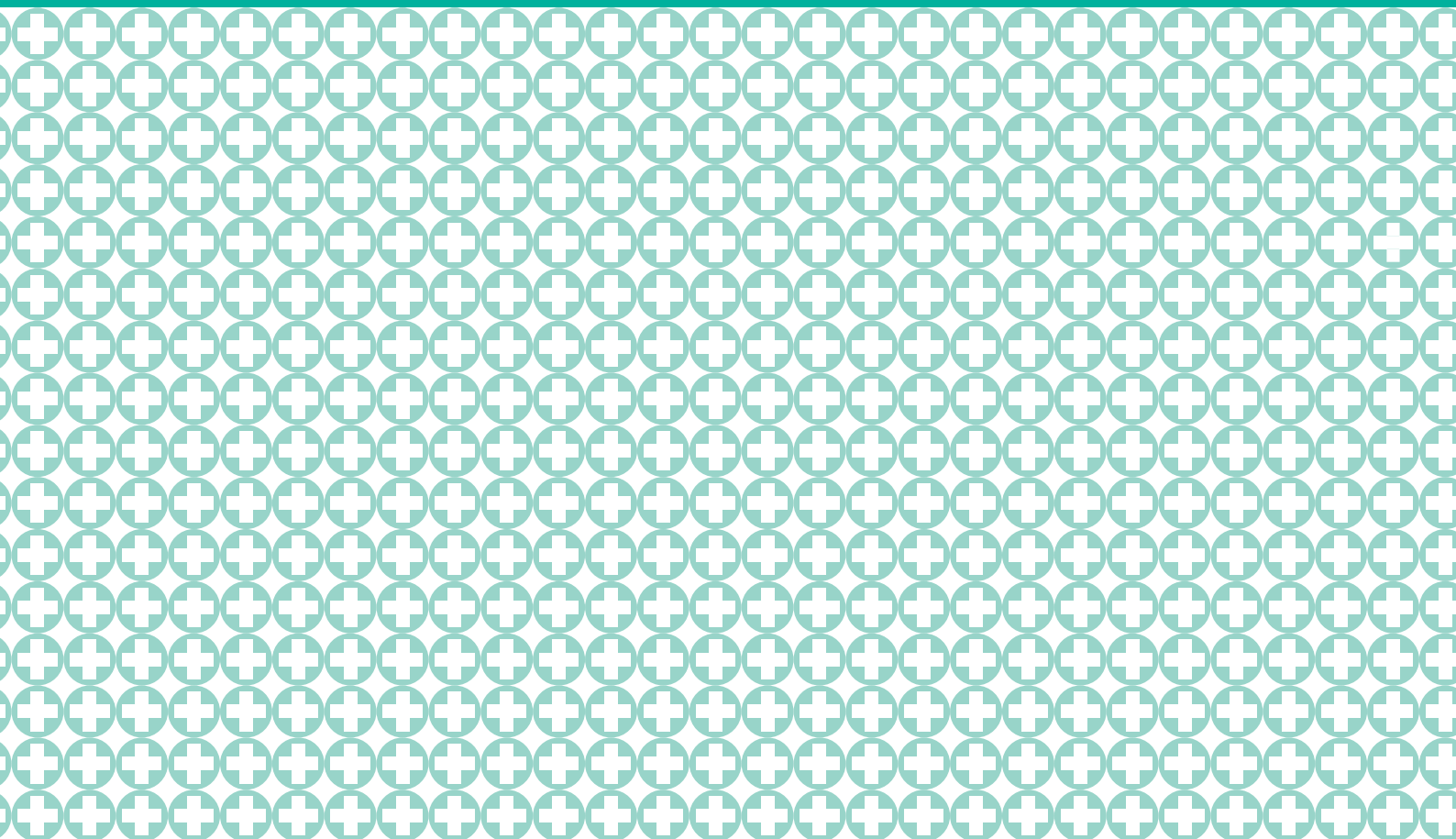




Manual de Procedimentos em
Perícia Médica

Secretaria da Educação do Estado de São Paulo



Governo do Estado de São Paulo

Governador

Geraldo Alckmin

Vice-Governador

Guilherme Afif Domingos

Secretário da Educação

Herman Voorwald

Secretário-Adjunto

João Cardoso Palma Filho

Chefe de Gabinete

Fernando Padula Novaes

Fundação Faculdade de Medicina – FFM

Diretor Geral

Flavio Fava de Moraes

Fundação para o Desenvolvimento da Educação – FDE

Presidente

Barjas Negri

Secretaria da Educação do Estado de São Paulo

Praça da República, 53 – Centro

01045-903 – São Paulo – SP

Telefone: (11) 3218-2000

www.educacao.sp.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E NORMATIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
CENTRO DE QUALIDADE DE VIDA

Manual de Procedimentos em
Perícia Médica

São Paulo, 2013

Catálogo na fonte: Centro de Referência em Educação Mário Covas

S239m São Paulo (Estado). Secretaria da Educação. Centro de Qualidade de Vida
Manual de procedimentos em perícia médica / Secretaria da Educação,
Centro de Qualidade de Vida – São Paulo : SE, 2013.
192 p. ; il.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-7849-530-5

1. Perícia médica 2. Medicina do trabalho I. Título.

CDU: 616-057

Apresentação

A perícia médica tem como um dos seus maiores desafios o domínio de um conhecimento médico amplo, tangendo diversas especialidades, além do domínio da legislação pertinente. A idealização deste documento surgiu dessa dificuldade e da necessidade de ampliar e normatizar os procedimentos em perícia médica.

Portanto, este manual tem como objetivo uniformizar a perícia médica no âmbito da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, com o intuito de ser realmente manipulado e consultado como instrumento de trabalho, facilitando e otimizando o ato pericial.

Foram fundamentais para sua construção a reflexão desenvolvida anteriormente na Unesp, cujas lições aprendidas puderam aqui ser integradas, e o trabalho de equipe da Central de Saúde e Perícias Médicas da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, com determinação e dedicação.

O instrumento presente teve o apoio do Secretário da Educação, Professor Herman Voorwald, que abraçou essa causa como resultado de uma demanda da rede de ensino em relação às perícias médicas.

Este é, pois, o resultado de um trabalho árduo, de pesquisa e aplicabilidade prática do conhecimento. Esperamos que sua utilização seja fonte de transformação.

Walnei Fernandes Barbosa
Coordenador de Projetos
Responsável pela Central de Saúde e Perícias Médicas
da Fundação Faculdade de Medicina

Sumário

CAPÍTULO I

Conceitos básicos em perícia médica para avaliação da capacidade laborativa... 10

1.1 Perícia oficial em saúde	10
1.2 Médico perito.....	10
1.3 Capacidade laborativa	11
1.4 Incapacidade laborativa	11
1.5 Doença incapacitante	12
1.6 Invalidez	12
1.7 Deficiência.....	13
1.8 Doença profissional.....	13
1.9 Doença relacionada ao trabalho	13
1.10 Readaptação	13
1.11 Licenças por motivo de saúde	13
1.12 Documento médico-legal.....	14

CAPÍTULO II

Doenças especificadas em lei..... 16

2.1 Doenças especificadas no § 1º do artigo 186 da Lei nº 8.112/1990	16
Alienação mental	16
Cardiopatia grave	18
Cegueira posterior ao ingresso no serviço público	23
Doença de Parkinson	25
Esclerose múltipla	30
Espondiloartrose anquilosante.....	32
Estados avançados do mal de Paget	33
Hanseníase	34
Nefropatia grave	37
Neoplasia maligna	40
Paralisia irreversível e incapacitante.....	42
Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids)	43
Tuberculose ativa	45

2.2 Doenças especificadas na Lei nº 11.052/2004	49
Hepatopatia grave	49
Contaminação por radiação	53

CAPÍTULO III

Atribuições médicas 58

3.1 Atribuições do médico perito	58
3.2 Atribuições dos médicos que compõem a junta médica.....	59

CAPÍTULO IV

Ética e sigilo médico 62

CAPÍTULO V

Exames médicos periciais 64

5.1 Exame médico pericial	64
5.2 Sistematização da perícia médica	65
5.3 Agendamento e local de realização do exame médico pericial.....	65
5.4 Falta do servidor ao exame de perícia médica	65
5.5 Recusa do servidor à perícia médica	66

CAPÍTULO VI

Parâmetros de afastamento por motivos de doença 68

6.1 Parâmetros de afastamento por motivos médicos.....	68
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B9)	68
Neoplasias [tumores] (C00-D48)	69
Doenças endócrinas, nutricionais metabólicas (E00-E90).....	70
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	71
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	72
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	73
Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95).....	75
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99).....	76
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	78
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	79
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	81

Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjutivo (M00-M99)	81
Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	83
Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	85
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	86
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99)	86
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	87
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	90
Procedimentos sem CID específico	90
6.2 Parâmetros de afastamento por motivos odontológicos	91
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	91
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	92
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	92
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	94
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjutivo (M00-M99)	95
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	95
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	95

CAPÍTULO VII

Procedimentos do servidor	98
7.1 Das licenças médicas	98
Licença para tratamento de saúde	98
Licença “Ex-offício”	98
Licença para tratamento de saúde a pedido do servidor	98
7.2 Agendamento do exame médico pericial	99
7.3 Realização do exame médico pericial	99
7.4 Da decisão final e da publicação do resultado	100
Pedidos de reconsideração	100
7.5 Junta médica	101

