocular e acuidade visual não inferior a 20/40, com ou sem correção, no pior dos olhos.

São consideradas impeditivas para o ingresso no serviço público, as deficiências auditivas em que se constate perda bilateral parcial ou total de 41 decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500, 1000, 2000 e 3000 Hz.

As disfonias e disacusias (Anexo V) - alterações que interferem diretamente no exercício de atividades que exijam a plenitude do uso da audição e voz - deverão ser avaliadas considerando os laudos de laringoscopia indireta e audiometria. Nas disfonias passíveis de tratamento, considerar-se-á a existência de incapacidade temporária até que se comprove a recuperação anatômica e funcional das cordas vocais.

Neoplasias malignas na vigência de tratamento quimioterápico, radioterápico ou imunossupressor, serão impeditivas para o ingresso, considerando-se ainda o estadiamento clínico, prognóstico, recidiva da doença, metástase e sequelas do tratamento.

Sintomas e sinais de doenças mentais deverão ser observados no candidato a ingresso, além de antecedentes de tratamento ou internação psiquiátrica. Na ocorrência desses antecedentes e/ou indícios de internação psiquiátrica, a aptidão vai depender da avaliação especializada da situação atual, das sequelas existentes e do grau de complexidade da função que irá exercer.

A existência de quadro neurológico de caráter evolutivo ou mesmo estabilizado, mas com graves sequelas, é impeditivo para o ingresso.

Na referência de antecedente de crises convulsivas, recomenda-se necessidade de parecer neurológico, estando a aptidão diretamente relacionada com a complexidade e risco do cargo pleiteado.

As doenças alérgicas em geral não são impedimento para admissão a não ser quando houver alguma complicação, intercorrência ou associação com outra entidade mórbida.

O candidato diabético será considerado apto quando em tratamento clínico e compensação metabólica, desde que não apresente alterações oftalmológicas, vasculares e neurológicas. As disfunções tireoideanas compensadas permitem o ingresso.

O candidato HIV reagente, assintomático, é considerado apto para ingresso, porém aquele que já apresentar repercussões clínicas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida -AIDS, deverá ter sua capacidade laborativa avaliada de acordo os critérios internacionalmente aceitos (Anexo III).

Quadros de tuberculose ativa deverão ser tratados e reavaliados após o tratamento, sendo considerados aptos àqueles que não apresentarem sequelas incapacitantes originadas desta doença.

O candidato com diagnóstico de Hanseníase será avaliado quanto a sua situação clínica atual, forma da doença e tratamento, sendo que o prognóstico e as sequelas decorrentes, nortearão a concessão ou não da aptidão.

Quadros comprovados de hepatopatias crônicas com insuficiência hepática são impeditivos para o ingresso.

Outras situações detectadas no exame médico pericial para fins de ingresso, deverão ser avaliadas, de acordo com o conhecimento clínico pericial do examinador, subsidiado de exames complementares e pareceres especializados. Ainda persistindo dúvidas quanto à situação avaliada, deverá o perito examinador solicitar composição de junta médica para reavaliação e parecer conclusivo.

CAPÍTULO IX

DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

I - Conceito: licença solicitada para o servidor que, por motivo de doença comprovada, esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções. Para concessão da licença é indispensável o exame médico-pericial, que determinará o prazo da mesma.

II - Objetivo: o servidor tem direito à licença médica para tratamento quando um problema de saúde o impedir de exercer suas atividades no trabalho, devendo este, ser objeto de exame pericial a ser realizado pela Gerência de Perícia Médica - GEPEM. Não serão objeto de avaliação as licenças de até 3 (três) dias/mês, as quais deverão ser abonadas pela chefia imediata.

Os servidores com contrato temporário ou comissionado terão apenas seus primeiros 15 (quinze) dias de afastamento avaliados pela Gerência de Perícia Médica - GEPEM, e na necessidade da prorrogação deste, tal benefício deverá ser avaliado pelo órgão previdenciário competente (INSS). Em caso de novo benefício, pela mesma situação clínica, no prazo de até 60 (sessenta) dias a contar do último dia de afastamento, o servidor deverá solicitar prorrogação do benefício ao INSS. Em se tratando de outra patologia, o servidor será avaliado pela Gerência de Perícia Médica como se fosse uma licença inicial, independente do período decorrido desde o término na licença anterior (regulamentado pela Instrução Normativa 010/2004/DIRH/DAPS/SEA - Anexo IV). O disposto no art. 10 da Lei Complementar nº 456/09 somente se aplica ao servidor que já tenha se afastado pelo período de 3 (três) dias/mês, independente da patologia.

III - Legislação: a licença para tratamento de saúde tem por base legal:

a) a Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008 (IPREV).

Art. 60.

I - a licença para tratamento de saúde será concedida por até 2 (dois) anos, podendo ser prorrogada uma única vez por igual período, mediante manifestação de perícia médica oficial;

II - expirado o período máximo de licença e não estando em condições de reassumir o cargo ou de ser readaptado, o segurado considerado inválido para o serviço público em geral será aposentado por invalidez; e

III - o período compreendido entre o término da licença para tratamento de saúde e a publicação do ato de aposentadoria por invalidez será considerado como de prorrogação da licença.

b) a Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 65. O funcionário portador de doença transmissível poderá ser compulsoriamente licenciado, enquanto durar essa condição, a juízo do órgão sanitário.

Art. 66. A licença para tratamento de saúde será concedida por iniciativa da Administração Pública ou a pedido do funcionário ou de seu representante.

§ 1º Incumbe a Chefia imediata promover a apresentação do funcionário à inspeção médica.

§ 2º O funcionário licenciado não poderá recusar a inspeção médica, sob pena de suspensão da licença.

Art. 67. A inspeção médica será feita por intermédio de órgão médico oficial e, subsidiariamente, por outros especialistas.

§ 1º Será admitido laudo de médico ou especialista não credenciado, mediante a homologação do órgão médico oficial.

§ 2º Não sendo homologado o laudo, na forma deste artigo, o período de ausência ao trabalho será considerado como de licença para tratamento de interesses particulares, sem prejuízo das investigações necessárias, inclusive quanto à responsabilidade do médico atestante.

Art. 68. Fica impedido o funcionário licenciado para tratamento de saúde de exercer atividades remuneradas, sob pena de cassação da licença.

c) a Lei nº 6.844, de 29 de julho de 1986 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina):

Art. 101. A licença é concedida pelo prazo indicado no laudo ou atestado médico oficial.

Art. 102. O tempo necessário à inspeção é considerado como de licença para tratamento de saúde.

Art. 105. O membro do magistério não pode permanecer em licença para tratamento de saúde por prazo superior a 24 (vinte e quatro) meses, quando será, ao critério de Junta Médica Oficial, readaptado ou aposentado.

Parágrafo único. A licença concedida dentro de 60 (sessenta) dias contados do término da anterior, é considerada como prorrogação para fins deste artigo.

Art. 106. No processamento das licenças para o tratamento de saúde, deve ser observado rigoroso sigilo sobre os laudos e atestados médicos emitidos.

determinará a necessidade da apresentação de nova documentação médica, sem que este ato implique necessidade de novo atestado emitido pelo médico assistente.

No caso do servidor não concordar com o resultado deste exame, cabe pedido de reconsideração, que deverá ser solicitado por escrito ao supervisor médico ou gerente de perícia médica, dentro das próximas 48 (quarenta e oito) horas úteis.

Os pedidos de reconsideração poderão gerar indeferimentos ou agendamento para nova avaliação pericial com outro perito ou Junta Médica, ficando sob responsabilidade do servidor, a ausência laborativa gerada enquanto aguarda reavaliação pericial, no caso de confirmado o indeferimento da licença.

VI - Considerações gerais: o servidor com lesão osteoarticular e que se encontra com algum tipo de imobilização, deverá apresentar além do atestado médico comprobatório do tratamento, os exames complementares que tenha realizado.

A licença motivada por doença psiquiátrica deverá ser avaliada mediante a apresentação de atestado do médico psiquiatra e comprovação do tratamento, com base no previsto pelo Conselho Federal de Medicina. Nas licenças prolongadas ou repetidas, sugere-se parecer com perito psiquiatra, sempre que este esteja acessível ao serviço de perícia médica.

A avaliação da capacidade funcional do coração, segundo *New York Heart Association* - NYHA permite a distribuição das cardiopatias em Classes ou Graus assim descritos:

- Classe I: pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispnéia nem angina de peito;

- Classe II: pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito;

- Classe III: pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Eles se sentem bem em repouso, porém pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito;

- Classe IV: pacientes com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito, existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

Nas Classes I e II cabe licença para tratamento de saúde e/ou readaptação, devendo sempre ser avaliado com relação à atividade laborativa do servidor.

No caso de cirurgia deve-se considerar: a doença que motivou a mesma, a técnica empregada, a possibilidade de complicações e a atividade exercida pelo servidor.

Na doença infectocontagiosa a licença será concedida na fase aguda, quando houver risco de contágio ou necessidade de recuperação da capacidade laborativa do servidor.

Na doença crônica com períodos de remissão, a licença será concedida somente em fase de reagudização.

Quando uma doença alérgica se agudiza, agrava ou complica pode gerar afastamentos. Para o paciente que evolui bem com o tratamento e se mantém sob controle, a princípio não existe impedimento para o retorno às suas atividades.

As licenças concedidas em ameaça de abortamento, gestação de risco e outras situações clínicas agravantes da gestação, devem ser em geral de curta ou média duração podendo ser repetida quantas vezes se fizer necessário.

Outras afecções com solicitação de afastamento deverão ser avaliadas pelo perito examinador com base no exame clínico e exames complementares, relacionando a limitação apresentada com a atividade exercida pelo servidor. Em caso de dúvida deverá recorrer à avaliação especializada e nos casos mais complexos, o perito poderá sugerir composição de Junta Médica.

Afastamentos recorrentes, pela mesma patologia, com intervalo de tempo trabalhado menor que 60 (sessenta) dias, serão considerados prorrogação da licença anterior para fins de contagem de tempo de afastamento.

VII - Perícia em trânsito: na eventualidade do servidor encontrar-se em tratamento médico fora do seu local de lotação, poderá ser realizada perícia em trânsito, que ocorrerá na unidade pericial mais próxima (no caso do mesmo encontrar-se em outra cidade do Estado de Santa Catarina) ou em outra junta médica oficial (quando o servidor encontrar-se fora do Estado de Santa Catarina). A liberação desses procedimentos deverá necessariamente conter a autorização por escrito do supervisor médico ou gerente de perícia médica. No caso de avaliação fora do Estado, a solicitação do servidor deverá ser primeiramente encaminhada à Gerência de Perícia Médica, que providenciará documento oficial solicitando que outra junta médica oficial proceda à avaliação pericial do servidor, cabendo a este referido órgão a emissão de documento informando o número de dias concedidos (ou não) após a conclusão do exame pericial. De igual maneira, a Gerência de Perícia Médica poderá efetuar a realização de exame pericial de servidores públicos lotados em outros estados da União, desde que este procedimento seja documentado e oficialmente solicitado pelo respectivo serviço de perícia médica daquele órgão.

VIII - Períodos médios de afastamento nas licenças iniciais (afecções de maior prevalência): o quadro a seguir faz referência à sugestão ao período médio de dias a ser concedido nas patologias de maior prevalência no serviço pericial.