7.6	Readaptação	102
	Objetivos da reunião	103
	Reavaliação	104
	Cessaçãoda readaptação.	105

CAPÍTULO VIII

Aposentadoria por invalidez	108
--	------------

CAPÍTULO IX

Legislação	109
-------------------------	------------

Decreto Nº 58.973, de 18 de março de 2013	110
---	-----

Decreto nº 58.032, de 10 de maio de 2012	112
--	-----

Resolução SE 1, de 14 de janeiro de 2013	114
--	-----

Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1988	119
--	-----

Resolução SGP nº 07, de 3 de fevereiro de 2012	133
--	-----

Comunicado DPME nº 003/2012 de 30 de maio de 2012	135
---	-----

Decreto nº 51.738, de 5 de abril de 2007	136
--	-----

Lei Complementar nº 1.054, de 7 de julho de 2008	138
--	-----

Decreto nº 2.591, de 9 de outubro de 1973	141
---	-----

Lei Complementar nº 1.123, de 1º de julho de 2010	143
---	-----

Decreto nº 52.968, de 7 de julho de 1972.....	153
---	-----

Lei Complementar nº 683, de 18 de setembro de 1992.....	156
---	-----

Lei Complementar nº 932, de 8 de novembro de 1992	158
---	-----

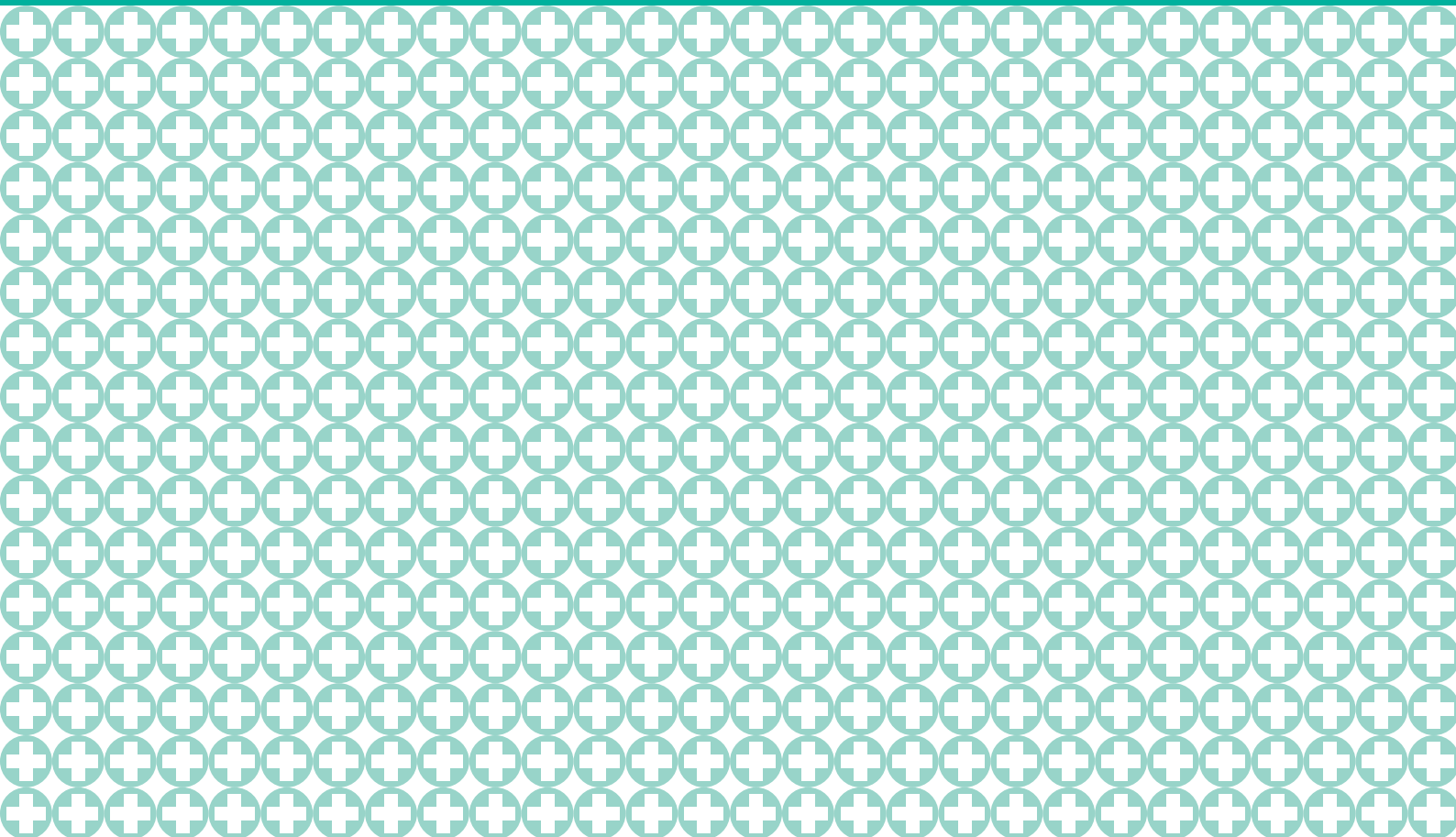
Resolução CREMESP nº 126, de 17 de outubro de 2005	159
--	-----

Resolução CFM nº1.931, de 17 de setembro de 2009	163
--	-----

Anexos – Modelos	179
-------------------------------	------------

Capítulo I

Conceitos básicos em perícia médica para
avaliação da capacidade laborativa



Conceitos básicos em perícia médica para avaliação da capacidade laborativa

1.1. Perícia oficial em saúde

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

A perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

junta médica: perícia oficial em saúde realizada por grupo de três ou mais médicos;

perícia médica: perícia oficial em saúde realizada por apenas um médico.

1.2. Médico perito

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Capacidade laborativa

É a condição física e mental para o exercício de atividade produtiva.

É a expressão utilizada para habilitar o examinado a desempenhar as atividades inerentes ao cargo ou função. O indivíduo é considerado capaz para exercer uma determinada atividade ou ocupação quando reúne as condições morfopsicofisiológicas compatíveis com o seu pleno desempenho.

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

1.4. Incapacidade laborativa

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

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

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

Quanto ao grau: a incapacidade laborativa pode ser **parcial ou total**:

- a. Considera-se como **parcial** o grau de incapacidade que permite o desempenho das atribuições do cargo ou função, sem risco de vida ou agravamento;
- b. Considera-se como incapacidade **total** a que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo ou função, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos servidores detentores de cargo ou função.

Quanto à duração, a incapacidade laborativa pode ser **temporária ou permanente**:

- a. Considera-se **temporária** a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro do prazo previsível;

- b. Considera-se **permanente** a incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos de terapêutica, readaptação disponível à época da avaliação pericial.

Quanto à abrangência profissional: a incapacidade laborativa pode ser classificada como:

- a. **Uniprofissional** – é aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica do cargo ou função;
- b. **Multiprofissional** – é aquela em que o impedimento abrange diversas atividades do cargo ou função;
- c. **Omniprofissional** – é aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa que vise ao próprio sustento ou de sua família.

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

1.5. Doença incapacitante

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

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

1.6. Invalidez

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

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

1.7. Deficiência

É a perda parcial ou total, bem como ausência ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere limitação ou incapacidade parcial para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

A deficiência pode ser enquadrada nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental e múltipla.

1.8. Doença profissional

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

1.9. Doença relacionada ao trabalho

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

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

1.10. Readaptação

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

1.11. Licenças por motivo de saúde

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

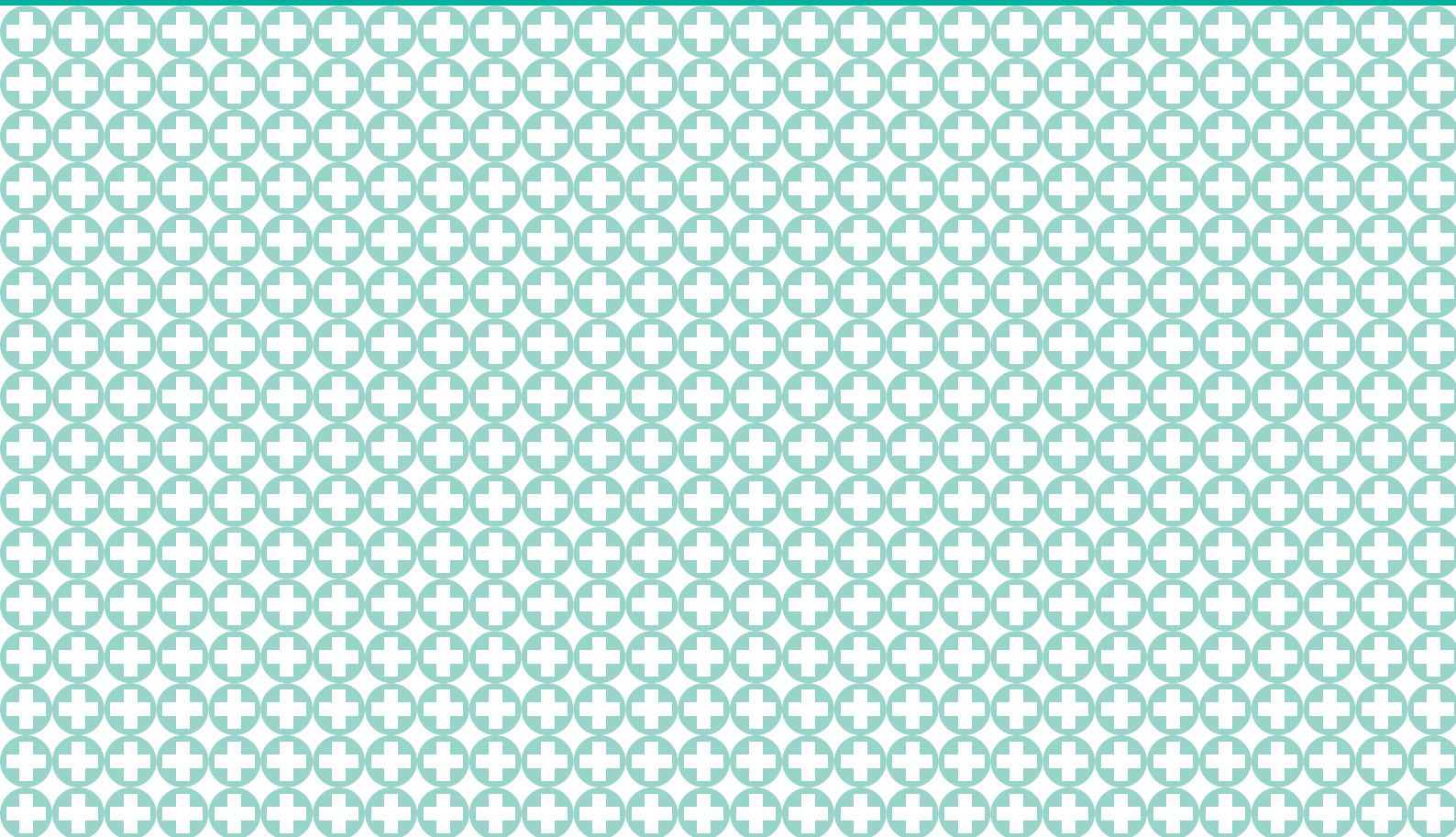
- a. Tratamento da própria saúde;
- b. Doença em pessoa de sua família;
- c. Licença-gestante.

1.12. Documento médico-legal

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

Capítulo II

Doenças especificadas em lei



Doenças especificadas em lei

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

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

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

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

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

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

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

2.1.1. Alienação mental

Conceito: Conceitua-se como alienação mental todo quadro de distúrbio psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o indivíduo inválido total e permanentemente para qualquer trabalho.

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

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

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

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

Normas de procedimentos para a perícia oficial em saúde

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

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

Crítérios de enquadramento

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

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

São passíveis de enquadramento:

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

São excepcionalmente considerados casos de alienação mental:

1. Psicoses afetivas, mono ou bipolares, quando comprovadamente cronicadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível da personalidade;
2. Psicoses epiléticas, quando caracterizadamente cronicadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;

3. Psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronicadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;
4. Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas graves.

Quadros não passíveis de enquadramento:

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

2.1.2. Cardiopatia grave

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

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

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

Classificação das cardiopatias de acordo com a capacidade funcional do coração – NYHA (New York Heart Association)

Classe I	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispneia nem angina de peito.
Classe II	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.

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

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

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

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

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

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

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

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

Critérios de enquadramento

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

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

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave:

1. Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);
2. Síndromes de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);
3. Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassistólicas e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
4. Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
5. Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marca-passo, aneurismectomias, cor-

reções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou, a critério, classe II da NYHA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sabe-se também que, e num grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação.

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

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

2.1.3. Cegueira posterior ao ingresso no serviço público

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

São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

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

Graus de perda parcial da visão

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

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

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

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

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

Avaliação da acuidade visual – Escalas adotadas

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

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

Snellen	Decimal	% de visão
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/33	0,6	88,5
20/40	0,5	84,5
20/50	0,4	76,5
20/67	0,3	67,5
20/100	0,2	49,0
20/200	0,1	20,0
20/400	0,05	10,0

Crítérios de enquadramento

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

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

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

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

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

2.1.4. Doença de Parkinson

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

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

- d. Instabilidade postural: O paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;
- e. Demência: pode ocorrer tardiamente.

Considerações:

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

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

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

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

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

2.1.4.1. Tabela de Webster para avaliação da doença de Parkinson

A) Bradicinesia de mãos – Incluindo escrita manual

Sem comprometimento.	0
Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual.	1
Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente.	2
Lentificação grave do uso da supinação-pronação incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio utensílios.	3

B) Rigidez

Não detectável.	0
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso.	1
Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado.	2
Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3

C) Postura

Postura normal. Cabeça fletida para a frente, menos de 10 cm.	0
Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para a frente, mais de 12 cm.	1
Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para a frente mais de 15 cm. Um ou ambos os braços elevados, mas abaixo da cintura.	2
Início da postura simiesca. Cabeça fletida para a frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando a extensão interfalange. Começando a flexão dos joelhos.	3

D) Balanceio de membros superiores

Balanceio correto dos dois braços.	0
Um dos braços com diminuição definida do balanceio.	1
Um braço não balança.	2
Os dois braços não balançam.	3

E) Marcha

Passos bons, compassada de 40 cm a 75 cm. Faz giros sem esforço.	0
--	---

Marcha encurtada para passada com 30 cm a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encurtada com 15 cm a 30 cm. Os dois calcanhares começam abater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como “gaguejar”. O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3

F) Tremor

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

G) Face

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

H) Seborreia

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

I) Fala

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

J) Cuidados pessoais

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

Total da Tabela de Webster=

Análise:

1 a 10 = Início da doença

11 a 20 = Incapacidade moderada

21 a 30 = Doença grave ou avançada

Critérios de enquadramento

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

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

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

2.1.5. Esclerose múltipla

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

Etiologia

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

Patologia

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

Sinais e sintomas

De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central com remissões e exacerbações frequentes. Os sintomas geralmente se iniciam com dormência e fraqueza nas pernas, mãos, face, distúrbios

visuais (cegueira parcial ou dor nos olhos), distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens entre outros.

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

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

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

Curso

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

Diagnóstico

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

Exames complementares ao diagnóstico:

1. Exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;
2. Ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostrar as placas;
3. Potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

Crítérios de enquadramento

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

2.1.6. Espondiloartrose anquilosante

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

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

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

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

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

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

Critérios de enquadramento

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

Ao firmar seus laudos, a perícia deverá fazer constar:

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

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

- a. Comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);
- b. Cintilografia óssea;

- c. Teste sorológico específico HLA – B 27;
- d. Tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

2.1.7. Estados avançados do mal de Paget

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

Quadro clínico

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

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

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

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

Critérios de enquadramento

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

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

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

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

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

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

2.1.8. Hanseníase

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

Sinais cardinais da hanseníase:

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

Classificação

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

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

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

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

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

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

Formas clínicas de hanseníase – Classificação de Madri:

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

2.1.8.1. Neuropatia hanseniana – Diagnóstico do dano neural

Sinais e sintomas

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

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

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

Graus de incapacidade

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

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

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

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

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

Teste manual da exploração da força muscular

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

Critérios de enquadramento

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

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

- a. A perícia concluirá pelo afastamento temporário das atividades quando os servidores:
- b. Manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;
- c. Manifestarem dor neuropática;
- d. Tiverem que se submeter a tratamento de descompressão neural cirúrgica de neurites;
- e. Necessitarem submeter-se a tratamento de deficiências na face, nariz, olhos, mãos e pés;
- f. Tiverem que permanecer imobilizados ou em repouso absoluto do membro quando da detecção precoce de surtos reacionais (tipo 1 ou tipo 2), neurites ou para tratamento de úlceras plantares, até a remissão dos sintomas.

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

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

2.1.9. Nefropatia grave

Conceito: Define-se como nefropatia grave o comprometimento em caráter transitório ou permanente da função renal a ponto ocasionar grave insuficiência renal e/

ou acarretar risco à vida, ocasionado por enfermidade de evolução aguda ou crônica, de qualquer etiologia.

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

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

Quadro clínico

Manifestações clínicas:

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

Alterações nos exames complementares

1. Alterações laboratoriais:
 - a. Diminuição da filtração glomerular;
 - b. Diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
 - c. Aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico;
 - d. Distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
 - e. Acidose.
2. Alteração nos exames por imagem:
 - a. Diminuição das áreas renais nas enfermidades crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
 - b. Distorções da imagem normal consequente de cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
 - c. Distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;
 - d. Diminuição da eliminação de contrastes quando usados.

Considerações

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

Doenças renais crônicas – Estadiamento e classificação *

Estágio	Filtração glomerular (ml/min)	Creatinina (mg/dl)	Grau de IRC
0	> 90	0,6 – 1,4	Grupo de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6 – 1,4	Função renal normal Presença de lesão renal
2	60 – 89	1,5 – 2,0	IR leve ou funcional
3	30 – 59	2,1 – 6,0	IR moderada ou laboratorial
4	15 – 29	6,1 – 9,0	IR grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	IR terminal ou pré-dialítica

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

São consideradas nefropatias graves:

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

Critérios de enquadramento

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

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

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

2.1.10. Neoplasia maligna

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

São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

Avaliação diagnóstica e estadiamento

1. O diagnóstico e o estadiamento da neoplasia maligna podem ser determinados, entre outros, pelos seguintes meios propedêuticos:
2. Exame clínico especializado;
3. Exames radiológicos;
4. Exames ultrassonográficos;
5. Exames de tomografia computadorizada;
6. Exames de ressonância nuclear magnética;
7. Exames cintilográficos;
8. Exames endoscópicos;
9. Pesquisa de marcadores tumorais específicos;
10. Biópsia da lesão com exame histopatológico;
11. Exames citológicos;
12. Exames de imunoistoquímica;
13. Estudos citogenéticos em casos específicos.

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

Prognóstico

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

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

Objetivos do exame pericial

O exame pericial objetiva comprovar:

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

Critérios de enquadramento

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

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

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

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

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

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

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

2.1.11. Paralisia irreversível e incapacitante

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

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

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

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

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

Classificação das paralisias

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

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

Critérios de enquadramento

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

A perícia deverá especificar no laudo os diagnósticos anatômico e etiológico e o caráter definitivo e permanente como o citado na lei.

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

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

É preciso que, depois de esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis, sejam consideradas irreversíveis e incapacitem o servidor para o exercício da atividade inerente ao cargo.

2.1.12. Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids)

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

Classificação

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

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

Categoria “A”:

- 1.** Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
- 2.** Linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extrainguinais, com duração de pelo menos três meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
- 3.** Infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico;

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

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

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

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

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

1. Grupo 1: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³.

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

Quadro de classificação clínica e laboratorial

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

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

Critérios de enquadramento:

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

2.1.13. Tuberculose ativa

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

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

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

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

Classificação

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

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

As lesões tuberculosas são classificadas em:

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

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

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

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

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

1. Bacteriológicas: ausência de *Mycobacterium tuberculosis* no exame direto e/ou cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais, durante pelo menos três meses, inclusive em material obtido por broncoaspiração, e negatividade dos exames das peças de ressecção;
2. Radiológicas: “limpeza” radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspecto cístico ou bolhoso;
3. Clínicas:
 - a. Ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;
 - b. Existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas consequentes à doença e à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas);
 - c. Persistência das condições clínicas favoráveis, com duração de, pelo menos, três meses.

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

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

Localização das lesões:

Tuberculose pulmonar

A expressão “tuberculose pulmonar ativa” não traduz, necessariamente, uma evolução desfavorável da doença; significa, antes de tudo, o estado dinâmico ou instá-

vel do processo, com possibilidade de progredir, regredir ou permanecer estacionário (cronificado) em certo período de tempo.

Tuberculose ganglionar

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

Tuberculose renal

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

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

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

Tuberculose óssea

As localizações mais frequentes são: vertebral e depois coxofemoral.

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

Para a confirmação do diagnóstico de atividade devemos usar como auxiliares: radiografias, biópsias ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões.

Crítérios de enquadramento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Doenças especificadas na Lei nº 11.052/2004

2.2.1. Hepatopatia grave

Conceito: A hepatopatia grave compreende um grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando

alteração estrutural extensa e deficiência funcional intensa, progressiva e grave, além de incapacidade para atividades laborativas e risco à vida.

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

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

Constituem características das hepatopatias graves:

Quadro clínico:

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

Quadro laboratorial:

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

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

Nos exames por imagem são observadas as seguintes alterações:

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

São causas etiológicas das hepatopatias graves:

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

Classificação

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

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

Indicadores	Pontos		
	1	2	3
Albumina	>3,5g%	3,0 a 3,5g%	<3,5g%
Bilirrubina	<2,0mg%	2,0 a 3,0mg%	>3,0mg%
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa

Grau de encefalopatia	Não	Leve	Grave
Tempo de protrombina	>75%	50 a 74%	<50%

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

Classe	Total de pontos
A	5 a 6
B	7 a 9
C	10 a 15

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

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

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

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

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

Critérios de enquadramento

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.2. Contaminação por radiação

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

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

A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser documentada e, quando for o caso, constar de atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação do local.

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

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

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

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação

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

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

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

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

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

3. Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas degenerativas e necrose;
4. Grau IV ou muito grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

Diagnóstico

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

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

Crítérios de enquadramento

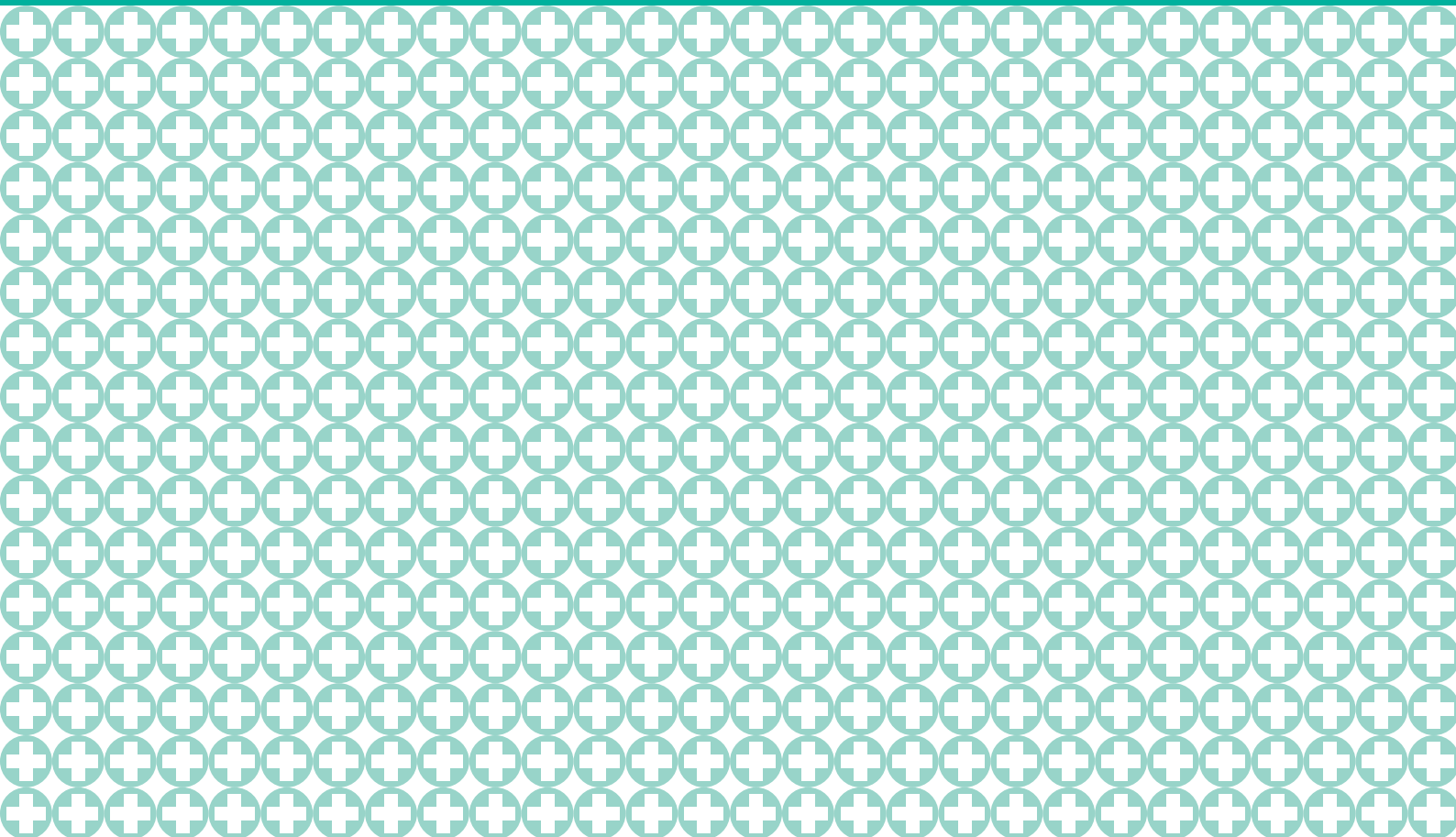
Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita anteriormente, serão considerados pela perícia como acometidos de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado.

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

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

Capítulo III

Atribuições médicas



Atribuições médicas

3.1. Atribuições do médico perito

São atribuições do médico perito:

1. Realizar exames médicos-periciais, preenchendo os laudos médicos nos modelos próprios.
2. Avaliar o enquadramento legal da situação do servidor, com relação aos benefícios previstos em lei, para:
 - Licença para tratamento de saúde;
 - Licença compulsória nos casos em que ao servidor possa ser atribuída a condição de fonte de infecção de doenças transmissíveis, enquanto durar essa condição, na forma prevista no estatuto;
 - Licença para tratamento de saúde de pessoa da família que dependa exclusivamente de cuidados do servidor, desde que devidamente comprovado;
 - Avaliação da possibilidade de readaptação profissional;
 - Licença-gestante;
 - Avaliação da possibilidade de aposentadoria,
 - Outros procedimentos descritos em lei, que demandem avaliação médico-pericial.
3. Sugerir, quando julgar necessário, exames complementares e pareceres de especialistas, para melhor esclarecimento do caso;
4. Solicitar relatório pormenorizado dos médicos assistentes;
5. Preencher os laudos e os campos da conclusão de perícia médica de sua competência assim como todos os demais formulários pertinentes ao caso;
6. Informar ao servidor, no ato da perícia, do imediato retorno ao trabalho no caso de não concessão da licença;
7. Solicitar ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas a convocação de junta médica sempre que:
 - As licenças para tratamento de saúde excederem 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, pela mesma patologia;
 - Julgar necessária a avaliação do caso por outros médicos peritos e por um especialista;
 - Julgar ser indicada a readaptação ou aposentadoria do servidor;
 - Em situações especiais, a seu critério.