CID - 10	DISCRIMINAÇÃO	LICENÇA INICIAL
A-09	Gastroenterite	até 5 dias
A-16	Tuberculose	até 60 dias
A-30	Hanseníase	até 60 dias
A-37	Coqueluche	até 15 dias
A-46	Erisipela	até 15 dias
B-01	Varicela	até 10 dias

G-83	Outras síndromes paralíticas	até 60 dias
G-93	Outros transtornos do encéfalo	até 60 dias
G-96	Outros transtornos do SNC	até 60 dias
	Surdez por transtorno de condução e/ou	
H-9	neurossensorial	até 30 dias
H-10	Conjuntivites	até 05 dias
H-11.0	Pterígio (pós-cirurgia)	até 15 dias
H-16	Ceratite	até 30 dias
H-25	Catarata Senil (pós-cirurgia)	até 30 dias
H-33	Descolamentos e defeitos da retina	até 30 dias
H-54	Cegueira e visão sub-normal	até 60 dias
H-40	Glaucoma	até 15 dias
H-65	Otite média não-supurativa	até 10 dias
	Otite média supurativa e as não	
H-66	especificadas	até 15 dias
H-81.1	Vertigem paroxística benigna	até 7 dias
H-81.0	Doença de <i>Meniere</i>	até 30 dias
H-81.2	Neurite vestibular	até 30 dias
	Síndromes vertiginosas em doenças	
H-82	classificadas em outra parte	até 15 dias
H-83	Outros transtornos do ouvido interno	até 15 dias
	Febre reumática sem comprometimento	
I-00	cardíaco	até 30 dias
	Febre reumática com comprometimento	
I-01.0 a 01.9	cardíaco	até 60 dias
I-10	Hipertensão arterial essencial	até 30 dias
	Hipertensão secundária (doenças	
I-11 a 15	cardíacas, renal ou mista)	até 60 dias
	Doenças isquêmicas do coração (pós-	
I-20 a 25	cirurgia)	até 90 dias
I-20	Angina <i>pectoris</i>	até 30 dias
I-21	Infarto agudo do miocárdio	até 90 dias
I-25	Doença isquêmica crônica do coração	até 60 dias
I-26	Embolia pulmonar	até 45 dias
I-30	Pericardite aguda	até 60 dias
I-33	Endocardite aguda	até 60 dias
I-40	Miocardite aguda	até 60 dias
I-42 a 43	Cardiomiopatias dilatadas	até 60 dias
I-47	Taquicardia paroxística	até 30 dias
I-48	Flutter e Fibrilação Atrial	até 30 dias
I-49	Outras arritmias cardíacas	até 30 dias
I-50	Insuficiência cardíaca	até 60 dias
I-69	Hemorragia subaracnóidea	até 90 dias
I-61	Hemorragia intracerebral	até 90 dias
I-63	Infarto cerebral	até 90 dias
	AVC não especificado como	
I-64	hemorrágico ou isquêmico	até 90 dias
I-69	Sequelas de doenças cérebro vasculares	até 30 dias
I-70	Aterosclerose	até 60 dias
I-71	Aneurisma e dessecção da aorta	até 30 dias

M-45	Espondilite ancilosante	até 60 dias
M-50	Transtornos dos discos cervicais	até 30 dias
M-51	Outros transtornos dos discos intervertebrais	até 30 dias
M-51.0	Transtornos de discos lombares e outros c/miopatia	até 60 dias
M-51.1	Transtornos de discos lombares e outros c/radiculopatia	até 60 dias
M-53	Outras dorsopatias	até 15 dias
M-53.1	Síndrome cérvico braquial	até 10 dias
M-53.2	Instabilidades da coluna vertebral	até 15 dias
M-54	Dorsalgias	até 10 dias
M54.1	Radiculopatia	até 30 dias
M-54.2	Cervicalgia	até 10 dias
M-54.3	Ciática	até 10 dias
M-54.4	Lumbago c/ciática	até 10 dias
M-54.5	Dor lombar baixa/lumbago	até 10 dias
M-54.8	Outra dorsalgia	até 7 dias
M-54.9	Dorsalgia não especificada	até 10 dias
M-65.8	Sinovite e tenossinovite	até 15 dias
M-65.9	Sinovite e tenossinovite não especificada	até 15 dias
M-67	Outros transtornos das sinóvias e tendões	até 15 dias
M-70	Transtornos dos tecidos moles relacionados com uso excessivo	até 15 dias
M-70.3	Outras bursites do cotovelo	até 15 dias
M-70.5	Outras bursites do joelho	até 15 dias
M-70.6	Bursite/tendinite trocantérica	até 20 dias
M-71	Outras bursopatias	até 15 dias
M-71.3	Outros cistos da bolsa sinovial (pós- cirurgia)	até 10 dias
M-75	Capsulite adessiva do ombro	até 30 dias
M-75.1	Síndrome do manguito rotador	até 30 dias
M-75.2	Tendinite bicipital	até 30 dias
M-75.5	Bursite do ombro	até 30 dias
M-76	Entesopatias dos MMII excluindo o pé	até 30 dias
M-76.6	Tendinite/bursite aquileana	até 30 dias
M-77.0	Epicondilite medial e lateral	até 30 dias
M-77.3	Esporão do calcâneo	até 30 dias
M-79.0	Reumatismo não especificado	até 15 dias
M-79.1	Mialgia	até 10 dias
M-79.2	Neuralgia e neurite não especificada	até 15 dias
M-79.6	Dor em membro	até 7 dias
M-80	Osteoporose com fratura patológica	até 60 dias
M-81	Osteoporose sem fratura patológica	até 10 dias
M-86	Osteomielites	até 60 dias
M-88	Doenças de <i>Paget</i> (osteíte deformante)	até 60 dias
N-02.9	Hematúria recidivante e rersistente não especificada	até 5 dias

N-02.0	Hematúria recidivante lesões mínimas	até 7 dias
N02.1 a	Hematúria recidivante (glomérulo-	
N02.8	nefrites)	até 30 dias
N-10	Nefrite túbulo-intersticial aguda (pielonefrite)	até 15 dias
N-16	Nefrite túbulo-intersticial em doenças classificadas em outra parte	até 30 dias
N-17	Insuficiência renal aguda	até 30 dias
N-18	Insuficiência renal crônica	até 30 dias
N-20	Calculose do rim e ureter	até 15 dias
N-21	Calculose do trato urinário inferior (bexiga/uretra)	até 7 dias
N-23	Cólica nefrética/cólica renal	até 10 dias
N30.0	Cistite aguda	até 5 dias
N-39.0	Infecções do trato urinário de localização não especificada	até 7 dias
N-39.4	Outras incontínências urinárias especificadas (pós-cirurgia)	até 30 dias
N-41.0	Prostatite aguda	até 7 dias
N-45	Orquite e epididimite	até 10 dias
N-61	Transtornos inflamatórios da mama (abscesso/mastite) (drenagem)	até 10 dias
N-62	Hipertrofia da mama (ginecomastia/gigantomastia) (cirurgia)	até 30 dias
N-63	Nódulo mamário não especificado (cirurgia)	até 15 dias
N-70	Salpingite e ooforite	até 10 dias
N-75	Doenças da glândula de <i>Bartholin</i> (cisto, abscesso, bartolinte)	até 7 dias
N-80	Endometriose (cirurgia/laparoscopia)	até 15 dias
N-83.0	Cisto do ovário (cirurgia/laparoscopia)	até 15 dias
N-92	Menstruação excessiva, frequente e irregular	até 5 dias
N-95.1	Estado da menopausa e do climatério feminino	até 7 dias
N-96	Abortamento habitual	até 10 dias
O-03.9	Aborto espontâneo completo ou não especificado sem complicações	até 7 dias
O-13	Hipertensão gestacional leve	até 7 dias
O-14.0	Pré-eclâmpsia moderada	até 15 dias
O-14.1	Pré-eclâmpsia grave	até 30 dias
O-14.9	Pré-eclâmpsia não especificada	até 30 dias
O-15	Eclampsia	até 45 dias
O-16	Hipertensão materna não especificada (transitória da gravidez)	até 7 dias
O-20.0	Ameaça de aborto	até 15 dias
O-20.8	Outras hemorragias do início da gravidez	até 15 dias
O-21.0	Hiperêmese gravídica leve	até 5 dias
O-21.9	Vômitos da gravidez não especificados	até 7 dias

CAPÍTULO X

DA LICENÇA E PROCEDIMENTOS DECORRENTES DE ACIDENTE NO TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL

I - Conceito: licença solicitada para o servidor que, por motivo de acidente de trabalho ou doença profissional, esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções. Para concessão da licença é indispensável o exame médico pericial, que determinará o prazo da mesma, bem como a avaliação do nexa causal pela Gerência de Saúde Ocupacional - GESAO, caracterizando a doença profissional ou o acidente de trabalho.

II - Objetivo: o servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou que tenha adquirido doença profissional tem direito à Licença para Tratamento de Saúde, obedecendo aos critérios periciais descritos no Capítulo anterior. A caracterização do acidente de trabalho ou doença profissional justifica a Licença para Tratamento de Saúde decorrente de acidente de serviço, que possibilitará o requerimento do ressarcimento das despesas médicas.

III - Legislação:

a) Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008:

Art. 60.

[...]

§ 6º Considera-se acidente em serviço, para os efeitos desta Lei Complementar:

I - o acidente ligado ao serviço que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a perda da capacidade para o trabalho do segurado;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e horário de trabalho; e

III - a doença proveniente de contaminação acidental do segurado no exercício do cargo ou da função.

§ 7º Equipara-se a acidente em serviço, o sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de serviço, quando:

I - na realização de serviço relacionado ao cargo ou função;

II - na prestação espontânea de serviço ao Estado para evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

III - em viagem a serviço, inclusive para estudo, quando financiada pelo Estado, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; e

IV - no percurso da residência para o local de trabalho ou dele para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

[...]

b) Decreto nº 1.456, de 23 de dezembro de 1996: dispõe sobre a assistência aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional, nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo.

c) Instrução Normativa nº 008/00/SEA/DIRH: dispõe sobre os procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento de despesas aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional (Anexo IX).

IV - Operacionalização: os procedimentos para concessão da licença são os mesmos previstos para a Licença para Tratamento de Saúde, acrescido da apresentação pelo servidor da Comunicação Estadual de Acidente no Trabalho - CEAT devidamente preenchida pelo setorial/seccional de recursos humanos de seu órgão de origem, a qual deverá ser encaminhada à Gerência de Saúde Ocupacional - GESAO que procederá ao enquadramento legal da licença depois de verificada a existência de nexos causal.

CAPÍTULO XI

DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE PESSOA DA FAMÍLIA

I - Conceito: benefício concedido ao servidor efetivo (por período integral ou com redução de uma quarta parte da jornada) com objetivo de assistência familiar, pelo período máximo de 2 (dois) anos.

II - Objetivo: licença concedida ao servidor efetivo, na forma da legislação específica, por motivo de doença em ascendente, descendente, afim até segundo grau, ou cônjuge do qual não esteja legalmente separado ou de pessoa que viva as suas expensas e conste de seu assentamento funcional. Esse benefício não é devido a servidores com contrato temporário ou comissionados, em virtude de não haver amparo legal na legislação previdenciária vigente.

III - Modalidades: licença para tratamento de saúde em pessoa da família por ser:

a) Período integral: licença solicitada pelo servidor que, por motivo de doença comprovada em pessoa da família ou pessoa que vive sob sua dependência, necessite de sua assistência. O servidor informará sobre a situação familiar, reservando-se ao órgão pericial o direito de verificar através de pesquisa social, a veracidade das informações prestadas.

A doença de pessoa da família deverá ser comprovada mediante apresentação de atestado de saúde, exames complementares, declaração hospitalar e o familiar enfermo deverá ser submetido à avaliação médico-pericial, quando necessário.

ou perícia móvel, quando entender que a situação clínica gera dúvidas quanto a real necessidade de acompanhamento familiar.

Em casos de extrema impossibilidade (cirurgias, internações, etc.), tal prazo poderá ser desconsiderado, a critério do supervisor médico ou gerente de perícia médica, de acordo com documentos que comprovem esta situação clínica.

Ressalta-se que cabe à chefia imediata, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas do recebimento do atestado de saúde, providenciar agendamento da avaliação médica pericial e comunicar ao servidor para comparecimento.

O agendamento somente será efetuado fora do prazo das primeiras 48 (quarenta e oito) horas, desde que exista justificativa técnica efetuada pela chefia imediata e servidor e autorização do Supervisor Médico ou Gerente de Perícia Médica, após análise da referida justificativa, sem o qual, tal período de afastamento deverá ter resolução administrativa.

Na eventualidade da falta ao exame pericial, este somente será reagendado, por autorização do supervisor médico ou gerente de perícia médica, mediante justificativa técnica, efetuado dentro do prazo de 48 (quarenta e oito) horas da data do agendamento inicial, com as devidas comprovações técnicas que impossibilitaram o referido comparecimento, sem o qual o citado período de afastamento, deverá ter resolução administrativa.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, o servidor recebe diretamente do médico-perito que realizou o seu exame, o Comunicado do Resultado do Exame Médico - CREM, contendo o número de dias concedidos, ou não, bem como a indicação de alta pericial ou necessidade de reagendamento quando houver indicação clínica.

No caso do servidor não concordar com o resultado deste exame, cabe pedido de reconsideração, que deverá ser solicitado por escrito ao supervisor médico ou gerente de perícia médica, dentro das próximas 48 (quarenta e oito) horas úteis.

Os pedidos de reconsideração poderão gerar indeferidos ou agendamento para nova avaliação pericial com outro perito ou Junta Médica, ficando sob responsabilidade do servidor, a ausência laborativa gerada enquanto aguarda reavaliação pericial, no caso de confirmado o indeferimento da licença.