8. Participar como membro de junta médica, nos casos em que tenha sido designado pelo coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas, conforme atos vigentes;
9. Zelar pela observância do Código de Ética Médica;
10. Manter-se atualizado sobre a legislação referente à concessão de benefícios por incapacidade ou por deficiência, participando dos fóruns para os quais for designado;
11. Participar, quando convocado, das revisões de benefícios previstos em lei.

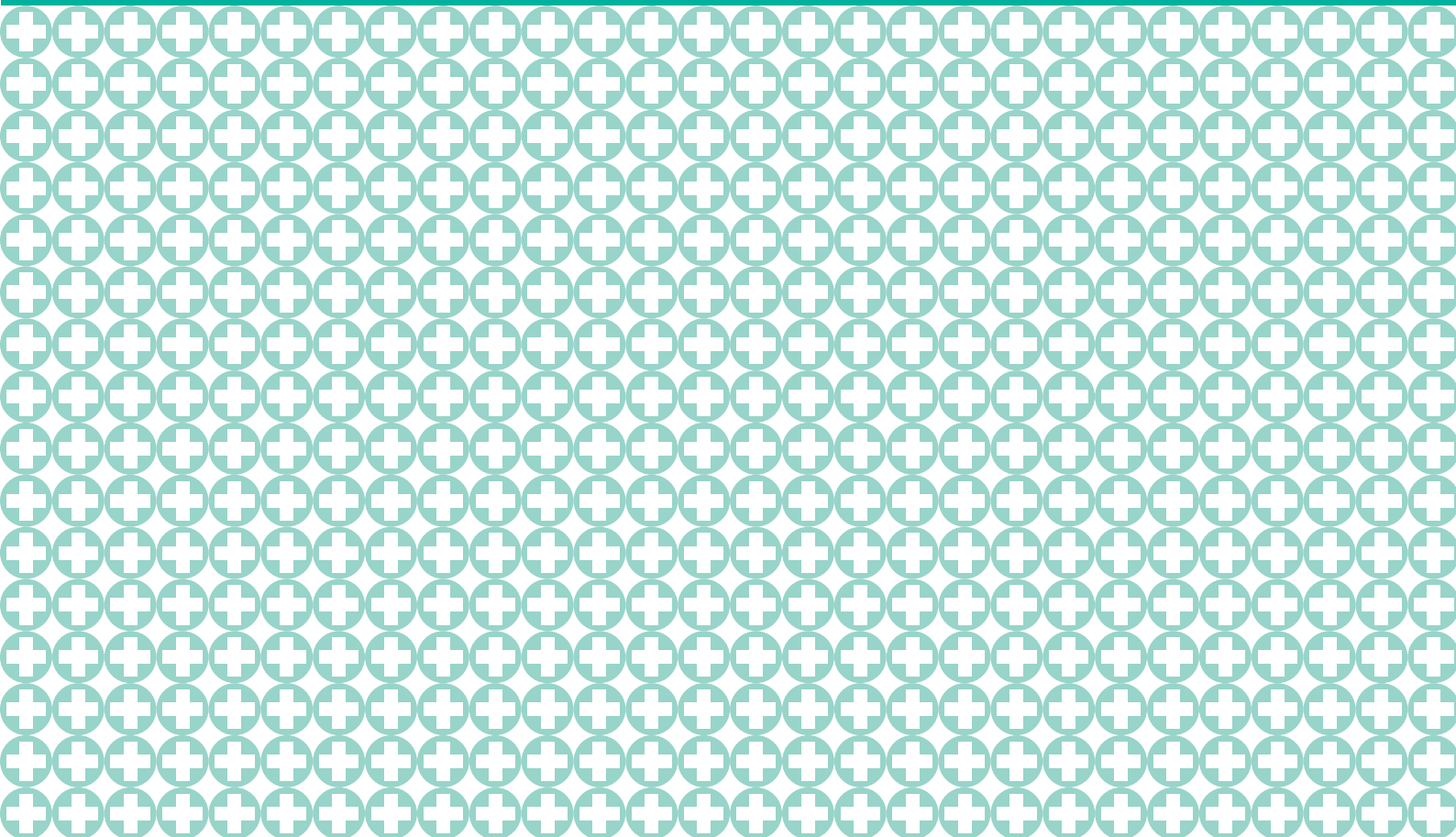
3.2. Atribuições dos médicos que compõem a junta médica

Atenção - Nos casos em que o médico especialista não for perito credenciado da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, ao especialista caberá emitir pareceres, atendendo solicitação da Perícia Médica, sem concluir sobre a capacidade laborativa do servidor. Deve ater-se às manifestações técnicas a respeito da doença, evitando manifestar-se sobre incapacidade para o trabalho, exceto quando o perito da junta médica assim solicitar, pois se trata de atribuição exclusiva.

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

Capítulo IV

Ética e sigilo médico



Ética e sigilo médico

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

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

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

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

O perito poderá negar-se a realizar exame médico-pericial quando se julgar impedido por motivo ético (impedimento ou suspeição). Neste caso, deve reportar-se por escrito ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas alegando o motivo de seu impedimento.

Na ocorrência de situações excepcionais, o perito poderá ser recusado para determinado procedimento pelo coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas, que deverá tomar as providências que couberem para indicar outro perito para o ato.

O Código de Ética Médica reserva os artigos 92, 93, 94 e 98 para perícia médica. É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

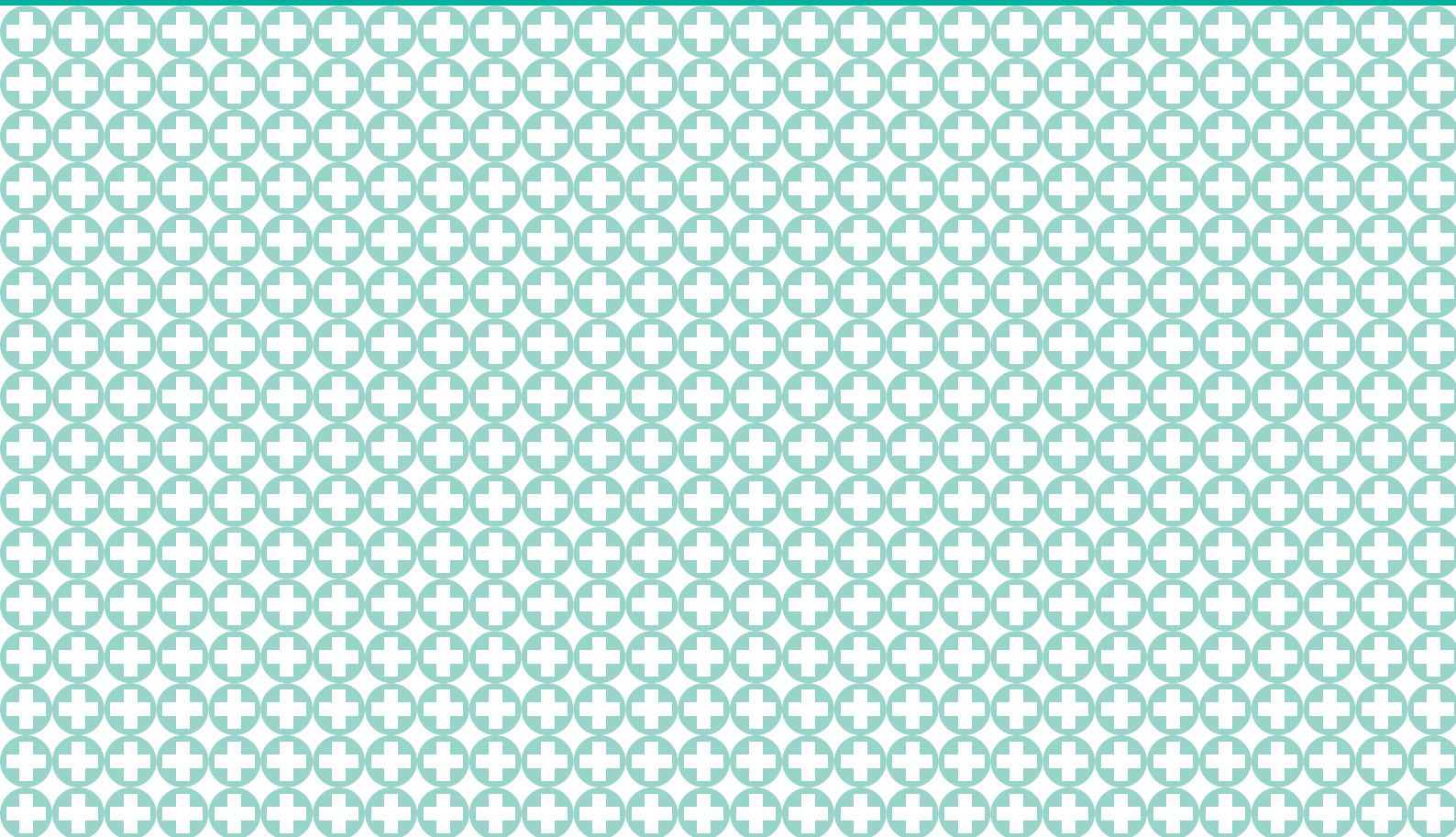
Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

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

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

Capítulo V

Exames médicos periciais



Exames médicos periciais

5.1. Exame médico pericial

É o procedimento realizado por médico perito, que tem por finalidade a emissão de parecer técnico na avaliação da condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal, sendo o motivo mais frequente a habilitação a um benefício por incapacidade.

Na realização do exame médico pericial, o médico perito deve observar as seguintes normas gerais:

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

rando que em determinadas patologias (doenças mentais, principalmente) é importante que o tratamento seja especializado, se houver condições para isto;

- A responsabilidade pela conclusão final do laudo é sempre do perito clínico, pois o exame especializado, embora valioso, não é conclusivo.

5.2. Sistematização da perícia médica

O prontuário do servidor deve conter, genericamente:

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

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

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

5.3. Agendamento e local de realização do exame médico pericial

O agendamento de perícia médica será realizado exclusivamente na unidade do servidor e a realização da perícia, na Unidade Pericial.

A perícia fora da sede do servidor somente poderá ser realizada nos casos em que houver comprovação médica dessa necessidade.

Dúvidas e orientações quanto ao agendamento da perícia médica serão sanadas junto à equipe de gestão do Programa de Inspeções Médicas da Secretária da Educação, órgão central da CGRH.

5.4. Falta do servidor ao exame de perícia médica

Se o servidor não comparecer a uma convocação para exame médico pericial, ele deverá ser convocado pela segunda vez.

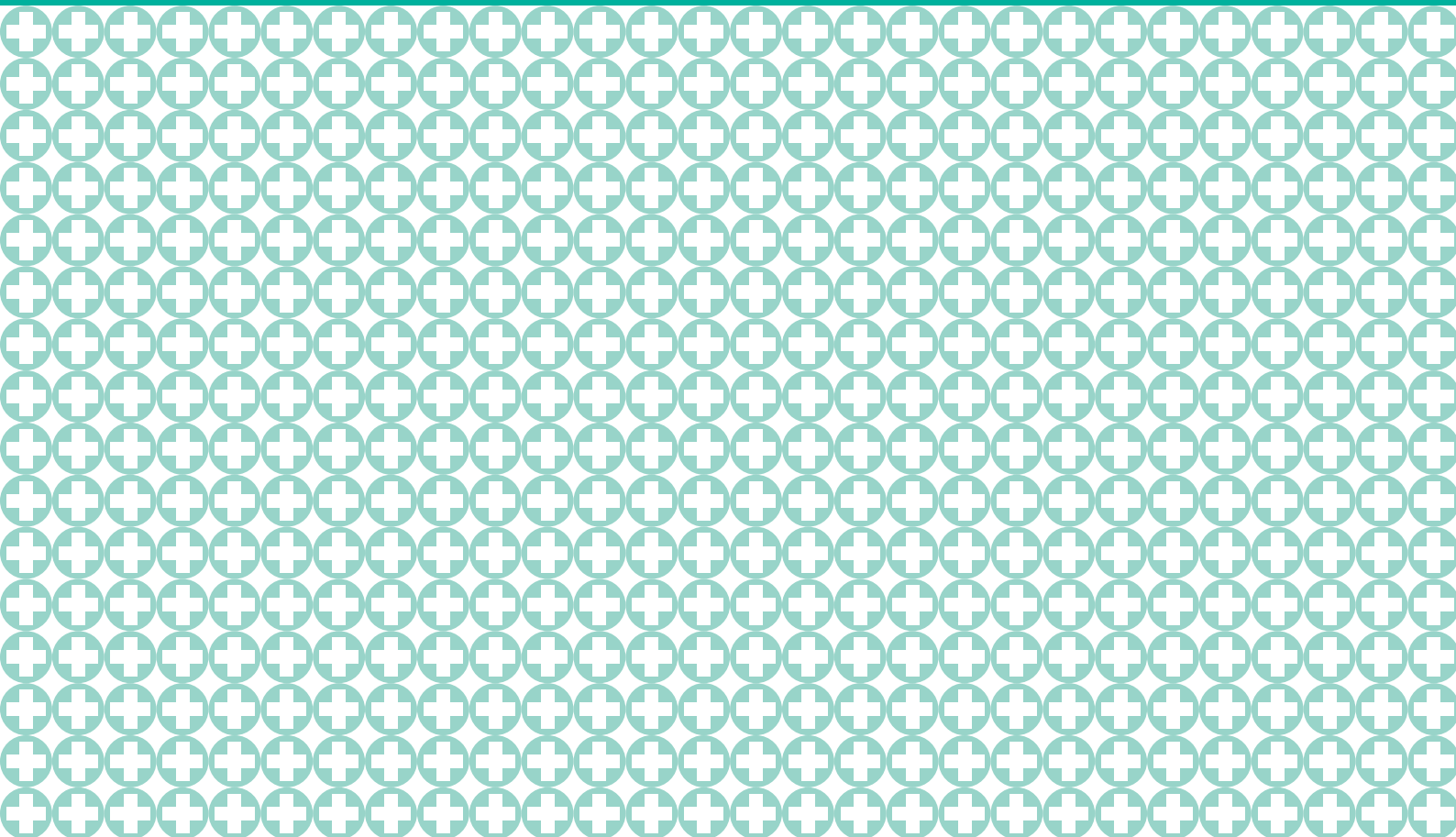
Caso o servidor falte à segunda convocação para o exame, a GPM será indeferida por não comparecimento em data e local agendado, tendo como consequência o indeferimento do afastamento.

5.5. Recusa do servidor à perícia médica

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

Capítulo VI

Parâmetros de afastamento
por motivos de doença



Parâmetros de afastamento por motivos de doença

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

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

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

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

6.1. Parâmetros de afastamento por motivos médicos

Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B9)

CID	Descrição	Afast./dias	
A05 A08 A09	Gastroenterocolites	2	
A15	Tuberculose respiratória	30	
A15.0	Tuberculose pulmonar	30	
A15.6	Derrame pleural por tuberculose	20	
A46	Erisipela	Simplex	10
		Bolhosa	15
A90	Dengue clássico	7	
B06	Rubéola	7	
B15/B16 B17/B18	Hepatites virais agudas, crônicas descompensadas e alcoólicas	30	

B26	Caxumba	10
B26.8	Parotidite epidêmica com complicações - variável com o tipo de complicação	15
B26.9	Parotidite epidêmica sem complicações – a partir da manifestação	10

Capítulo II – Neoplasias [tumores] (C00-D48)

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

C62	Neoplasia maligna dos testículos	Orquiectomia + Z54.0	90
C63	Neoplasia maligna de outros órgãos genitais masculinos	Orquiectomia + Z54.0	90
C67	Neoplasia maligna de bexiga – Cistectomia Z +54.0		90
C71	Cirurgia para retirada de tumor cerebral + Z54.0		90
C73	Neoplasia maligna da glândula tireoide	Pós-cirúrgico + Z54.0	90
		Pós-radioterapia Z51.1	90
		Quimioterapia Z51.1	90
		Exame de seguimento após tratamento por neoplasia maligna Z08 e Z12.8	30
D25	Leiomioma do útero	Miomectomia convencional + Z54.0	30
		Miomectomia videolaparoscópica + Z54.0	15
D30.3	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos) + Z54.0		10

Capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais metabólicas (E00-E90)

CID	Descrição	Afast./ dias
E03	Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal)	10
E04	Tireoidectomia parcial	15
E05	Hipertireoidismo (descompensado e em início, reposição hormonal) clínico supressivo	30

E05	Radioterápico	8
	Cirúrgico + Z54.0	15
E06.1	Tireoidite subaguda	10
E10	Diabetes insulín dependente descompensado e sintomático	7
E11	Diabetes não insulín dependente descompensado e sintomático	10
E24	Síndrome de Cushing	30
E66.8	Obesidade mórbida-cirúrgico (qualquer modalidade) + Z54.0	30
E89.2	Hipoparatiroidismo pós-cirúrgico + Z54.0	30

Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)

CID	Descrição	Afast./ dias
F00/F09	Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos	30
F10/F19	Intoxicação aguda (0 até 2)	3
	Demais situações (3 até 9)	15
F20/F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	30
F30	Episódio maníaco	30
F31	Transtorno afetivo bipolar	30
F32	Episódio depressivo	20
F40	Transtornos fóbicos ansiosos	20
F41	Outros transtornos ansiosos (síndrome do pânico)	20
F42	Transtorno obsessivo-compulsivo	30

F43	Reação a estresse grave e transtorno de adaptação	15
F44	Transtornos dissociativos ou conversivos	7
F45	Transtornos somatoformes	7
F48	Outros transtornos neuróticos	7
F50	Transtornos de alimentação	20
F53.1	Psicose puerperal	30

Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso (G00-G99)

CID	Descrição	Afast./ dias
G00	Meningite bacteriana	20
G02.0	Outras meningites (virais)	10
G05	Outras doenças inflamatórias do SNC (encefalite, mielite e encefalomielite)	60
G20	Doença de Parkinson	90
G21	Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos)	30
G30	Doença de Alzheimer	90
G31	Outras doenças degenerativas do SNC (ex.: álcool)	90
G31	Descompressão do nervo facial por via translabiríntica + Z54.0	90
G35	Esclerose múltipla (crise de agudização)	30
G40	Epilepsia (crise isolada)	5
G43	Enxaqueca	2
G45	Acidente vascular cerebral isquêmico transitório	15

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

Capítulo VII – Doenças do olho e anexos (H00-H59)

CID	Descrição	Afast./ dias
H01	Blefarite infecciosa	3
H04	Cirurgia do aparelho lacrimal +Z54.0	10
H04.0	Dacriadenite	7

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

H35.6	Hemorragia retiniana	30
H36.0	Retinopatia diabética (com procedimento)	15
H40	Glaucoma	15
	Cirurgia para correção de glaucoma + Z54.0	30
H43.1	Hemorragia	30
H44.0	Endoftalmite purulenta	30
H46	Neurite óptica	30
H49	Cirurgia para correção de estrabismo + Z54.0	10
H52	Cirurgia para correção de vício de refração – Z54.0	3

Capítulo VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95)

CID	Descrição	Afast./ dias
H60	Otite externa aguda (quadros severos e dolorosos)	3
H65/70	Timpanomastoidectomia	30
H65/70	Mastoidectomias associadas ou não a timpanoplastias	30
H65	Otite média aguda não supurada	5
H65	Miringoplastia para colocação de tubo de ventilação + Z54.0	5
H66	Otite média aguda supurada	3
H72/H73	Timpanoplastia +54.0	20
H80	Estapedectomia + Z54.0	30

H82	Síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte (em crise de agudização)	15
H91	Surdez súbita	30
H93.3	Exérese de neurinoma do nervo acústico+ Z54.0	90

Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)

CID	Descrição	Afast./ dias	
I01	Febre reumática com comprometimento do coração (cardite reumática)	30	
I10	Hipertensão arterial	PA até 150/110	2
		PA acima de 150/110	7
I11	Doença cardíaca hipertensiva	20	
I20	Angina tratamento clínico	20	
	Revascularização miocárdica – a partir da cirurgia + Z54.0	90	
I21	Infarto agudo do miocárdio sem complicação	30	
	Revascularização miocárdica – a partir da data da cirurgia + Z54.0	90	
I22	Infarto do miocárdio recorrente	30	
	Revascularização miocárdica – a partir da data da cirurgia + Z54.0	90	
I23	Infarto agudo do miocárdio com complicação	60	
I30	Pericardite aguda	30	
I30	Revascularização do miocárdio + Z54.0	90	
I33	Endocardite aguda	60	

140	Miocardite aguda		60
144	Bloqueio A-V / bloqueio de ramo esquerdo		10
147	Taquicardia paroxística		5
149	Outras arritmias (taquiarritmias)		5
150	Insuficiência congestiva crônica descompensada		30
160	Hemorragia subaracnoidea (aneurisma roto, acidente vascular, hemorrágico) + Z54.0		60
171	Aneurisma de aorta + Z54.0		60
173	Revascularização de membros inferiores +Z54.0		60
180	Tromboflebite de veias superficiais dos membros inferiores		7
180.2	Trombose venosa profunda dos membros inferiores		30
183	Cirurgia de varizes raqui ou peridural + Z54.0		15
	Cirurgia de varizes com anestesia local + Z54.0		7
	Safenectomia radical + Z54.0		30
184	Hemorroidectomia (convencional) + Z54.0		30
	Hemorroidas		5
185.0	Varizes de esôfago - com sangramento		7
186.1	Cirurgia para correção de varicocele + Z54.0		20
189.0	Linfedema	Não exige ortostatismo prolongado	—

I89.0	Linfedema	Exige ortostatismo prolongado	Avaliação do especialista
		Casos complicados (geralmente por erisipela)	15

Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)

CID	Descrição	Afast./ dias
J00	Ivas	3
J01	Sinusopatia aguda	5
J02	Faringite aguda viral	3
J03	Amigdalite aguda viral	3
	Amigdalite aguda bacteriana	7
J04	Laringite ou traqueítes agudas virais	3
	Laringite ou traqueítes agudas virais em professores	7
	Laringite ou traqueítes agudas bacterianas	7
J11	Gripe não complicada	3
J12/J16	Pneumonia	10
J18.0	Broncopneumonia	10
J20	Bronquite aguda	5
J21	Bronquiolite	7
J30	Rinopatia alérgica ou vasomotora em vigência de crise de agudização	3
	(Em casos severos e se o fator desencadeante estiver presente, como em reformas das unidades de trabalho, afastamento até o término da reforma, enquanto o servidor estiver exposto ao fator de risco desencadeante do quadro)	

J34.2	Septoplastias por desvio do septo nasal + Z54.0	15
	Em se tratando de funções que exijam sobre carga física do servidor	21
J34.3	Turbinectomia + Z54.0	15
J35	Amigdalectomia + Z54.0	10
J36	Abscesso amigdaliano	10
J38	Cirurgia de cordas vocais + Z54.0	30
J41	Bronquite crônica (agudização)	10
J44.1	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização)	7
J45	Asma (crise)	5
	(O período poderá ser aumentado em caso de reforma na unidade).	
J47	Bronquiectasia (infectada)	15
J85.1	Pneumonia com abscesso	30
J85.2	Abscesso do pulmão	30
J91	Pneumonia com derrame	20
J93	Pneumotórax	15

Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)

CID	Descrição	Afast./ dias
K11	Submandibulite e parotidite aguda não epidêmica	3
K12	Estomatites	3
K21.0	Esofagite de refluxo dias	2
K22.1	Esofagite erosiva – com sangramento	7

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

Capítulo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)