CAPÍTULO XII DA LICENÇA À GESTANTE

I - Objetivo: à funcionária gestante é assegurada após inspeção médica, licença remunerada de 180 (cento e oitenta) dias, sendo que esta poderá ser concedida a partir de 28 (vinte e oito) dias anteriores à data prevista do parto, mediante avaliação pericial, ou podendo ocorrer, no caso de parto antecipado, a partir da 23^a (vigésima terceira) semana de gestação. Caso a servidora trabalhe até o dia do parto, a licença à gestante iniciará nesta data e o benefício será concedido administrativamente mediante a

por motivo de: casamento; nascimento do filho; falecimento do cônjuge ou companheiro e parente de até segundo grau; e adoção ou consecução de guarda para fins de adoção de criança de até 06 (seis) anos incompletos.

Parágrafo único. O servidor efetivo, quando do nascimento de seu filho, poderá faltar ao serviço por até 15 (quinze) dias consecutivos.

Art. 4º É assegurado ao servidor efetivo licença de 180 (cento e oitenta) dias em caso de adoção de criança de até 06 (seis) anos incompletos, ou quando obtiver judicialmente a sua adoção ou guarda para fins de adoção.

§ 1º Em caso de adoção por cônjuge ou companheiro, ambos servidores públicos efetivos, a licença de que trata o caput deste artigo será concedida da seguinte forma:

I - 180 (cento e oitenta) dias ao servidor adotante que assim requerer; e

II - 15 (quinze) dias ao servidor, cônjuge ou companheiro adotante que assim requerer.

§ 2º O servidor deverá requerer a licença de que trata o caput deste artigo à autoridade competente, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar da expedição, conforme o caso, do termo de adoção ou do termo de guarda para fins de adoção.

§ 3º O requerimento de que trata o § 2º deste artigo deverá estar instruído com as provas necessárias à verificação dos requisitos para a concessão da licença.

§ 4º A não observância do disposto nos §§ 2º e 3º deste artigo implicará em indeferimento do pedido de licença.

Art. 5º Ao servidor efetivo é assegurada licença-paternidade nos termos do art. 4º, por todo o período da licença-maternidade ou pela parte restante que dela caberia à mãe em caso de falecimento da mesma ou de abandono do lar, seguida de guarda exclusiva da criança pelo pai, mediante provas ou declaração firmada por autoridade judicial competente.

b) Lei Complementar nº 434, de 7 de janeiro de 2009 (relativa ao Ministério Público Estadual):

Art. 1º O artigo 193 da Lei Complementar 197, passa a vigorar acrescido dos §§ 1º, 2º e 3º com a seguinte redação:

§ 1º A licença ‘a gestante de que trata o *caput* será prorrogada por sessenta dias além do prazo fixado no art. 188, inciso III, desta Lei Complementar.

§ 2º A prorrogação de que trata o parágrafo anterior não é automática, dependendo de requerimento a ser subscrito pela licenciada antes do dia previsto para o término da licença em curso.

§ 3º A licença e a respectiva prorrogação referidas nos parágrafos anteriores são garantidas também “a Procuradora de Justiça ou à Promotora de Justiça que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança”.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão da licença à gestante antes do parto, é indispensável o exame médico pericial, que comprovará, mediante apresentação de atestado de saúde, ultrassonografia obstétrica ou cartão pré-natal, a correspondente idade gestacional e compatibilidade técnica e legal com o início do correspondente período gestacional.

IV - Operacionalização: de posse do atestado de saúde solicitando licença gestação, a servidora deverá solicitar à chefia imediata, no prazo de no máximo 48 (quarenta e oito) horas úteis a partir da data de início do afastamento, agendamento para avaliação médica pericial à Gerência de Perícia Médica, onde deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munidos do atestado de saúde, documento de

identidade, ficha de afastamento (emitido pelo órgão de origem e assinado pela chefia imediata) e cartão pré-natal e/ou última ultrassonografia obstétrica realizada.

Nos casos de gestação de alto risco, mediante comprovação de atestado e/ou laudo médico complementar, se aceita que o exame pericial seja realizado por terceiros, a fim de assegurar a integridade física materno-fetal. No caso de servidoras temporárias e/ou comissionadas, com gestação de alto risco, que necessitem de afastamento antes de completar o 8º (oitavo) mês de gestação, após o 15º (décimo quinto) dia devem ser encaminhadas, após avaliação da Gerência de Perícia Médica, ao INSS, como auxílio-doença.

Ressalta-se que cabe à chefia imediata, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas do recebimento do atestado de saúde, providenciar agendamento da avaliação médica pericial e comunicar o servidor para comparecimento.

No caso da servidora ter trabalhado até a data do parto, a licença poderá ser implantada no Sistema de Informações diretamente pelo setor de recursos humanos do órgão de origem, sem necessidade de exame pericial pela Gerência de Perícia Médica.

V - Resultado da Avaliação Pericial: concluído o exame pericial, o servidor recebe diretamente do médico perito que realizou o seu exame, o Comunicado do Resultado do Exame Médico - CREM, contendo o número de dias concedidos.

CAPÍTULO XIII DA READAPTAÇÃO FUNCIONAL

I - Conceito: benefício concedido, de acordo com a legislação vigente, quando houver redução da capacidade física ou psíquica do servidor efetivo e quando houver fatores agravantes à sua doença no exercício da sua função, não se justificando licença para tratamento de saúde ou aposentadoria por invalidez. Não compete à Gerência de Perícia Médica a avaliação de solicitação de readaptação e/ou reabilitação profissional de servidores com contrato temporário ou cargo comissionado, atividades periciais inerentes à Perícia Médica do Regime Geral de Previdência (INSS).

II - Objetivo: ao servidor efetivo deverá ser assegurado o exercício de atividades compatíveis com sua limitação física ou psíquica, podendo ou não, ser afastado de seu ambiente de trabalho.

As atividades do servidor readaptado deverão ser desempenhadas sem restrições, não podendo no futuro ser concedida licença para tratamento de saúde pela mesma patologia que motivou a readaptação funcional, salvo nos casos de reagudização clínica.

Na readaptação funcional é importante considerar além da doença e da capacidade laborativa residual existente, a idade do servidor, seu tempo de serviço e seu grau de instrução.

READAPTACÃO	2	“Leve limitações na atividade usual”: isto inclui andar ou subir escadas rapidamente, subir ladeiras, andar ou subir escadas após as refeições, ou no frio ou no vento ou sob tensão emocional ou durante poucas horas após levantar; andar mais de 2 (dois) quarteirões (200 m) em terreno plano e subir mais de um lance de escadas comuns em passo normal e em condições normais.
LTS	3	“Limitação acentuada na atividade física: usual”: inclui andar 1 (um) ou 2 (dois) quarteirões em terreno plano e subir um lance de escada em condições normais. normais
	4	“Inabilidade em praticar qualquer atividade física sem desconforto - a síndrome de angina pode estar presente no repouso”.

Tabela 1: atividades laborativas/classificação de angina de esforço

CLASSIFICAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		
READAPTAÇÃO	Grau	Características
	1	Pacientes com doenças cardíacas, mas sem limitações durante a atividade física usual.
	2	Leve limitação causada por doenças cardíacas. Atividades tais como andar causam dispnéia.
LTS	3	Limitação acentuada. Sintomas são provocados facilmente, por exemplo, andar em terreno plano.
	4	Falta de ar durante o repouso.

Tabela 2: atividades laborativas/classificação de insuficiência cardíaca

A readaptação está indicada em paciente portador de doença alérgica sempre que se comprovar a presença de alérgenos ou fatores agravantes da alergia no local de trabalho.

Nos casos de deficiência visual gerando incapacidade para o cargo exercido, mas podendo o servidor exercer outras atividades em função da visão residual existente, será proposta readaptação funcional.

Nos casos de epilepsia refratária em servidor que exerça atividade que coloque em risco sua vida ou de terceiros haverá indicação de readaptação.

As doenças neurológicas degenerativas e sequelares, com capacidade laborativa residual, são passíveis de readaptação.

II - para o membro do magistério que, por problema de saúde, fique impedido do exercício em seu local de trabalho, comprovado mediante relatório detalhado, no qual fique evidenciado de que forma a mudança do local de trabalho contribuirá no tratamento médico, expedido pelo órgão médico oficial;

III - para o membro do magistério quando o cônjuge, filho ou genitor que viva a suas expensas necessitar de tratamento médico especializado por período superior a 1 (um) ano, que impeça o exercício em seu local de trabalho, comprovado por relatório motivado, expedido pelo órgão Médico Oficial. (Redação dada pela Lei Complementar nº 48, de 5 de fevereiro de 1992).

REDAÇÃO ANTERIOR

II - para o membro do magistério que apresentar problema de saúde que impeça o exercício em seu local de lotação, comprovado por Junta Médica Oficial;

III - para o membro do magistério, quando o cônjuge ou filho que viva a s suas expensas necessitar de tratamento médico especializado por período superior a 1 (um) ano, comprovado por Junta Médica Oficial; (Redação original).

c) Lei nº 6.843, de 28 de julho de 1986 (Estatuto da Polícia Civil do Estado de Santa Catarina):

Art. 71. A remoção a pedido e por permuta só pode ser concedida ao policial após 2 (dois) anos de efetivo exercício no local de sua lotação.

§ 1º O prazo deste artigo pode ser reduzido se comprovada a necessidade de tratamento médico especializado, por Junta Médica Oficial do Estado, do policial, de sua mulher, filho ou dependente que conviva consigo as suas expensas e subordinação.

[...]

IV - Operacionalização: o benefício deverá ser solicitado, via processo administrativo ou pericial, à Gerência de Perícia Médica, a qual cabe a avaliação da situação funcional do referido servidor, bem como a realização de agendamento do mesmo, para avaliação pericial (médico e serviço social ou psicólogo).

O servidor deverá comparecer na Gerência de Perícia Médica, na data e horário previamente agendado, munido de atestado de saúde e exames complementares que caracterizem sua patologia e/ou de seu dependente legal.

V - Laudo pericial: assim como na readaptação, após a conclusão da avaliação médico-pericial, o processo será encaminhado à Comissão Técnica Pericial, que após análise do mesmo, emitirá Termo de Inspeção de Saúde concedendo ou não o benefício.

VI - Resultado Pericial: o resultado pericial da solicitação de remoção será encaminhado administrativamente, após avaliação pela Comissão Técnico-Pericial - CTP que fará emissão de laudo pericial específico. No caso de indeferimento do benefício, o servidor tem direito a pedido de reconsideração pericial, que deve ser formulado por escrito (com justificativa técnica) e encaminhado à gerente ou supervisor de perícia médica, que concluirá pelo indeferimento definitivo ou reagendamento com Junta Médica. A avaliação pericial concluirá pela remoção, quando justificada, com menção de dados técnicos que contribuam para recuperação da saúde do servidor (por ex: para localidade próxima ao domicílio, para localidade que possibilite acesso ao tratamento, etc.), não sendo competência da Gerência de Perícia Médica a especificação nominal da futura lotação.

VII - Situações Periciais Definidas por Parecer da Consultoria Jurídica:

a) Remoção Durante Estágio Probatório: em função das diversas e conflitantes publicações constantes das normais legais, foi solicitado esclarecimento dessa matéria à Consultoria Jurídica da Secretaria de Estado de Administração, que concluiu (Anexo VII) pela autonomia de decisão da Gerência de Perícia Médica, independente de estágio probatório, sempre que exista justificativa pericial por motivo de saúde.

CAPÍTULO XV DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

I - Conceito: benefício pericial indicado para o servidor considerado inválido para todas as funções do cargo e para o trabalho em geral de forma definitiva, depois de verificada a impossibilidade de readaptação, de acordo com a legislação vigente.

II - Objetivo: o servidor efetivo poderá ser aposentado por invalidez, com proventos integrais ou proporcionais, quando comprovada sua incapacidade total e definitiva para o trabalho, não se vislumbrando a possibilidade da readaptação funcional. Quando a aposentadoria for decorrente de acidente de trabalho, de doença profissional (com caracterização de causa e efeito entre a moléstia e a atividade exercida) ou de doença grave especificada na legislação específica, será concedida aposentadoria definitiva com proventos integrais. Nas demais patologias, não abrangidas pela legislação acima referida, a aposentadoria será concedida com proventos proporcionais.

III - Legislação: o enquadramento pericial tem como fundamento legal:

a) a Constituição Federal do Brasil (art. 40): “Aos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, é assegurado regime de previdência de caráter contributivo e solidário, mediante contribuição do respectivo ente público, dos servidores ativos e inativos e dos pensionistas, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial e o disposto neste artigo (Redação dada ao artigo pela [Emenda Constitucional nº 41](#), de 19/12/2003).