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

Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)

CID	Descrição	Afast./ dias
M05	Artrite reumatoide (em atividade)	15
M10	Artrite gotosa	8
M13.0	Poliartrite não especificada	10

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

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

Capítulo XIV – Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)

CID	Descrição	Afast./ dias
N00/N03	Glomerulonefrite	20
N04	Síndrome nefrótica	60
N10/N16	Pielonefrite	10
N13	Uropatia obstrutiva e por refluxo	7

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

N63	Exérese de nódulo mamário + Z54.0	10
N70	Salpingite e ooforite quando agudas	7
N73	Doença inflamatória pélvica (parametrite, celulite pélvica e pelviperitonite)	15
N75	Batholinctomia + Z54.0	15
	Doença da glândula de Barthoin (bartholinite)	7
N76.4	Abscesso vulvar	10
N80	Endometriose (com sintomatologia que ocorre no período pré-menstrual)	3
N81	Colpoperineoplastia + Z54.0	30
N88.3	Circlagem por incompetência istmo-cervical com posterior reavaliação + Z54.0	7
N88.3	Incompetência istmo-cervical com prorrogação	90
N92	Metrorragia (com patologia de base: mioma, adenomiose, pólipos endometrial)	15
N97	Infertilidade: em caso de realizar tratamento para fertilização (Z31.1)	15

Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério (000-099)

CID	Descrição	Afast./ dias
000	Cirurgia para gravidez tubária convencional + Z54.0	30
	Videolaparoscopia para gravidez tubária + Z54.0	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparoscopia)	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparotomia)	30

001	Mola hidatiforme (em caso de curetagem)	10
006	Curetagem por abortamento + Z54.0	10
	Microcesária + Z54.0	30
010	Hipertensão preexistente complicando gravidez	15
013/014	Pré-eclampsia	15
020	Ameaça de aborto	15
021	Hiperemese gravídica	3
022	Complicações venosas na gravidez (tromboflebite)	15
023	Infecção urinária na gestação	10
024	Diabetes na gestação	10
044	Placenta prévia	15
060	Trabalho de parto prematuro	15

Capítulo XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)

CID	Descrição	Afast./ dias
Q54	Cirurgia para correção de hipospadia no adulto + Z54.0	30

Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99)

CID	Descrição	Afast./ dias
R49.0	Disfonia sem outras alterações	3

Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)

CID	Descrição	Afast./ dias
S12.9	Fratura da coluna lombar / cervical + Z54.0	90
	Fratura de vértebras cervicais	60
	Coluna cervical	90
S22.0	Fratura de vértebras torácicas (com imobilização)	30
S22.3	Fratura de arco costal	20
S32.0	Fratura de vértebras lombares (com imobilização)	30
S32.8	Fratura de bacia + Z54.0	60
S42	Fratura de ombro e braço	30
S42.0	Fratura de clavícula + Z54.0	45
S43	Luxação de ombro/clavícula/braço	30
	Luxação recidivante de ombro + Z54.0	60
S46	Tenorragia do ombro + Z54.0	60
S52	Fratura de ossos do antebraço (rádio e ulna)	45
	Olecrano	60
S52.0	Fratura de cotovelo + Z54.0	60
S52.5	Fratura de úmero + Z54.0	60
	Fratura de Colles + Z54.0	45
S53.1	Luxação do cotovelo	30
S62.0	Fratura de escafoide + Z54.0	60

S62.3	Fratura de metacarpianos + Z54.0	45
	Fratura de metacarpianos com imobilização	30
S62.6	Fratura de falanges	15
S63.1	Luxação de dedos da mão	15
S63.3	Tenorragia do punho e da mão + Z54.0	40
S63.5	Entorse de punho	7
S72.0	Fratura de quadril/colo de fêmur + Z54.0	90
S72.1	Artroplastias de quadril por fratura + Z54.0	90
S72.8	Supracondiliana de fêmur	60
S73.0	Luxação de quadril	60
S82/S83	Artroscopia do joelho (outras) + Z54.0	30
S82.0	Cirurgia de rótula com osteossíntese + Z54.0	45
	Fratura de rótula	30
	Cirurgia de rótula com osteossíntese + Z54.0	90
S82.1	Fratura de platô tibial + Z54.0	90
	Fratura de platô tibial com imobilização	45
S82.1/ S72.4	Artroplastia de joelho por fratura + Z54.0	90
S82.2/ S82.3	Fratura de tíbia	60
S82.4	Fratura isolada de fíbula	30
S83	Entorse de joelho	7
S82.5/ S82.6	Fratura de maléolo	60
S83.4	Correção de ligamentos colaterais do joelho (aberta) + Z54.0	90

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

Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)

CID	Descrição	Afast./ dias
Z03.8	Artroscopia do joelho	7
Z13.6	Cateterismo	7
Z13.9	Citoscopia diagnóstica	2
Z41	Plástica mamária	30
	Dermolipectomia	40
	Lipoaspiração/lipoescultura	20
	Rinoplastia	20
	Blefaroplastia	7
	Ritidoplastia	20
	Vasectomia	3
Z48.0	Retirada de corpo estranho de córnea + W44	3
Z89.9	Amputação de membros	60
Z94.7	Transplante de córnea	30
Z95.0	Implante de marca-passo	15
Z95.5	Angioplastia sem complicação	15
	Colocação de <i>stent</i> em angioplastia sem complicação	15

Procedimentos sem CID específico

CID	Procedimentos	Afast./ dias
	Ginecológicas e obstétricas	60
	Cirurgia de Wertheim-Meigs (pan-histerectomia + linfadenectomia)	60

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

6.2. Parâmetros de afastamento por motivos odontológicos

Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)

CID	Descrição	Afast./ dias
A69.1	Gengivite ulceronecrosante aguda (guna)	7
B00.2	Gengivoestomatite herpética (herpes simples)	3
B37.0	Estomatite por cândida	3

Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso (G00-G99)

CID	Descrição	Afast./dias
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G50.1	Dor facial atípica	15

Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)

(K00-K14 Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares)

CID	Descrição	Afast./dias
K00.1	Dentes supranumerados + Z54.0	5
K01.0	Dentes inclusos	5
K01.1	Dentes impactados	5
K04.0	Pulpite	3
K04.1	Necrose da polpa	3
K04.4	Periodontite apical aguda de origem pulpar	3
K04.5	Periodontite apical crônica + Z54.0	5
K04.6	Abscesso periapical com fístula	3
K04.7	Abscesso periapical sem fístula	3
K04.8	Cisto radicular + Z54.0	3
K05.1	Gengivite crônica + Z54.0	3
K05.2	Periodontite aguda	3
K05.3	Periodontite crônica + Z54.0	5
K05.4	Periodontose + Z54.0	3
K06.1	Hiperplasia gengival + Z54.0	5
K06.2	Lesões da gengiva e do rebordo alveolar em dentes, associadas a traumatismos	3

K06.8	Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	3
K07.0	Anomalias importantes (major) do tamanho da mandíbula + Z54.0	45
K07.1	Anomalias da relação entre a mandíbula com a base do crânio + Z54.0	45
K07.2	Anomalias da relação dentária entre as arcadas dentárias + Z54.0	45
K07.6	Transtornos da articulação temporomandibular	5
K08.1	Perda de dentes devido a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	3
K08.2	Atrofia do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	5
K08.3	Raiz dentária retida + Z54.0	3
K09.0	Cistos odontogênicos de desenvolvimento + Z54.0	7
K09.1	Cistos de desenvolvimento (não odontogênicos) da região bucal + Z54.0	7
K09.2	Outros cistos das mandíbulas + Z54.0	7
K09.8	Outros cistos da região oral não classificados em outra parte + Z54.0	7
K10.0	Transtornos do desenvolvimento dos maxilares + Z54.0	7
K10.1	Granuloma central das células gigantes + Z54.0	3
K10.2	Afecções inflamatórias dos maxilares	7
K10.3	Alveolite maxilar	7
K10.8	Outras doenças especificadas dos maxilares	30

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

Capítulo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)

CID	Descrição	Afast./ dias
L14	Herpes labial sem infecção secundária + B00.1	3
	Com infecção secundária + B00.1	7

Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00- M99)

CID	Descrição	Afast./ dias
M86	Osteomielite	30

Capítulo XVII – Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)

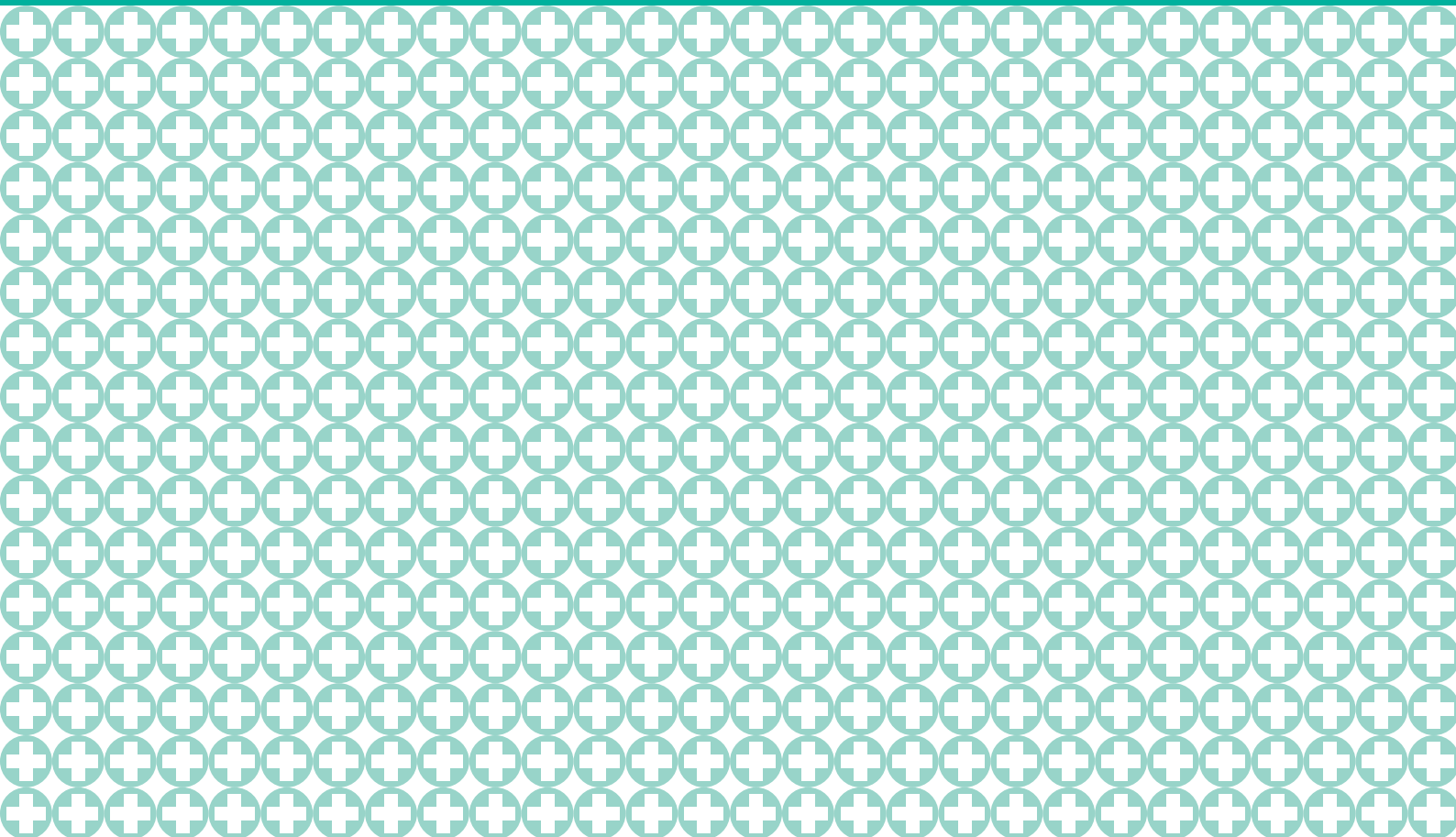
CID	Descrição	Afast./ dias
Q36	Fenda labial + Z54.0	45
Q37	Fenda labial com fenda palatina + Z54.0	45
Q38.1	Anquiloglossia + Z54.0	15

Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)

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

Capítulo VII

Procedimentos do servidor



Procedimentos do servidor

7.1 Das licenças médicas

- Licença para tratamento de saúde;
- Aquelas destinadas à licença inicial superior a 15 (quinze dias);
- Nos casos em que o atestado do respectivo médico assistente for omissivo quanto ao período de afastamento;
- Em decorrência de licença anterior, tenha se afastado por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no ano letivo;

7.1.1 Licença para tratamento de saúde

A licença para tratamento de saúde dependerá de perícia médica realizada nas Unidades Periciais e poderá ser concedida:

- “Ex-ofício”;
- A pedido do servidor.