§ 1º Os servidores abrangidos pelo regime de previdência de que trata este artigo serão aposentados, calculados os seus proventos a partir dos valores fixados na forma dos §§ 3º e 17 (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 41 de 19/12/2003).

I - por invalidez permanente, sendo os proventos proporcionais ao tempo de contribuição, exceto se decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, na forma da lei; (Redação dada pela [Emenda Constitucional nº 41](#), de 19/12/2003).

b) a Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008:

Art. 60. O segurado será aposentado por invalidez permanente:

I - com proventos proporcionais ao tempo de contribuição previdenciária, observado o disposto no art. 70 desta Lei Complementar; ou

- VI - doença de *Parkinson*;
- VII - espondiloartrose anquilosante;
- VIII - estado avançado da doença de *Paget* - osteíte deformante;
- IX - hanseníase, com sequelas graves e incapacitantes;
- X - hepatopatia grave;
- XI - nefropatia grave;
- XII - neoplasia maligna;
- XIII - paralisia irreversível e incapacitante;
- XIV - síndrome da imunodeficiência adquirida; e
- XV - tuberculose, com sequelas graves e incapacitantes.

§ 9º O pagamento do benefício de aposentadoria por invalidez decorrente de alienação mental somente será feito ao curador do segurado, condicionado à apresentação do termo de curatela.

§ 10. A aposentadoria por invalidez será concedida com base na legislação vigente na data definida em laudo médico-pericial como de início da incapacidade total e definitiva para o trabalho ou, na impossibilidade de tal definição, na data de sua expedição.

§ 11. O IPREV, quando, de qualquer forma, tiver conhecimento que o segurado inativo, aposentado por invalidez permanente, exerce qualquer atividade laboral, determinará a instauração de processo administrativo competente para apuração dos fatos, observado o contraditório e a ampla defesa.

§ 12. No caso previsto no § 11 poderá o IPREV determinar que o segurado inativo seja submetido imediatamente à nova avaliação médico-pericial.

§ 13. Em havendo recusa do segurado em se submeter à perícia será determinada a imediata suspensão do pagamento dos proventos.

Art. 70. No cálculo dos proventos das aposentadorias referidas nos artigos. 60 desta Lei Complementar será considerada a média aritmética simples das maiores remunerações ou subsídios, utilizados como base de cálculo para as contribuições do segurado aos regimes de previdência a que esteve vinculado, correspondentes a 80% (oitenta por cento) de todo o período contributivo desde a competência relativa ao mês de julho de 1994 ou desde a do início da contribuição, se posterior àquela competência.

§ 1º As remunerações consideradas no cálculo do valor inicial dos proventos terão os seus valores atualizados, mês a mês, de acordo com a variação integral do índice fixado para a atualização dos salários de contribuição considerada no cálculo dos benefícios do RGPS.

§ 2º Nas competências a partir de julho de 1994, em que não haja ocorrido contribuição para regime próprio, a base de cálculo dos proventos será a remuneração do servidor no cargo efetivo, inclusive no período em que houve isenção de contribuição.

§ 3º Os valores das remunerações a serem utilizadas no cálculo de que trata este artigo serão comprovados mediante documento fornecido pelos órgãos e pelas entidades gestoras dos regimes de previdência a que o servidor esteve vinculado, ou por outro documento público, na forma do regulamento.

§ 4º Para os fins deste artigo, as remunerações consideradas no cálculo da aposentadoria, atualizadas na forma do § 1º, não poderão ser:

I - inferiores ao valor do salário-mínimo nacional; ou

II - superiores ao limite máximo do salário de contribuição, quanto aos meses em que o servidor esteve vinculado ao RGPS.

§ 5º Os proventos, calculados de acordo com o caput, por ocasião de sua concessão não poderão exceder à remuneração do respectivo segurado no cargo efetivo em que se deu a aposentadoria.

§ 6º Para o cálculo dos proventos proporcionais ao tempo de contribuição será utilizada fração cujo numerador será o seu tempo total e o denominador, o tempo necessário à respectiva aposentadoria voluntária com proventos integrais, observando-se, quanto à aposentadoria por invalidez, o disposto no § 9º deste artigo.

§ 7º A fração de que trata o § 6º deste artigo será aplicada sobre o valor dos proventos calculados nos termos do caput, observando-se, previamente, a aplicação do limite de remuneração do cargo efetivo de que trata o § 5º deste artigo.

§ 8º Os períodos de tempo utilizados no cálculo previsto no § 6º deste artigo serão considerados em número de dias.

§ 9º Os proventos, quando proporcionais ao tempo de contribuição, no caso de aposentadoria por invalidez concedida a partir da entrada em vigor desta Lei Complementar, serão fixados no mínimo em 70% (setenta por cento) do valor a que o segurado teria direito, calculados na forma estabelecida no *caput* deste artigo e em seus §§ 1º a 5º, acrescidos de 1% (um por cento) por ano de contribuição, se mulher, e 0,86% (zero vírgula oitenta e seis centésimos por cento), se homem, até o limite de 100% (cem por cento).

§ 10. Nos casos de aposentadoria compulsória ou por invalidez, se atendidos os requisitos para aposentadoria voluntária cujos cálculos ou critérios de reajustamento dos proventos sejam mais vantajosos será garantido direito de opção ao segurado.

c) a Lei Complementar nº 470, de 9 de dezembro de 2009:

Art. 5º.....

[...]

§ 2º Os casos de aposentadoria por invalidez terão prioridade sobre os demais processos, sendo autorizado o servidor afastar-se imediatamente após a emissão do Laudo Pericial.

IV - Operacionalização: considerando-se que a aposentadoria por invalidez sempre será precedida de licença para tratamento de saúde, os procedimentos descritos naquele benefício também se aplicam neste caso, salvo quando, para conclusão final e por determinação da supervisão médica ou gerente de perícia médica, o servidor seja agendado para avaliação por Junta Médica a fim de definir o benefício indicado pelo médico assistente ou pelo médico perito, que anteriormente tenha atendido aquele servidor em exame pericial para avaliação de capacidade laborativa e constatada impossibilidade de retorno ao trabalho.

V - Resultado Pericial: a conclusão do exame pericial que decidiu, ou não, pelo indicativo de aposentadoria por invalidez, será encaminhada após confecção do laudo de incapacidade laborativa definitiva, com assinatura dos peritos médicos, revisão pelo supervisor, gerente de perícia médica e autoridade diretora, para o setor de recursos humanos onde o servidor estiver lotado.

No caso de indeferimento do benefício, o servidor tem direito a pedido de reconsideração pericial, que também deve ser feito à Gerência de Perícia Médica, juntamente com exames complementares e/ou parecer técnico que justifiquem a mudança do parecer anterior. Tal documentação deverá ser encaminhada à referida gerência que concluirá pelo indeferimento definitivo ou reagendamento com Junta Médica.

VI - Critérios Médico-Periciais para Concessão de Aposentadoria com Integralidade: com base no enunciado definido na Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008, os seguintes critérios periciais deverão ser observados para enquadramento técnico de aposentadoria com proventos integrais:

a) alienação Mental

Dados técnicos - a avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes nas seguintes classes ou graus:

a) Grau I: pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação para a atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito;

b) Grau II: pacientes portadores de doença cardíaca com leve limitação para a atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;

c) Grau III: pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação para a atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;

d) Grau IV: pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilitam de qualquer atividade física. Esses pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

Diagnóstico clínico - os meios de diagnóstico empregados na avaliação da capacidade funcional do coração são os seguintes:

a) história clínica, com dados evolutivos da doença;

b) exame clínico;

c) eletrocardiograma, em repouso;

d) eletrocardiografia dinâmica (*Holter*);

e) teste ergométrico;

f) ecocardiograma, em repouso;

g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;

h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;

i) cintilografia miocárdica, associada ao teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);

j) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;

k) cinecoronarioventriculografia;

l) angiotomografia coronariana.

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

Quadro clínico - o quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave estão relacionados para as seguintes cardiopatias:

a) cardiopatia isquêmica;

b) cardiopatia hipertensiva;

c) miocardiopatias;

d) valvopatias;

e) cardiopatias congênitas;

- c) diagnóstico na infância (baixa idade);
- d) hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T:

- 1 - cardiomegalia;
- 2 - disfunção ventricular esquerda sistólica e/ou diastólica;
- 3 - fibrilação atrial;
- 4 - Síndrome de *Wolff - Parkinson - White*;
- 5 - arritmias ventriculares complexas;
- 6 - regurgitação mitral importante;
- 7 - doença arterial coronária associada;
- 8 - forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50

mm Hg.

3.2) miocardiopatias dilatadas, com as seguintes características:

- a) histórias de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia importante;
- c) ritmo de galope (B3);
- d) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- e) fração de ejeção menor ou igual a 0.30;
- f) fibrilação atrial;
- g) arritmias ventriculares complexas;
- h) distúrbios da condução intraventricular.

3.3) miocardiopatia restritiva (endomiocardiofibrose, fibroelastose), sendo sua gravidade caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia;
- c) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- d) envolvimento do ventrículo direito ou biventricular;
- e) fibrose acentuada;
- f) regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.

3.4) cardiopatia chagásica crônica, sendo sua gravidade caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia acentuada;
- c) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
- d) fibrilação atrial;
- e) arritmias ventriculares complexas;
- f) bloqueio bi ou trifascicular sintomático;
- g) bloqueio atrioventricular de grau avançado.

4. arritmias cardíacas, constituem características de maior gravidade:

- a) disfunção do nó sinusal, sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmia, e especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia;
- b) bradiarritmias: bloqueio atrioventricular (BAV) do 2º grau, tipo II, ou BAV avançado;

c) bloqueio atrioventricular total: sintomático; com resposta cronotrópica inadequada ao esforço; com cardiomegalia progressiva; com insuficiência cardíaca; fibrilação atrial com resposta ventricular baixa; bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca);

d) taquiarritmias:

1 - taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia;

2 - taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos) de qualquer etiologia e desencadeadas por qualquer mecanismo;

e) síndrome de pré-excitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos;

f) portadores de marcapasso cardíaco definitivo (anti-bradi ou antitaquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

5. cor pulmonale crônico - constituem características de maior gravidade:

a) quadro clínico:

1 - manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);

2 - insuficiência cardíaca direita;

3 - dores anginosas;

4 - crises sincopais;

5 - hiperfonese da segunda bulha no foco pulmonar;

6 - galope ventricular direito (B3) - PO₂ < 60 mm Hg; PCO₂ > 50 mm

Hg;

b) eletrocardiograma: sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas;

c) ecocardiografia:

1 - hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica;

2 - grande dilatação do átrio direito;

3 - pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, > 60 mm Hg;

4 - insuficiência tricúspide importante;

5 - inversão do fluxo venoso na sístole atrial;

d) estudo hemodinâmico:

1 - dilatação do tronco da artéria pulmonar;

2 - dilatação do ventrículo direito;

3 - dilatação do átrio direito;

4 - pressão na artéria pulmonar maior ou igual a 60 mm Hg;

5 - pressão no átrio direito maior ou igual a 15 mm Hg;

4 - piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda;

5 - queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço;

e) medicina nuclear associada à teste ergométrico: comportamento anormal da fração de ejeção;

f) hemodinâmica e angiografia:

1 - baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aorto-ventriculares;

2 - pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (maior ou igual a 20 mm Hg);

3 - opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (Graus III e IV de *Sellers*);

4 - fração de regurgitação igual ou maior do que 60%.

7.4) estenose aórtica - caracterizada por:

a) quadro clínico:

1 - sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);

2 - angina de peito;

3 - presença de terceira bulha;

4 - insuficiência cardíaca;

5 - pressão arterial diferencial reduzida;

6 - pico tardio de intensidade máxima do sopro;

7 - desdobramento paradoxal da segunda bulha;

8 - fibrilação atrial;

b) eletrocardiograma:

1 - sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnivelamento de ST e onda T negativa, em precordiais esquerdas;

2 - sobrecarga atrial esquerda;

3 - fibrilação atrial;

4 - arritmias ventriculares;

5 - bloqueio atrioventricular total;

c) ecocardiograma:

1 - área valvar menor ou igual a 0,75 cm²;

2 - gradiente médio de pressão transvalvar aórtica maior ou igual a 50 mm Hg;

3 - gradiente máximo maior ou igual a 70 mm Hg;

4 - sinais de hipocinesia ventricular esquerda;

d) hemodinâmica:

1 - área valvar igual ou menor a 0,75 cm²;

2 - hipocinesia ventricular esquerda;

igual ou superior a 20/700 *Snellen*; bem como, em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de *Snellen*;

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

Grau III: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/400 *Snellen*, e a mínima igual ou superior a 20/1200 *Snellen*;

Grau IV: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20000 *Snellen* ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 1 (um) metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

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

Avaliação da acuidade visual - escalas adotadas:

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, a avaliação pericial adotará as escalas *Snellen* e Decimal na avaliação da acuidade visual para longe, e a escala *Jaeger* na avaliação da acuidade visual para perto.

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe:

<i>SNELLEN</i>	DECIMAL	% DE VISÃO (eficiência visual)
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/30	0,6	91,4
20/40	0,5	83,6
20/50	0,4	76,5
20/60	0,3	69,9
20/70	0,28	63,8
20/80	0,25	58,5
20/100	0,2	48,9
20/200	0,1	20,0
20/400	0,05	10,0

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para perto:

<i>JAEGUER</i>	1	2	3	4	6	7	8	10	11	14
% DE VISÃO	100	100	90	80	50	40	30	20	15	5

d) espondilite anquilosante

Conceituação: aspondilite anquilosante, denominada inadequadamente de espondiloartrose anquilosante nos textos legais, é uma doença reumática inflamatória crônica, não associada ao fator reumatóide, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes os ligamentos da coluna. O processo geralmente se inicia pelas articulações sacroilíacas e, ascendentemente, atinge a coluna vertebral.

Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e desta resulta 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.

Diagnóstico: critérios para o diagnóstico de espondilite anquilosante:

- a) dor lombar com duração igual ou superior a 3 (três) meses que melhora com exercício e não alivia com repouso;
- b) limitação da mobilidade da coluna lombar (movimentos laterais, para frente e para trás);
- c) diminuição da expansão torácica em relação aos valores normais para sexo e idade;
- d) sacroileíte bilateral grau 2-4 ou unilateral grau 3-4.

As artropatias degenerativas da coluna vertebral, também conhecida como artroses, osteoartrites ou artrites hipertróficas, acarreta maior ou menor limitação dos movimentos da coluna pelo comprometimento das formações extra-articulares, mas não determinam anquilose, razão pela qual não podem ser assim enquadradas.

e) Estados avançados da Doença de *Paget* (osteíte deformante)

Conceituação: a Doença de *Paget* é um distúrbio localizado da remodelação óssea, que atinge tanto homens como mulheres e cujo diagnóstico quase sempre é feito após os 50 (cinquenta) anos. A doença pode ser monostótica (quando apenas um osso ou uma parte de um osso é afetado) ou poliostótica (quando dois ou mais ossos estão envolvidos). As áreas ósseas acometidas são assimétricas e os locais mais frequentes incluem a pelve, as vértebras, o crânio e a tíbia. A evolução é lenta e progressiva, caracterizada por deformações ósseas.

Quadro clínico: a evolução da doença, que pode acompanhar-se de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, se processa em duas fases:

- a) fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido ósseo ricamente vascularizado, onde são comuns fraturas com consolidação rápida;

c) manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;
d) apresentarem sequelas invalidantes.

g) Doença de *Parkinson*

Conceituação: também chamada paralisia agitante, é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecida, resultante do comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal.

Quadro clínico: caracterizado pelos seguintes sinais:

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, acompanhado de exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”.

c) bradicinesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos.

O *Parkinsonismo* secundário, também chamado Síndrome de *Parkinson*, é consequente a lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas (inclusive medicamentos), endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.

Normas de incapacidade definitiva: a avaliação pericial concluirá pela incapacidade definitiva quando o quadro clínico determinar o impedimento do examinado para o desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

A avaliação pericial não concluirá pela incapacidade definitiva dos portadores de *parkinsonismo* secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

A avaliação pericial deverá, sempre que possível e identificável, especificar a etiologia da Síndrome de *Parkinson* responsável pela incapacidade do examinado.

h) nefropatia grave

Conceituação: são consideradas nefropatias graves as patologias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência renal, determinando incapacidade para o trabalho e/ou risco de vida.

As nefropatias graves são caracterizadas pelas seguintes manifestações clínicas e alterações nos exames complementares:

Quadro clínico: apresentam as seguintes características:

1. manifestações clínicas:

a) ectoscópicas: palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;

b) cardiovasculares: pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;

c) gastrintestinais: soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarreia ou obstipação;

d) neurológicas: cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;

e) oftalmológicas: retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;

f) pulmonares: pulmão urêmico e derrame pleural;

g) urinárias: nictúria

2. alterações nos exames complementares:

a) alterações laboratoriais:

- diminuição da filtração glomerular;

- aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico;

- distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;

- acidose metabólica;

- diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);

- anemia normocrômica e normocítica.

b) alterações nos exames de imagem:

- diminuição (atrofia) das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas;

- distorções da imagem normal consequente a cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;

- distensão (hidronefrose) do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;

- diminuição da eliminação de contrastes, quando usados.

Classificação: devem ser observados os seguintes critérios técnicos:

1. A estimativa da Filtração Glomerular - FG representa a melhor medida da função renal global em indivíduos sadios e doentes. O nível normal de FG varia de acordo com a idade, sexo e superfície corporal. A FG normal em adultos jovens é de aproximadamente 120 a 130 ml/min/1,73 e declina com a idade. Um nível de FG abaixo de 60 ml/min representa perda de metade do nível da função renal normal. Uma queda na FG precede o aparecimento de sintomas de falência renal em todas as formas de doença renal progressiva.

2. O uso da creatinina sérica é limitado na avaliação da FG, pois é afetado pela idade, sexo, raça, superfície corporal, dieta, drogas e diferenças em

4. as nefropatias das fases 4 e 5 (insuficiência severa e insuficiência renal terminal) são enquadradas como nefropatia grave.

As avaliações periciais deverão, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da afirmativa ou negativa de Nefropatia Grave (inciso XI do § 8º do art. 60 da Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008), para fim de enquadramento legal.

i) neoplasia maligna

Conceituação: grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo. São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças -CID-10.

Prognóstico: determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

- a) grau de proliferação celular;
- b) grau de diferenciação celular;
- c) grau de invasão vascular e linfática;
- d) estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
- e) resposta à terapêutica específica;
- f) estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

Avaliação diagnóstica e estadiamento: o diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

- a) biópsia da lesão com estudo histopatológico;
- b) exames citológicos;
- c) exames ultrassonográficos;
- d) exames endoscópicos;
- e) exames de tomografia computadorizada;
- f) exames de ressonância nuclear magnética;
- g) exames cintilográficos;
- h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- i) exames radiológicos.

Normas de incapacidade definitiva: as avaliações periciais realizadas por junta médica farão indicativo de aposentadoria definitiva para os examinados que forem portadores de neoplasias malignas, e:

- a) manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna;
- b) tornarem-se inválidos em consequência de sequelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna.

A avaliação pericial deverá, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anátomo-patológico da neoplasia, sua localização, presença de metástases, suas sequelas e acrescentar a expressão Neoplasia Maligna (inciso XII do § 8º do art. 60 da Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008), para fim de enquadramento legal.

Classificação: a função hepática e o grau de insuficiência hepática serão avaliados pelos seguintes parâmetros:

- a) albumina sérica;
- b) bilirrubina sérica total;
- c) atividade de protrombina;
- d) presença ou ausência de ascite;
- e) presença ou ausência de encefalopatia.

Para o estabelecimento do grau de insuficiência hepática serão utilizados os parâmetros abaixo, atribuindo-se a seguinte pontuação:

PARÂMETROS	VARIAÇÃO	PONTOS
Grau de Encefalopatia	Ausente	1
	I e II	2
	III e IV	3
Ascite	Ausente	1
	Discreta	2
	Tensa	3
Bilirrubina (mg/dl)	< 2	1
	2 a 3	2
	> 3	3
Albumina (g/dl)	>3,5	1
	2.8 a 3,5	2
	< 2,8	3
Atividade de Protrombina (%)	> 50	1
	30 a 50	2
	< 30	3

Enquadramento pericial

As hepatopatias do grupo A (5 a 6 pontos) não serão enquadradas como hepatopatia grave.

As hepatopatias do grupo B (7 a 9 pontos) serão enquadradas como hepatopatia grave quando determinarem a incapacidade laborativa do examinado.

As hepatopatias do grupo C (10 ou mais pontos) serão enquadradas como hepatopatia grave.

Serão enquadradas como graves aquelas hepatopatias que, apesar de não atingirem a referida pontuação, sejam irreversíveis e cursem com varizes de esôfago, hipertensão portal, hepatomegalia e/ou esplenomegalia, visto que nestes casos, pode ocorrer evolução sem colestase.

Não serão enquadrados como hepatopatia grave os portadores assintomáticos dos vírus HVB (vírus da hepatite B) e HVC (vírus da hepatite C).

n) doença de *Alzheimer*

Conceituação: doença crônica, incurável, progressiva, degenerativa, que provoca atrofia parenquimatosa por deterioração das células do cérebro. Seus principais sintomas são perda de memória, alteração de personalidade, incapacidade de compreender e julgar, dificuldades de locomoção e de comunicação.

Sinais e sintomas: dificuldades das funções dos lobos parietal e temporal, com perda de memória e desorientação espacial. Disfunção do lobo frontal com perda de inibições sociais, incontinência de esfínteres e abulia (perda de espontaneidade). Como a degeneração cortical é difusa, pode-se esperar que praticamente todas as partes do córtex cerebral apresentem várias disfunções tais como: afasia, apraxia, distúrbios do movimento, incluindo acinesia, distonias e mioclonia, depressão, agitação e confusão mental.

Classificação: os portadores da doença de *Alzheimer* podem ser classificados em 3 estágios:

- Primeiro estágio: duração média de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Sintomas: esquecimento, confusão, depressão, esquecimento de fatos e lugares, perda de iniciativa, mudanças de humor e personalidade, dificuldade em lidar com dinheiro, irritação fácil.

- Segundo estágio: duração média de 2 (dois) a 10 (dez) anos.

Sintomas: crescente perda de memória; tempo de atenção reduzido; dificuldade de reconhecer amigos e familiares; movimentos e falas repetitivos; agitação, choro, ocasionais tremores musculares e cacoetes; alterações de percepção e de ordem motora; dificuldade em organizar o raciocínio e pensar logicamente (não encontra as palavras certas), dificuldades para ler, escrever e em lidar com números; incapacidade de assumir sua higiene pessoal sem ajuda externa, apresentando muitas vezes, medo de banho; idéias fixas, delirantes e desconfiança. Precisa de supervisão em tempo integral.

- Terceiro estágio: estágio final, com duração média de 1 a 3 anos.

Sintomas: não se reconhece no espelho, não reconhece a família, perda de peso mesmo com boa dieta, não consegue se comunicar com palavras, não controla esfínteres, apresenta dificuldade em segurar objetos e engolir, precisa de ajuda para todas as atividades comuns do ser humano (tais como comer, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro, etc.); resmungo, geme, grita, produz sons com a boca, dorme demais.

Risco de crises convulsivas, pneumonias aspirativas, infecções urinárias e distúrbios metabólicos.

Enquadramento pericial: a análise pericial irá se basear no quadro demencial apresentado pelo servidor, podendo-se valer dos testes psicológicos para conclusão pericial. As avaliações periciais indicarão aposentadoria definitiva por

§ 2º Na relação das moléstias a que se refere o inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47, da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, fica incluída a fibrose cística (mucoviscidose).

c) Instrução Normativa SRF nº 15, de 6 de fevereiro de 2001:

Art. 5º Estão isentos ou não se sujeitam ao imposto de renda os seguintes rendimentos:

XII - proventos de aposentadoria ou reforma motivadas por acidente em serviço e recebidos 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, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e fibrose cística (mucoviscidose);

d) Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999:

Art. 39. Não entrarão no cômputo do rendimento bruto:

Proventos de Aposentadoria por Doença Grave

[...]

XXXIII - os proventos de aposentadoria ou reforma, desde que motivadas 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, estados avançados de doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida, e fibrose cística (mucoviscidose), com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV, Lei nº 8.541, de 1992, art. 47, e Lei nº 9.250, de 1995, art. 30, § 2º);

e) [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.

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).

IV - Decisões judiciais do Superior Tribunal de Justiça - STJ referentes ao benefício:

I - É considerado isento de imposto de renda o recebimento do benefício de aposentadoria por portador de neoplasia maligna, nos termos do art. 6º, inciso XIV, da Lei nº

7.713/88. II - Ainda que o art. 30 da Lei nº 9.250/95 determine que, para o recebimento de tal benefício, é necessária a emissão de laudo pericial por meio de serviço médico oficial, a "norma do art. 30 da Lei nº 9.250/95 não vincula o Juiz, que, nos termos dos arts. 131 e 436 do Código de Processo Civil, é livre na apreciação das provas acostadas aos autos pelas partes litigantes" (REsp nº 673.741/PB, Relator Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA DJ de 09/05/2005).