7.1.2 Licença “Ex-ofício”

Quando o chefe imediato ou mediato perceber que o servidor apresenta algum problema de saúde que esteja interferindo na execução de suas atividades profissionais, e se o servidor se recusar a procurar tratamento médico, o chefe imediato ou mediato deverá emitir ofício confidencial, esclarecendo as razões determinantes à área de recursos humanos, e informar ao servidor sobre o pedido de avaliação pericial, e, após comunicá-lo, emitirá a Guia de Perícia Médica – GPM. Caberá à unidade do servidor informá-lo e entregar o protocolo do agendamento da perícia médica (**procedimento após emissão da GPM idêntico ao da licença para tratamento de saúde**).

7.1.3 Licença para tratamento de saúde a pedido do servidor

O servidor que necessitar de licença para tratamento de saúde deverá comparecer à sua unidade, munido de atestado e/ou relatório médico ou declaração de internação, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos contados de seu afastamento do trabalho, para agendamento da perícia médica e emissão da GPM.

O documento médico deverá conter os seguintes itens:

- Nome completo do paciente;
- Data de emissão;

- Data do início do acompanhamento médico;
- Limitações (física e/ou psíquica);
- Exames subsidiários (resultados) com cópias para que sejam anexadas ao prontuário;
- Tratamento (pregresso e atual);
- Evolução;
- Prognóstico.

7.2 Agendamento do exame médico pericial

Somente caberá solicitação de licença para tratamento de saúde quando a ausência do servidor for igual ou superior a 2 (dois) dias.

Estando o servidor ocasionalmente fora de sua unidade, poderá, mediante justificativa e apresentação do atestado médico, dirigir-se à unidade escolar mais próxima para realizar o agendamento de perícia médica na Unidade Pericial local e emissão da GPM.

A Guia de Perícia Médica – GPM poderá ser recusada pelas Unidades Periciais se:

- Estiver preenchida incorretamente ou de maneira incompleta;
- For apresentada depois do primeiro dia útil subsequente ao da sua emissão;
- Contiver rasura (guia manual) que comprometa sua autenticidade;
- Emitida pela primeira vez, não estiver anexada a cópia do Registro Geral.

Verificar se o atestado está devidamente preenchido, se contém CID e, na falta deste, solicitar que o servidor apresente relatório médico preenchido pelo médico assistente.

7.3 Realização do exame médico pericial

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

Após a conclusão da perícia, a Unidade Pericial deverá proceder da seguinte forma em relação à Guia de Perícia Médica: a primeira via, acompanhada do atestado e RG, será encaminhada à Central de Saúde e Perícias Médicas, para publicação junto ao Departamento de Perícias Médicas do Estado.

O prazo máximo para licença médica será de 90 (noventa) dias por Guia de Perícia Médica emitida.

Os prazos de licença expiram no último dia da concessão, devendo o servidor retornar ao trabalho no próximo dia útil, sem haver necessidade de nova avaliação pericial.

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

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

No caso de o servidor estar apto para retornar ao trabalho antes do término da licença para tratamento de saúde concedida, este deverá dirigir-se à sua unidade, munido de atestado médico em que deverá constar que está apto para retorno ao trabalho, para agendar nova avaliação pericial. Havendo concordância por parte do médico perito quanto ao retorno do servidor ao trabalho, o próprio servidor deverá elaborar de imediato ofício ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas, solicitando a retificação do período da licença concedida e publicada, com cópia para sua unidade para ciência quanto ao seu retorno ao trabalho.

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

Validação da perícia médica pelo coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas e publicação em Diário Oficial do Estado.

O coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas acessará as Guias de Perícias Médicas, validará e encaminhará para publicação no Diário Oficial do Estado.

7.4. Da decisão final e da publicação do resultado

A decisão final sobre os pedidos de licenças, bem como seu enquadramento legal, caberá ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas que, junto ao DPME, providenciará a publicação no Diário Oficial do Estado.

7.4.1. Pedidos de reconsideração

Os pedidos de reconsideração (Anexo I) de decisão proferida em decorrência das inspeções médicas realizadas, nos termos do artigo 1º do Decreto nº. 58.032 de 10 de maio de 2012 alterado pelo Decreto 58.973 de 18 de março de 2013 deverão ser dirigidos ao Diretor do Departamento de Perícias Médicas do Estado.

7.5. Junta médica

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

O médico perito poderá solicitar ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas a convocação de junta médica sempre que:

- As licenças para tratamento de saúde excederem 180 (cento e oitenta) dias, consecutivos ou não, pela mesma patologia no período de 12 (doze) meses;
- Julgar necessária a avaliação do caso por outros médicos peritos e por um especialista;
- Julgar ser indicada a readaptação ou aposentadoria do servidor;
- Em situações especiais, a seu critério.

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

A convocação do servidor será feita pelo coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas por meio de publicação no Diário Oficial do Estado.

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

O servidor que não atender à primeira convocação, desde que devidamente justificada, poderá ser convocado para nova junta médica. O não comparecimento à segunda convocação implicará no indeferimento do benefício solicitado.

No caso de licença para tratamento de saúde deverá retornar imediatamente ao trabalho ao término da licença vigente.

Caberá à unidade pericial comunicar, via *e-mail*, à Central de Saúde e Perícias Médicas o não comparecimento dos servidores convocados. O coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas comunicará à unidade pericial de origem para que os procedimentos acima mencionados sejam adotados.

Após a realização da junta médica, deverá ser emitido o Laudo Conclusivo de Junta Médica próprio a cada propósito (manutenção da licença, readaptação, aposentadoria ou retorno laboral), que deve ser assinado por todos os membros da junta e encaminhado ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas para conclusão e parecer final, que deve ser observado e considerado.

Nos casos em que houver indicação de manutenção de licença saúde, o servidor deverá ser reavaliado no período máximo de 90 dias pelo perito local.

Quando da avaliação do servidor pela junta médica, se a conclusão for pela readaptação, o servidor deverá ser acompanhado pelo agente de readaptação, que deverá proceder para que esta seja efetivada (**vide 7.6 – Readaptação**).

No caso de indicação de aposentadoria, se for o caso, é indispensável a elaboração do enquadramento nos termos da Lei Federal nº 8.112 de 11/12/1990.

7.6. Readaptação

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

A readaptação poderá ser sugerida pelo médico perito a qualquer tempo para o servidor que se encontrar em licença saúde.

Nos casos em que o servidor estiver em exercício de suas atividades e apresentar atestado do médico assistente, indicando a readaptação, o servidor deverá dirigir-se à sua unidade, munido de atestado médico ou relatório médico pormenorizado, para realizar agendamento de perícia médica e emissão da GPM (**procedimento após emissão da GPM idêntico ao de licença saúde**).

Após avaliação pericial, caso julgue pertinente o pedido, o médico perito solicitará junta médica.

O requerimento (**Anexo III**) deverá ser enviado ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas para constituição da junta médica.

Somente a junta médica poderá indicar a readaptação do servidor, assim como suas limitações.

A junta médica emitirá laudo conclusivo que poderá indicar:

- Pela continuidade do servidor em licença para tratamento de saúde;
- Pelo retorno imediato ao trabalho;

- Favorável à aposentadoria;
- Favorável à readaptação.

Havendo indicação da readaptação, será solicitada a área responsável pelo servidor à abertura do expediente, instruindo-se com os seguintes documentos:

- Ficha funcional do servidor;
- Perfil ocupacional institucional;
- Rol das atividades realmente exercidas, assinada por sua chefia imediata e pelo próprio servidor.

O expediente deverá ser enviado à Unidade Pericial de circunscrição do servidor para que seja anexado o laudo conclusivo da junta médica, onde constam as limitações do servidor.

O agente de readaptação deverá solicitar proposta de novo rol de atividades, a ser desenvolvido pelo servidor, para o dirigente/diretor/chefia imediata do interessado, considerando a capacidade laboral e a limitação física e/ou mental temporária ou permanente determinada pela junta médica.

O novo rol de atividades será submetido ao médico perito, que deverá avaliar se está de acordo com as restrições determinadas pela junta médica. Caso o rol seja considerado adequado pelo médico perito, o agente de readaptação deverá apresentá-lo ao servidor em questão.

Caso contrário, o agente de readaptação deverá solicitar que o médico perito pontue as atividades que tornam esse rol inadequado ao referido servidor, devolvendo-o com tais especificações, por escrito, aos responsáveis e solicitando novo rol, até que seja considerado adequado pelo médico perito.

Após estes passos, o agente de readaptação deverá agendar reunião do Comitê de Apoio ao Servidor (**CAS**), que será composto por:

- Médico perito;
- Diretor do Centro de Recursos Humanos da Diretoria de Ensino;
- Agente de readaptação.

7.6.1. Objetivos da reunião:

1. Estabelecer o rol de atividades que serão efetivamente desenvolvidas pelo servidor, considerando a capacidade laboral e as limitações físicas e/ou mentais, temporárias ou permanentes, já determinadas pela junta médica.
2. Posteriormente o Agente de Readaptação acolherá e dará ciência ao servidor do novo rol de atividades que deverá desempenhar.

Deverá ser emitida **ata** da reunião do Comitê de Apoio ao Servidor (**CAS**), assinada por todos os participantes, que será juntada ao expediente de readaptação.

Após a reunião, o médico perito emitirá o Laudo de Readaptação (**Anexo V**), que deverá ser anexado ao expediente de readaptação, e a Unidade Pericial o encaminhará, devidamente instruído, ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas, que após análise será enviado à **CAAS**, Comissão de Assuntos de Assistência à Saúde, vinculada à Secretaria de Gestão Pública, para publicação da Súmula no Diário Oficial do Estado.

7.6.2. Reavaliação

A reavaliação do expediente de readaptação poderá ser solicitada ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas a qualquer momento, nos casos em que haja:

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

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

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

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

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

Após decisão da junta médica, a Unidade Pericial de circunscrição do servidor encaminhará o expediente, devidamente instruído, ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas que, após análise, o encaminhará à CAAS - Comissão de Assuntos de Assistência à Saúde, vinculada à Secretaria de Gestão Pública, para publicação da Súmula no Diário Oficial do Estado.

Em se tratando de readaptação definitiva, o servidor poderá ser reavaliado anualmente pelo médico da Unidade Pericial.

O agente de readaptação, com o objetivo de avaliar a adequação do servidor à readaptação, registrará os resultados no prontuário médico do servidor, dando o devido encaminhamento de acordo com as seguintes possibilidades:

- Não há agravamento da disfunção que levou à readaptação e ela é mantida;
- Há agravamento da disfunção que levou à readaptação, não sendo respeitadas as limitações estabelecidas em junta médica e o acordado no CAS (Comitê de Apoio ao Servidor), neste caso o agente de readaptação deverá interagir com a chefia imediata para resolver essa questão administrativa;
- Há agravamento da disfunção que levou à readaptação mesmo cumprindo-se apenas o estabelecido pelo CAS (Comitê de Apoio ao Servidor), o que leva à necessidade de abertura da GPM, para agendamento de perícia local que vai constatar, ou não, o agravamento do caso;
- Havendo o agravamento da disfunção, será concedida licença médica até que haja reavaliação do caso pela junta médica, a qual, como já foi mencionado anteriormente, deverá ser solicitada pelo médico perito.