III - Sendo assim, de acordo com o entendimento do julgador, esse pode, corroborado pelas provas dos autos, entenderem válidos laudos médicos expedidos por serviço médico particular, para fins de isenção do imposto de renda. Precedente: REsp nº 749.100/PE, Rel. Min. FRANCISCO FALCÃO, DJ de 28.11.2005.

IV - Ainda que se alegue que a lesão foi retirada e que o paciente não apresenta sinais de persistência ou recidiva a doença, o entendimento dominante nesta Corte é no sentido de que a isenção do imposto de renda, em favor dos inativos portadores de moléstia grave, tem como objetivo diminuir o sacrifício do aposentado, aliviando os encargos financeiros relativos ao acompanhamento médico e medicações ministradas. Precedente: REsp 734.541/SP, Rel. Min. Luiz Fux, julgado em 2.2.2006, DJ 20.2.2006 (REsp nº 967.693/DF, Rel. Min. HUMBERTO MARTINS, DJ de 18/09/2007)-REsp1088379/DF-RECURSOESPECIAL2008/0200060-8.

Cinge-se a controvérsia na prescindibilidade ou não da contemporaneidade dos sintomas de neoplasia maligna, para que servidor o público aposentado, submetido à cirurgia para retirada da lesão cancerígena, continue fazendo jus ao benefício isencional do imposto de renda, previsto no artigo 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713/88. 2. Quanto à alegada contrariedade ao disposto no artigo 267, inciso VI, do CPC, por ausência de prova pré-constituída, não prospera a pretensão; porquanto, o Tribunal de origem, como soberano das circunstâncias fáticas e probatórias da causa, confirmou a decisão recorrida e entendeu estar presente documento hábil para comprovar a moléstia do impetrante. Pensar de modo diverso demandaria o reexame de todo o contexto fático-probatório dos autos, o que é defeso a esta Corte em vista do óbice da Súmula 7/STJ.

3. O mesmo argumento utilizado pela Corte de origem tem a virtude de afastar a alegação de violação dos artigos 30, *caput* e § 1º da Lei nº 9.250/95 e 39, § 4º, do Regulamento do Imposto de Renda, a saber: o Decreto n. 3.000/99, feita pelo recorrente.

4. Ainda que se alegue que a lesão foi retirada e que o paciente não apresenta sinais de persistência ou recidiva a doença, o entendimento dominante nesta Corte é no sentido de que a isenção do imposto de renda, em favor dos inativos portadores de moléstia grave, tem como objetivo diminuir o sacrifício do aposentado, aliviando os encargos financeiros relativos ao acompanhamento médico e medicações ministradas. Precedente: REsp 734.541/SP, Rel. Min. Luiz Fux, julgado em 2.2.2006, DJ 20.2.2006.

5. O art. 111 do CTN, que prescreve a interpretação literal da norma, não pode levar o aplicador do direito à absurda conclusão de que esteja ele impedido, no seu mister de apreciar e aplicar as normas de direito, de valer-se de uma equilibrada ponderação dos elementos lógico-sistemático, histórico e finalístico ou teleológico, os quais integram a moderna metodologia de interpretação das normas jurídicas (REsp 192.531/RS, Rel. Min. João Otávio de Noronha, julgado em 17.2.2005, DJ16.5.2005.) - Resp 967693/DFRECURSO ESPECIAL2007/0160218-3.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, a avaliação pericial é encaminhada para avaliação do Supervisor Médico, que complementará a conclusão pericial pelo deferimento, ou não, do benefício pleiteado, com emissão de Termo de Inspeção e encaminhamento para o órgão de origem.

CAPÍTULO XVII

DA ISENÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

I - Objetivo: benefício concedido a servidor inativo aposentado por invalidez ou tempo de serviço, bem como aos respectivos pensionistas, que seja, portador de doenças graves especificadas no art. 60, § 8º, da Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008.

II - Legislação: art. 61 da Lei Complementar nº 412, de 2008:

Art. 61. A contribuição previdenciária prevista no art. 17 desta Lei Complementar incidirá apenas sobre a parcela de proventos que supere o dobro do limite máximo estabelecido para os benefícios do RGPS, quando o beneficiário for portador de doença incapacitante.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto no caput aos aposentados e aos pensionistas em gozo de benefício previdenciário que, após a sua concessão, tenham adquirido doença incapacitante.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão deste benefício é indispensável o exame médico pericial, que comprovará, mediante apresentação de atestado de saúde e exames complementares, a existência de patologia compatível com o benefício pleiteado.

IV - Operacionalização: de posse do atestado de saúde solicitando o benefício, o servidor deverá solicitar ao IPREV agendamento para avaliação médica pericial na Gerência de Perícia Médica, em que deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munidos do atestado de saúde, documento de identidade e demais documentos médicos necessários.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, o processo e prontuário médico são encaminhados para avaliação do supervisor médico, que complementará a conclusão pericial pelo deferimento, ou não, do benefício pleiteado.

CAPÍTULO XVIII DA REVERSÃO DE APOSENTADORIA

I - Objetivo: a reversão é o reingresso no serviço público do funcionário aposentado, quando insubsistentes os motivos da aposentadoria por invalidez, ou a pedido, apurada a conveniência administrativa em processo regular.

II - Legislação: a reversão da aposentadoria é normatizada pela:

a) Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 181. A reversão é o reingresso no serviço do funcionário aposentado, quando insubsistentes os motivos da aposentadoria por invalidez, ou a pedido, apurada a conveniência administrativa em processo regular.

[...]

§ 3º A reversão dependerá sempre de prova de capacidade física e posse.

I - Objetivo: corresponde a benefício equivalente a 3 (três) vezes o salário família e é concedido ao servidor que comprovar ter dependente inválido e com deficiência física ou mental; comprovado após avaliação médico-pericial.

II - Legislação: o salário triplo é normatizado por:

a) Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 122. É garantido ao funcionário ativo e inativo, ou em disponibilidade, a título de salário-família, auxílio especial correspondente a 5% (cinco por cento) do menor vencimento pago pelo Estado.

§ 1º Conceder-se-á salário-família ao funcionário:

I - pelo cônjuge ou companheiro(a) que não exercer atividade remunerada, designado como dependente junto ao órgão previdenciário do Estado;

II - por filho menor de 18 (dezoito) anos, ou, comprovada a dependência econômica, se menor de 21 (vinte e um) anos, prorrogável até 24 (vinte e quatro) anos, quando se tratar de estudante universitário;

III - por filho incapaz para o trabalho;

IV - pelo ascendente, sem rendimento próprio, que viva às expensas do funcionário.

§ 2º Compreende-se neste artigo o filho de qualquer condição, o enteado e o menor que, mediante autorização judicial, viva sob a guarda e sustento do funcionário.

§ 3º Quando o pai e mãe forem funcionários do Estado e viverem em comum, o salário-família será concedido ao pai; se não viverem em comum, ao que tiver os dependentes sob sua guarda; e, se ambos os tiverem, de acordo com a distribuição dos dependentes.

§ 4º Equiparam-se ao pai e à mãe os representantes legais dos incapazes e as pessoas a cuja guarda e manutenção estiverem judicialmente confiados os beneficiários.

§ 5º O valor do salário-família por filho incapaz para o trabalho, corresponderá ao triplo do estabelecido neste artigo.

b) Lei nº 6.844, de 29 de julho de 1986 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina):

Art. 146. É garantido ao membro do magistério ativo e inativo, ou em disponibilidade, a título de salário-família, auxílio especial correspondente a 5% (cinco por cento) do menor vencimento pago pelo Estado.

§ 1º Conceder-se-á Salário-Família ao membro do magistério:

I - pelo cônjuge que não exerça atividade remunerada;

II - pôr filho menor de 18 (dezoito) anos, ou comprovada a dependência econômica, se maior de 21 (vinte e um) anos prorrogável até 24 (vinte e quatro) a nos, quando se tratar de estudante universitário.

III - pôr filho incapaz para o trabalho

IV - pelo ascendente, sem rendimento próprio que viva as expensas do funcionário.

§ 2º Compreende-se neste artigo o filho de qualquer condição ou enteado e o menor que mediante autorização judicial, viva sob a guarda e sustento do funcionário.

§ 3º Quando pai e mãe forem funcionários do Estado e viverem em comum, o salário-família será concedido ao pai; se não viverem em comum, ao que tiver os dependentes sob sua guarda; e, se ambos os tiverem, de acordo com a distribuição dos dependentes.

§ 4º Equiparam-se ao pai e à mãe os representantes legais dos incapazes e às pessoas a cuja guarda e manutenção estiverem judicialmente confiados os beneficiários.

§ 5º O valor do salário-família pôr filho incapaz para o trabalho, corresponderá ao triplo do estabelecido neste artigo.

c) Lei nº 6.843, de 28 de julho de 1986 (Estatuto da Polícia Civil do Estado de Santa Catarina):

Art. 202. É garantido ao policial civil ativo ou inativo, ou em disponibilidade, a título de salário família, auxílio especial correspondente a 5% (cinco pôr cento) do menor vencimento pago pelo Estado à Polícia Civil.

§ 1º Conceder-se-á salário família ao funcionário:

I - pelo cônjuge que não exerça atividade remunerada;

II - pôr filho menor de 18 (dezoito) anos ou comprovada a dependência econômica, se maior de 21 (vinte e um) anos, prorrogável ate 24 (vinte e quatro) anos, quando se tratar de estudante universitário.

III - pôr filho incapaz para o trabalho; e

IV - pelo ascendente, sem rendimento próprio que viva às expensas do policial civil.

§ 2º Compreende-se neste artigo o filho de qualquer condição, o enteado e o menor que, mediante autorização judicial, vive sob a guarda e sustento do policial civil.

§ 3º Quando o pai e mãe forem funcionarias do Estado e viverem em comum o salário família será concedido ao pai; se não viverem em comum, ao que tiver os dependentes sob sua guarda; e, se ambos os tiverem, de acordo com a distribuição dos dependentes.

§ 4º Equiparam-se ao pai e a mãe os representantes legais dos incapazes e as pessoas a cuja guarda e manutenção estiverem judicialmente confiados os beneficiários.

§ 5º O valor do salário família pôr filho incapaz para o trabalho, corresponderá ao triplo do estabelecido neste artigo.

§ 6º No caso de falecimento do policial civil o salário família continuara sendo pago aos seus beneficiários, observados os limites do § 1º deste artigo.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão do referido benefício é indispensável o exame médico pericial, que comprovará, mediante realização de avaliação clínica e exames complementares, o diagnóstico da patologia e a incapacidade total para o trabalho, conforme especificada em lei.

IV - Operacionalização: a solicitação de salário triplo deverá ser efetuada mediante processo administrativo junto ao setor de recursos humanos onde o servidor esteja lotado, que encaminhará o referido processo à Gerência de Perícia Médica a fim de se proceder ao agendamento para avaliação médica pericial, onde deverá comparecer na data e horário previamente agendados, acompanhado do dependente portador da incapacidade, munidos dos documentos de identidade e demais documentos médicos necessários.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, a avaliação médica e o processo administrativo são encaminhados para avaliação do supervisor médico e gerente de perícia médica, que complementarão a conclusão pericial pelo deferimento, ou não, do benefício pleiteado.

CAPÍTULO XXI

DA INSCRIÇÃO NO IPREV/PENSÃO PREVIDENCIÁRIA

I - Objetivo: inclusão do filho maior, solteiro, inválido em caráter permanente para o exercício de toda e qualquer atividade laboral e que viva sob a

Nas unidades periciais que não possuem CTP, a avaliação pericial será efetuada por médico perito, com posterior análise pelo supervisor médico e gerente de perícia médica.

A responsabilidade pela solicitação do pedido de revisão pericial cabe ao IPREV.

Até 90 (noventa) dias anteriores a data limite para reavaliação médica, as coordenadorias e agências de previdência do IPREV SANTA CATARINA encaminharão processo com solicitação de agendamento à Junta Médica Pericial das Unidades Regionais de Saúde do Servidor de sua área de abrangência. Após agendamento, caberá às Coordenadorias e Agências de Previdência do IPREV SANTA CATARINA convocar o beneficiário para realização de exame médico pericial, por meio de carta com aviso de recebimento - AR.

O beneficiário que, comprovadamente, receber a convocação por meio de Aviso de Recebimento - AR ou notificado por Edital, não comparecer para avaliação médico-pericial no prazo determinado, terá o seu benefício suspenso de imediato. O recebimento da convocação ou notificação dar-se-á com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do agendamento da avaliação médico-pericial.

CAPÍTULO XXII DA INSCRIÇÃO NO PLANO DE SAÚDE

I - Objetivo: tem por objetivo a inclusão do filho maior inválido em caráter permanente para o exercício de toda e qualquer atividade laboral e que viva sob a dependência econômica do segurado, objetivando garantir a assistência médica do mesmo.

II - Legislação (a inscrição é normatizada por):

a) Decreto nº 3.749, de 28 de novembro de 2005:

Art. 7º Definem-se como segurados do Santa Catarina Saúde:

I - segurado:

a) servidores ativos e inativos do Poder Executivo, de suas autarquias e fundações, do Poder Judiciário, do Poder Legislativo, do Ministério Público, do Tribunal de Contas e da Procuradoria Geral junto ao Tribunal de Contas;

b) pensionistas vinculadas ao Regime Próprio de Previdência do Estado de Santa Catarina;

c) os Membros da Magistratura Estadual, Membros do Ministério Público Estadual e os Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado;

II - segurado especial:

a) Governador do Estado, Deputados Estaduais, Secretários de Estado;

b) os ocupantes de cargos comissionados declarados em lei de livre nomeação e exoneração;

c) os servidores públicos municipais e federais à disposição com ônus para o Estado;

III - segurado conveniado:

Cabe ao supervisor médico a designação de Junta Médica para definição do benefício, nos casos que suscitarem dúvidas.

É prerrogativa administrativa do supervisor médico, gerente de perícia médica e do diretor de saúde do servidor a homologação final de benefícios avaliados em Junta Médica.

CAPÍTULO XXIV DOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

I - Análise de processos para declaração de invalidez em quitação de imóveis:

Consta de revisão analítica de prontuário de servidor aposentado ou pensionista com objetivo de fornecer informações técnicas para o preenchimento dos itens da declaração de invalidez de competência da perícia médica para fins de quitação de imóveis adquiridos através do Sistema Financeiro de Habitação. Cabe ao servidor segurado efetuar a solicitação administrativa para o respectivo preenchimento, com apresentação do formulário próprio do respectivo agente segurador.

II - Respostas a quesitos em processos administrativos:

Em processo administrativo poderá ser solicitada avaliação médico-pericial com emissão de parecer ou na forma de respostas a quesitos.

III - Ações de segurança e medicina do trabalho:

É de competência da Gerência de Saúde Ocupacional a normatização, análise e emissão de pareceres e/ou laudos referentes à:

- insalubridade/risco de vida (periculosidade);
- caracterização de acidente em serviço;
autorização para pagamento ou ressarcimento de despesas referentes a acidentes em serviço;
- vistorias de locais de trabalho apontando medidas para melhoria das condições ambientais e ergonômicas; e
- viabilização das ações propostas pela Política Estadual de Segurança e Medicina do Trabalho.

- b) de 41 a 55 db - surdez moderada;
- c) de 56 a 70 db - surdez acentuada;
- d) de 71 a 90 db - surdez severa;
- e) acima de 91 db - surdez profunda; e
- f) anacusia;

III - deficiência visual - acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

IV - deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 (dezoito) anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho;

V - deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências.

Do acesso ao trabalho

Art. 34. É finalidade primordial da política de emprego a inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho ou sua incorporação ao sistema produtivo mediante regime especial de trabalho protegido.

Parágrafo único. Nos casos de deficiência grave ou severa, o cumprimento do disposto no *caput* deste artigo poderá ser efetivado mediante a contratação das cooperativas sociais de que trata a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999.

Art. 35. São modalidades de inserção laboral da pessoa portadora de deficiência:

I - colocação competitiva: processo de contratação regular, nos termos da legislação trabalhista e previdenciária, que independe da adoção de procedimentos especiais para sua concretização, não sendo excluída a possibilidade de utilização de apoios especiais;

II - colocação seletiva: processo de contratação regular, nos termos da legislação trabalhista e previdenciária, que depende da adoção de procedimentos e apoios especiais para sua concretização; e

III - promoção do trabalho por conta própria: processo de fomento da ação de uma ou mais pessoas, mediante trabalho autônomo, cooperativado ou em regime de economia familiar, com vista à emancipação econômica e pessoal.

§ 1º As entidades beneficentes de assistência social, na forma da lei, poderão intermediar a modalidade de inserção laboral de que tratam os incisos II e III, nos seguintes casos:

I - na contratação para prestação de serviços, por entidade pública ou privada, da pessoa portadora de deficiência física, mental ou sensorial: e

II - na comercialização de bens e serviços decorrentes de programas de habilitação profissional de adolescente e adulto portador de deficiência em oficina protegida de produção ou terapêutica.

§ 2º Consideram-se procedimentos especiais os meios utilizados para a contratação de pessoa que, devido ao seu grau de deficiência, transitória ou permanente, exija condições especiais, tais como jornada variável, horário flexível, proporcionalidade de salário, ambiente de trabalho adequado a suas especificidades, entre outros.

§ 3º Consideram-se apoios especiais à orientação, a supervisão e as ajudas técnicas entre outros elementos que auxiliem ou permitam compensar uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais da pessoa portadora de deficiência, de modo a superar as barreiras da mobilidade e da comunicação, possibilitando a plena utilização de suas capacidades em condições de normalidade.

§ 4º Considera-se oficina protegida de produção a unidade que funciona em relação de dependência com entidade pública ou beneficente de assistência social, que tem por

Parágrafo único. A deficiência física, auditiva, visual ou mental somente constituirá causa impeditiva para o ingresso no serviço público estadual, quando se tratar de cargo ou função cujas atribuições essenciais forem consideradas incompatíveis com o tipo ou grau de deficiência de que é portador o candidato.

Art. 2º Constarão do edital de concurso, além das normas de natureza comum, as seguintes:

I - especificação dos cargos disponíveis e respectivas vagas destinadas preferencialmente aos portadores de deficiência;

II - caracterização das anomalias impeditivas ao exercício regular dos cargos.

Art. 3º Fica criada a Comissão de Assessoramento à seleção para portadores de deficiência, vinculada à Secretaria Estadual de Administração, com a seguinte competência:

I - definir a compatibilidade entre as atribuições e tarefas inerentes aos cargos e funções a serem providos e o tipo ou grau de deficiência de que são portadores os candidatos, observados os seguintes critérios:

a) as informações prestadas pelo candidato no ato de inscrição;

b) as condições individuais do candidato atestadas através de perícia médica oficial;

c) a natureza das tarefas e atribuições próprias do cargo e função;

d) a introdução de adaptações no ambiente de trabalho e nas tarefas a serem desempenhadas, bem como nos métodos, técnicas e instrumentos empregados, pelos portadores de deficiências, no desempenho das funções inerentes ao cargo ou função;

II - propor à Administração Estadual a utilização de meios ou formas de seleção especialmente adaptadas às condições resultantes da deficiência de que é portador o candidato;

III - solicitar, caso necessário, exames adicionais.

Art. 4º A Comissão de Assessoramento à seleção para portadores de deficiência será constituída por 7 (sete) membros designados para um período de 2 (dois) anos, admitida à recondução, com a seguinte composição:

I - 01 (um) médico especializado em saúde ocupacional;

II - 01 (um) servidor da área de recursos humanos, especializado em recrutamento e seleção;

III - 01 (um) servidor especializado em educação especial que exerça atividade junto à rede estadual de educação;

IV - 04 (quatro) representantes indicados por entidades portadores de deficiência, em regular funcionamento, contemplando cada área de deficiência.

Art. 5º No ato da inscrição, que será feita em formulários próprios para cada tipo de deficiência, o candidato deve declarar sua condição de portador de deficiência, a fim de que os casos sejam analisados pela Comissão de Seleção.

Art. 6º A forma de deficiência, em razão da qual forem obtidos os benefícios desta Lei, não enseja ao servidor direito a aposentadoria por invalidez permanente.

Art. 7º Compete ao órgão público receptor de servidor deficiente, nomeado em virtude de concurso público, promover o seu treinamento e adaptação à função e ao local de trabalho, contabilizando-os às suas limitações físicas.

Art. 8º As conclusões constantes de parecer emitido pela Comissão de Assessoramento à seleção para portadores de deficiências não substituem, nem suprem o estágio probatório regulamentado no capítulo IV, da Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985.

Art. 9º As vagas não preenchidas, reservadas aos deficientes, reverterão nas condições normais, aos demais candidatos aprovados, conforme a ordem de classificação.

d) Lei nº 12.870, de 12 de janeiro de 2004: dispõe sobre a Política Estadual para Promoção e Integração do Portador de Necessidades Especiais.

Art. 1º A Política Estadual para a Promoção e Integração Social da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de necessidades especiais.

Art. 2º Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público do Estado de Santa Catarina assegurar à pessoa portadora de necessidades especiais 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 desta Lei, considera-se:

I - necessidade especial - 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 - necessidade especial permanente - aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo insuficiente 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 equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal de função ou atividade a ser exercida.

Art. 4º É considerada pessoa portadora de necessidades especiais a que se enquadra nas seguintes categorias:

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

II - deficiência auditiva - perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte:

a) de 25 a 40 decibéis - db - surdez leve;

b) de 41 a 55 - db - surdez moderada;

c) de 56 a 70 - db - surdez acentuada;

d) de 71 a 90 - db - surdez severa;

e) acima de 91 - db - surdez profunda; e

f) anacusia;

III - deficiência visual - acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

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;

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 meios que habitualmente utilize;

V - a Código Internacional de Doença - CID Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF reconhecidos nacional e internacionalmente; e

VI - avaliação presencial.

Art. 11. Como subsídio para a Equipe Multiprofissional o candidato deverá apresentar, os seguintes documentos:

I - atestado médico;

II - exames que comprovem a deficiência:

a) auditiva: exame de audiometria;

b) visual: exame de acuidade;

c) física: exame de radiografias ou equivalente; e

d) intelectual: exame psicológico.

Parágrafo único. Os laudos emitidos pela Equipe Multiprofissional serão encaminhados aos candidatos pelo Órgão de governo que estiver realizando o concurso, no prazo de até 10 (dez) dias úteis.

Art. 12. A Equipe Multiprofissional avaliará a compatibilidade entre as atribuições dos cargos e se o candidato apresenta as exigências como pessoa com deficiência para cumprimento da lei, bem como as limitações do candidato durante o estágio probatório.

Art. 13. Compete ao órgão público receptor de servidor com deficiência, nomeado em virtude de concurso público, promover o seu treinamento e sua adaptação à função e ao local de trabalho, compatibilizando-o as suas limitações físicas.

Art. 14. Ficam revogados o Decreto nº 1.075, de 13 de fevereiro de 2008, e a Instrução Normativa nº 11/04/SEA/DIRH, de 11 de novembro de 2004.

ANEXO II

TABELA DE *SNELLEN*

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe

VISÃO CENTRAL		CONJUGADA COM VISÃO PERIFÉRICA
<i>SNELLEN</i>	DECIMAL	EFICIENCIA VISUAL EM%
20/20	1	100,00%
20/25	0,8	95,00%
20/30	0,66	91,40%
20/40	0,5	83,60%
20/50	0,4	76,50%
20/60	0,3	69,90%
20/70	0,28	63,80%
20/80	0,25	58,50%
20/100	0,2	48,90%
20/200	0,1	20,00%
20/400	0,05	10,00%

Graus de perda parcial da visão equivalente à cegueira:

Grau I: quando a acuidade visual máxima com a melhor correção possível for igual a 20/70 na escala de *Snellen* e a mínima igual ou superior a 20/700 *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* (deficiência visual).

Grau II: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção possível, for inferior a 20/200 *Snellen* e a mínima for igual ou superior a 20/400 *Snellen* (cegueira legal).

Grau III: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção possível, for inferior a 20/400 *Snellen* e a mínima igual ou superior a 20/1200 *Snellen* (leitura em *Braile*).

Grau IV: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20000 *Snellen* ou apresentar, como índice Máximo, a capacidade de contar dedos a distancia de um metro e mínima limitar-se à percepção luminosa.

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

10. pneumonia por *P. Carinii*;
11. pneumonia recorrente com mais de 2(dois) episódios em 1 (um) ano;
12. bacteremia opor salmonela;
13. toxoplasmose cerebral;
14. leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15. criptosporidiose intestinal crônica;
16. sarcoma de *Kaposi*;
17. linfomas: de *Burkit*, imunoblástico ou primário de cérebro;
18. encefalopatia pelo HIV;
19. síndrome consumptiva pelo HIV.

Quanto à contagem de linfócitos CD4, os pacientes pertencem aos seguintes grupos:

- a) Grupo I: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³;
- b) Grupo II: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³;
- c) Grupo III: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

GRUPO	CD4	CATEGORIA CLÍNICA		
		A	B	C
I	≥500/mm ³	A1	B1	C1
II	200–499/mm ³	A2	B2	C2
III	<200/mm ³	A3	B3	C3

Normas de Procedimento Periciais

Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço ativo os inspecionados classificados nas categorias A3, B3, C.

Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço ativo os inspecionados classificados nas categorias A2, A2, B1 e B2.

I - os dias da nova avaliação pericial serão adicionados aos do afastamento anterior;

II - se a soma ultrapassar a 15 (quinze) dias adotar-se-ão os procedimentos estabelecidos no item 1.5. Caso contrário, os previstos no item 1.4, ambos desta Instrução Normativa.

III - compete aos peritos dos órgãos da Gerência de Saúde do Servidor observar as informações armazenadas no prontuário médico do agente público, identificando o enquadramento nas disposições deste item.

2 - DO SALÁRIO-MATERNIDADE

2.1 À agente pública gestante ou adotante é devido salário-maternidade nas seguintes situações:

I - durante a gestação, a partir do 28º (vigésimo oitavo) dia antes da data prevista para o parto;

II - a partir da data de ocorrência do nascimento;

III - a partir da 23ª (vigésima terceira) semana (6º mês) de gestação, em razão de parto antecipado ou de natimorto;

IV - em razão de aborto não criminoso;

V - por ter adotado ou possuir medida liminar em autos de adoção ou termo de guarda judicial de criança com idade inferior a 8 (oito) anos.

2.2 Nas hipóteses dos incisos I, III e IV do item anterior, adotar-se-ão os seguintes procedimentos:

I - a agente pública ou, na impossibilidade, pessoa por ela designada, dirigir-se-á ao respectivo Setorial ou Seccional de Recursos Humanos;

II - o Setorial ou Seccional de Recursos Humanos efetuará o agendamento no órgão pericial da Gerência de Saúde do Servidor mais próximo do local de trabalho, comunicando à servidora ou ao seu representante o dia da avaliação médico-pericial;

III - à Gerência de Saúde do Servidor compete:

a) proceder à avaliação médico pericial da agente pública, mediante apresentação de atestado expedido por médico assistente e, se necessário, de exames complementares;

b) efetuar a inclusão no Sistema Informatizado de Recursos Humanos (SIRH) do afastamento de código 1703, no módulo 14 (Saúde do Servidor) do FRH, preenchendo os demais campos conforme orientações contidas do manual Salário-Maternidade - Segurados pelo RGPS (M-RGPS2);

c) comunicar o resultado da avaliação a agente pública e ao Setorial ou Seccional de Recursos Humanos.

2.2.1 Os afastamentos previstos nos incisos I e III do item 2.1 desta Instrução Normativa, correspondem a 120 (cento e vinte) dias, e o previsto no inciso IV do mesmo item, a 2 (duas) semanas.

2.3 Na hipótese do inciso II do item 2.1 desta Instrução Normativa, será observado o seguinte:

I - a agente pública ou, na impossibilidade, pessoa por ela designada, dirigir-se-á ao respectivo Setorial ou Seccional de Recursos Humanos, munida da certidão de nascimento;

II - o Setorial ou Seccional de Recursos Humanos efetuará a inclusão do afastamento de código 1703, no módulo 17 (afastamentos) do FRH do Sistema Informatizado de Recursos Humanos (SIRH), preenchendo os demais campos conforme orientações contidas do manual Salário-Maternidade - Segurados pelo RGPS (M-RGPS2).

2.3.1 O afastamento previsto no inciso do item 2.1 desta Instrução Normativa corresponde a 120 (cento e vinte) dias.

2.4 Na hipótese do inciso V do item 2.1 desta Instrução Normativa, proceder-se-á da seguinte maneira:

I - a agente pública ou, na impossibilidade, pessoa por ela designada, dirigir-se-á ao respectivo Setorial ou Seccional de Recursos Humanos, munida da certidão de nascimento do adotado ou termo de guarda ou de adoção expedidos por órgão jurisdicional;

II - O Setorial ou Seccional de Recursos Humanos deve:

a) emitir os documentos contidos do manual Salário-Maternidade - Segurados pelo RGPS (M-RGPS2);

b) prestar todas as informações sobre os procedimentos que envolvem o afastamento da agente pública e encaminhá-la à Agência de Previdência Social;

c) incluir o afastamento de código 1852, no módulo 17 do FRH, preenchendo os demais campos conforme orientações contidas do manual Salário-Maternidade - Segurados pelo RGPS (M-RGPS2).

III - Caberá à agente pública apresentar ao Setorial ou Seccional de Recursos Humanos a carta concessória de salário-maternidade expedida pela Agência de Previdência Social, momento em que será registrada no SIRH a data fim do afastamento de código 1852, a qual corresponderá ao último dia informado no documento aqui mencionado.

2.5 No caso de servidora admitida em caráter temporário e o término do afastamento for superior ao termo final do contrato, haverá prorrogação da data de término do contrato até o limite do afastamento.

3 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1 A Gerência de Saúde do Servidor deverá estabelecer rotinas para que a comunicação do resultado pericial aos Setoriais e Seccionais de Recursos Humanos seja efetuada por meio eletrônico, ficando convencionado que as informações armazenadas no SIRH servem como prova para justificar o afastamento do agente público.

3.2 Fica vedada a concessão de licenças remuneradas, previstas nos Estatutos dos Servidores Públicos (Leis nºs 6.745/85, 6.843/86 e 6.844/86) e norma local específica, aos agentes públicos vinculados ao RGPS, cujo afastamento não esteja disciplinado nesta Instrução Normativa.

3.3 A concessão da licença de gestação à servidora pública, titular de cargo de provimento efetivo, requerida após o nascimento do filho, será efetuada diretamente no Setorial ou Seccional de Recursos Humanos, mediante apresentação da certidão de nascimento.

3.4 É estabelecido o prazo de 60 (sessenta) dias para as Diretorias de Recursos Humanos e de Apoio a Pensões Especiais e Saúde do Servidor apresentarem proposta de normatização de fluxo e procedimento relacionados com os demais benefícios previstos no RGPS.

3.5 Eventuais dúvidas e demais orientações serão prestadas pelas Gerências de Orientação e Controle e de Saúde do Servidor.

3.6 Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

3.7 Revogam-se as disposições em contrário.

Florianópolis, 13 de outubro de 2004.

EDUARDO POKRYWIECKI

estar apta ao uso profissional da voz, podendo, conforme o caso, estar indicada a análise de riscos, correção do ambiente e condições de trabalho;

12. Alertar que o acesso ao atendimento médico, para a imprescindível investigação e conclusão diagnóstica, e, conforme o caso, às demais avaliações auxiliares e complementares, deve ser garantido a todos os indivíduos que usam a voz profissionalmente;

13. Recomendar que seja considerada a periodicidade da realização dos exames médico-ocupacionais para os trabalhadores que utilizam a voz profissional, explicitados em anexo, em especial para aqueles que atuam em condições mais adversas;

14. Apontar a incoerência do rigor da atual exigência de “normalidade laríngea” em exames admissionais e o contraste com a conceituação de aptidão e exigências nos demais exames médicos ocupacionais ao longo da atividade laborativa;

15. Recomendar que, a critério médico, trabalhadores portadores de laringopatias e/ou alterações vocais leves não sejam considerados, a priori, inaptos ao desempenho de cargos que demandem uso da voz, merecendo ser avaliados em ambiente de trabalho e/ou fora dele quanto a seu desempenho vocal e profissional;

16. Propor a ampliação dos serviços e programas de educação, tratamento, capacitação e aperfeiçoamento vocal, facilitando o acesso e estimulando a adesão dos indivíduos que utilizam voz profissional a estas iniciativas;

17. Intensificar a busca, o aperfeiçoamento e a aplicação de recursos em pesquisa que favoreçam a melhor compreensão das laringopatias relacionadas ao trabalho;

18. Enviar a presente Carta e os Anexos pertinentes, às entidades públicas e às representativas de empregadores e de trabalhadores que utilizam voz profissional, para que estejam informados e participem ativamente do levantamento e da solução dos problemas decorrentes da incapacidade ou afastamento por laringopatias relacionadas ao trabalho;

19. Solicitar ao Ministério da Saúde a abertura da Lista das Doenças Relacionadas ao Trabalho para, com o apoio das Entidades promotoras do Consenso, incluir item específico referente as Laringopatias Relacionadas ao Trabalho;

20. Estreitar contatos e colaboração com os diversos órgãos do Poder Executivo, em especial do Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social, responsáveis pela saúde do trabalhador, no sentido de que as deliberações deste fórum sejam consideradas na elaboração e reformulação de políticas, portarias e normas que favoreçam uma efetiva redução da incidência das laringopatias relacionadas ao trabalho;

21. Propor em anexo, na forma de Legislação Federal, a criação do Programa Nacional de Saúde Vocal, de caráter preventivo, curativo e reabilitador;

22. Considerar como sugestões de condutas médico-administrativas, diretrizes e recomendações gerais o conteúdo dos diversos relatórios anexos, considerados permanentemente sujeitos a serem reformulados ou atualizados pelo conjunto das entidades promotoras.

Rio de Janeiro, em 14 de agosto de 2004.

Assinam os representantes de:

Entidades promotoras

Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia - SBORL

Comitês de ORL Ocupacional e de Laringe e Voz Profissional

Academia Brasileira de Laringologia e Voz - ABLV

Associação Nacional de Medicina do Trabalho - ANAMT

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ

Câmaras Técnicas de Otorrinolaringologia, Medicina do Trabalho e Perícias

Médicas.

Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro - SOMERJ

Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do Rio de Janeiro - SORL-RJ

Associação Brasileira de Medicina do Trabalho - ABMT

Instituto Brasileiro dos Médicos Peritos Judiciais - IBRAMEP

6 - Os procedimentos para tratamento do acidentado deverão ser realizados, se possível, em estabelecimentos localizados no território do Estado de Santa Catarina, mais próximo da residência do servidor acidentado.

7 - Todos os procedimentos constantes desta Instrução Normativa somente terão validade após a caracterização de acidente em serviço ou doença profissional, pela Gerência de Saúde Ocupacional - GESAO.

ANEXO X

RESOLUÇÃO CFM 1851/2008 EMISSÃO DE ATESTADOS MÉDICOS

(Publicada no D.O.U., de 18 de agosto de 2008, Seção I, p. 256).

Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, que altera a Lei nº 3.268/57 e

CONSIDERANDO que o médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatório médico e, a princípio, existem condicionantes a limitar a sua conduta quando o paciente necessita buscar benefícios, em especial, previdenciários;

CONSIDERANDO que o médico perito é o profissional incumbido, por lei, de avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais frequente é a habilitação a um benefício por incapacidade;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 5/08, de 18 de abril de 2008;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 14 de agosto de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos”:

I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;

II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

I - o diagnóstico;

II - os resultados dos exames complementares;

III - a conduta terapêutica;

IV - o prognóstico;

V - as consequências à saúde do paciente;

VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementarmente o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.”

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

Brasília-DF, 14 de agosto de 2008.

EDSON DE OLIVIERA ANDRADE

Presidente

LIVIA BARROS GARÇÃO

Secretária-Geral

DA ELABORAÇÃO DO MANUAL

PRIMEIRA EDIÇÃO

GRUPO DE TRABALHO

Dra. Nadia Maria Hallack Porto - Coordenadora do Trabalho

Dr. Jorge Luiz Tramuja

Dr. Júlio Coutinho Filho

Dr. Luiz Ricardo Rau

Dra. Raquel Dutra Costa

Dr. Roque Luiz Santana

Dra. Maria Cristina Remor Moritz

SEGUNDA EDIÇÃO

ATUALIZAÇÃO DA PRIMEIRA EDIÇÃO:

Dra. Nadia Maria Hallack Porto

Dr. Jorge Luiz Tramuja

Dr. Júlio Coutinho Filho

Dr. Nicolau Heuko Filho

Dr. Olandim Queiroz da Fonseca Filho

APOIO ADMINISTRATIVO

Gilberto Dacoréggio Jeremias

Lauricéia Maciel

Maria Emília Luz

Tânia Regina Maurício Silva

Isabela Rosar Ramos

Pedro Canísio Hames

REVISÃO TÉCNICA

Dr. Nicolau Heuko Filho

Dra. Maria Cristina Remor Moritz

Dra. Andréia Figueiró da Silva Barcellos

Dra. Andressa Tribeck Ferreira Tomaz

Dra. Manuela Mendonça Lisboa Beirão

FINALIZAÇÃO

Dr. Nicolau Heuko Filho

Dra. Andressa Tribeck Ferreira Tomaz

Dra. Manuela Mendonça Lisboa Beirão