7.6.3. Cessação da readaptação

Poderá ocorrer cessação da readaptação, a pedido do funcionário readaptado ou por proposta do superior imediato, observadas as seguintes situações:

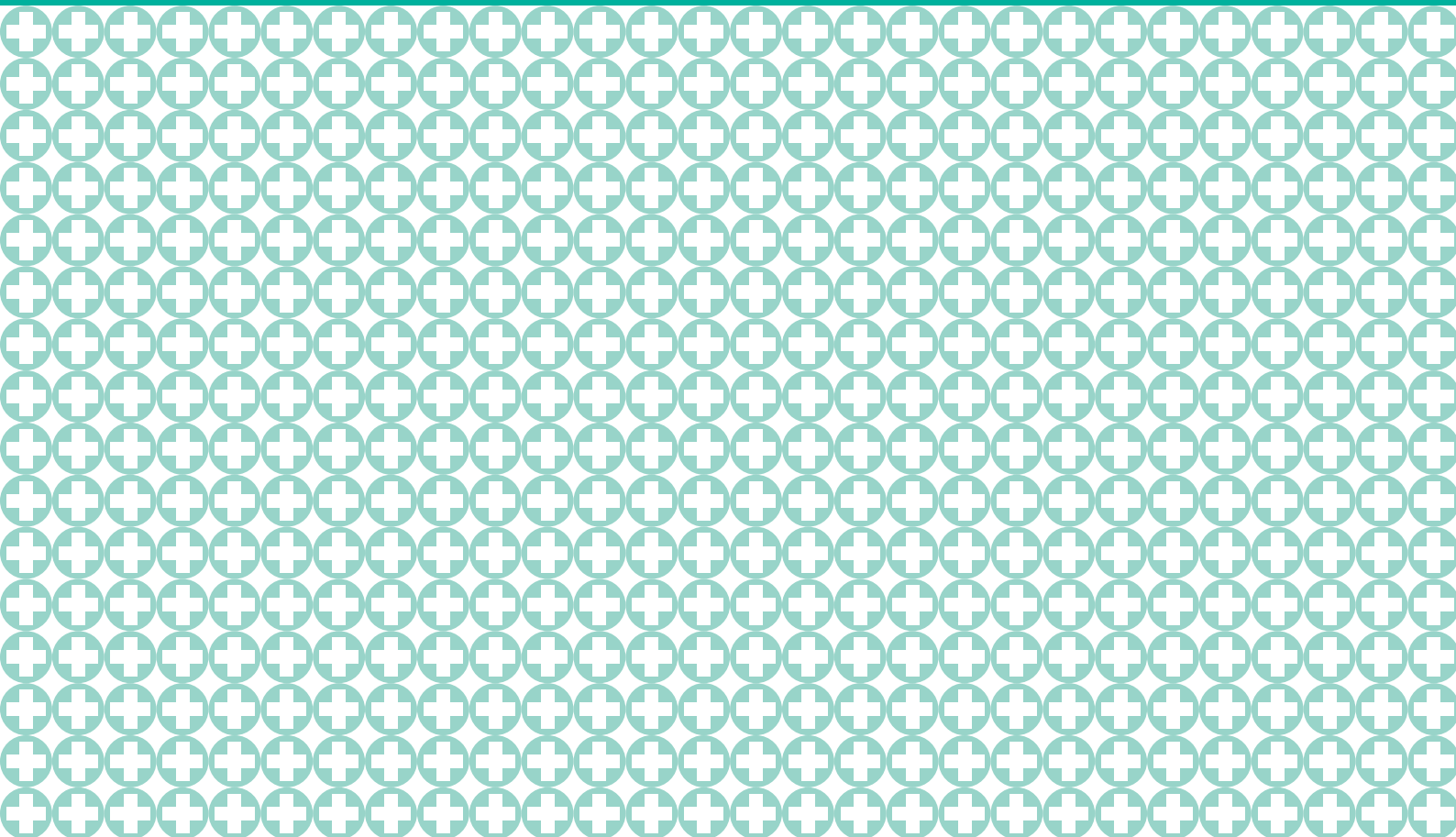
- Por agravamento de saúde;
- Por melhoria do estado de saúde.

O pedido de cessação, dirigido ao coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas, deverá ser instruído pela unidade do servidor, com requerimento do interessado, relatório e parecer do superior imediato sobre as atividades desempenhadas pelo readaptado.

O interessado será convocado, passará por junta médica, que virá decidir pela cessação da readaptação, e o servidor deverá assumir o exercício da nova situação, após análise e parecer final do coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas, que encaminhará à CAAS (Comissão de Assuntos de Assistência à Saúde), vinculado à Secretaria de Gestão Pública, para publicação da Súmula no Diário Oficial do Estado.

Capítulo VIII

Aposentadoria por invalidez



Aposentadoria por invalidez

É pertinente ao servidor quando houver incapacidade laborativa total e/ou permanente para o exercício de suas funções.

Assim, deverá ser proposta pelo médico perito local a solicitação de junta médica para avaliar estudo de aposentadoria por invalidez.

A unidade do servidor, após sua convocação no Diário Oficial, lhe comunicará sobre o agendamento da junta médica para fins de aposentadoria e que ele deverá comparecer à Unidade Pericial.

Após a realização da perícia, a junta médica emitirá o laudo conclusivo (**Anexo VII**), podendo optar por:

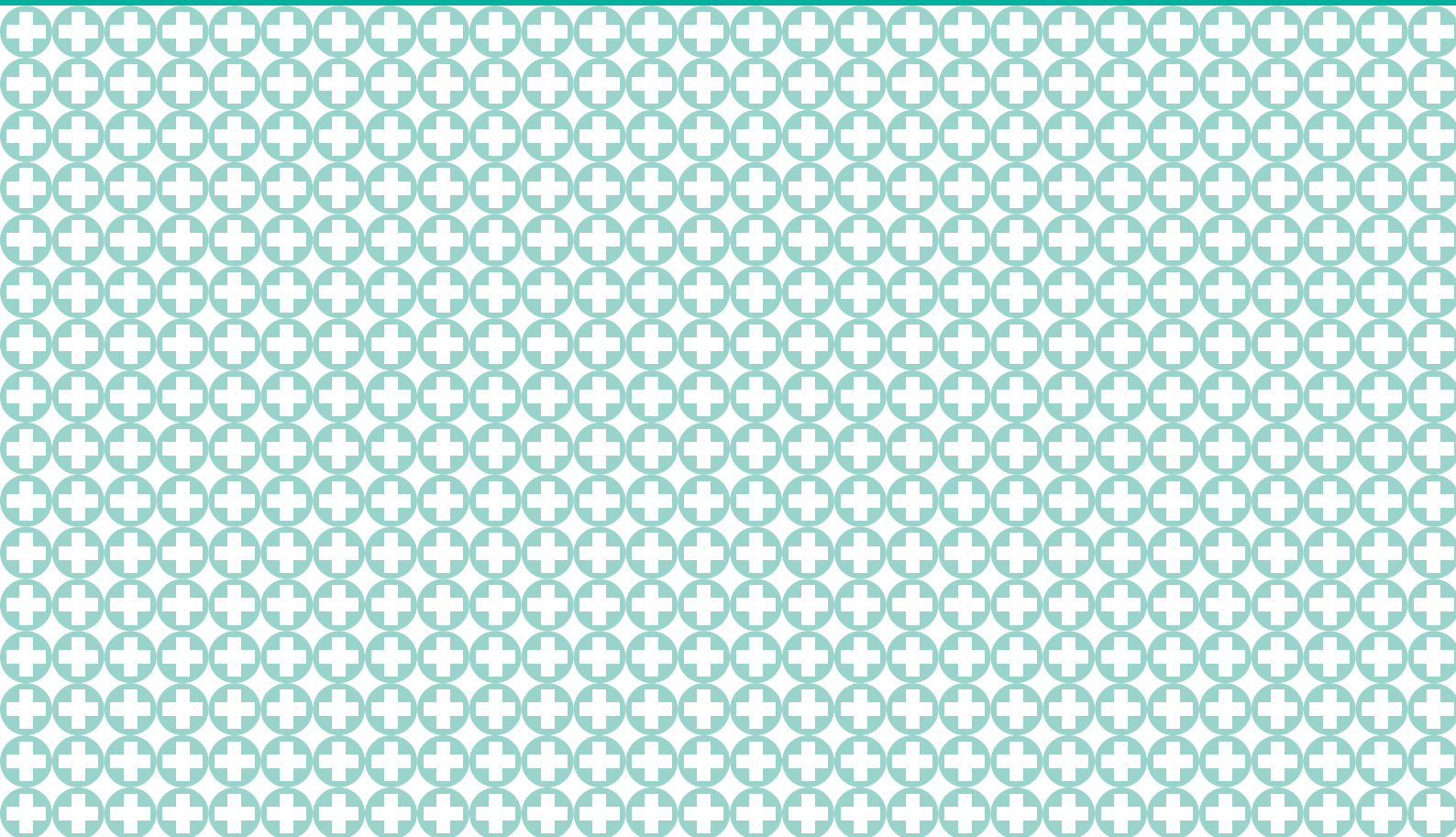
1. Esclarecer melhor o caso:
 - Solicitação de novos relatórios, pareceres médicos ou exames complementares que deverão ser apresentados pelo servidor.
2. Indeferir pedido de concessão de aposentadoria, indicando:
 - Prorrogação da licença para tratamento de saúde;
 - Readaptação no trabalho;
 - Retorno ao trabalho, sem readaptação.
3. Deferir o pedido de concessão da aposentadoria, constando do laudo conclusivo da junta médica as seguintes informações:
 - Data de início do quadro clínico;
 - Data da confirmação do diagnóstico;
 - Data do parecer favorável à aposentadoria;
 - Códigos das enfermidades (CID);
 - Embasamento médico com diagnósticos, tratamento realizado, evolução, prognóstico, considerações e justificativas;
 - Enquadramento legal (Lei Federal nº 8.112 de 11/12/1990).

O parecer favorável da junta médica à aposentadoria não significa que o servidor já esteja aposentado, sendo que a definição depende do parecer final do coordenador da Central de Saúde e Perícias Médicas, da publicação no Diário Oficial do Estado e da emissão do laudo de aposentadoria, que será encaminhado à área de recursos humanos da Diretoria Regional de Ensino, para as providências cabíveis.

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

Capítulo IX

Legislação



Decreto Nº 58.973, de 18 de março de 2013

Dá nova redação a dispositivos que especifica do Decreto nº 58.032, de 10 de maio de 2012, que autoriza a Secretaria da Educação a realizar inspeções médicas em servidores do seu Quadro de Pessoal, e dá providências correlatas.

GERALDO ALCKMIN, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,
Decreta:

Artigo 1º - Os dispositivos adiante relacionados do Decreto nº 58.032, de 10 de maio de 2012, passam a vigorar com a seguinte redação:

I - o artigo 1º:

“Artigo 1º - Fica a Secretaria da Educação autorizada a realizar as inspeções médicas de que tratam os artigos 17 e 22 do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1988, com suas alterações, em servidores do seu Quadro de Pessoal, nos termos da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, destinadas a:

I - concessão e cessação:

a) de licença para tratamento de saúde;

b) readaptação;

II - aposentadoria por invalidez.

§ 1º - A atribuição de que trata a alínea ‘a’ do inciso I deste artigo restringe-se a inspeções destinadas a licença inicial superior a 15 (quinze dias), bem assim às seguintes situações:

- 1. servidor que, em decorrência de licença anterior, tenha se afastado por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no ano letivo;*
- 2. omissão, em atestado do respectivo médico assistente, quanto ao período de afastamento.*

§ 2º - A Secretaria da Educação poderá constituir Junta Médica para a realização das inspeções de que trata este artigo, restringindo-a, no caso da alínea ‘a’ do inciso I, a licença por período superior a 90 (noventa) dias.”; (NR)

II - o artigo 2º:

“Artigo 2º - Na realização das inspeções médicas de que trata o artigo 1º deste decreto deverão ser observadas as disposições constantes do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1988, e suas alterações, protocolos de inspeções e afastamentos mantidos pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado, da Secretaria de Gestão Pública, como também as normas e modelos expedidos por suas Diretorias.

Parágrafo único - O Departamento de Perícias Médicas do Estado disponibilizará sistema informatizado pelo qual a Secretaria da Educação registrará as inspeções médicas de que trata o artigo 1º deste decreto, respeitado o sigilo imposto por lei.”; (NR)

III - o artigo 3º:

“Artigo 3º - Os documentos decorrentes das inspeções de que trata o artigo 1º deste decreto deverão ser encaminhados ao Departamento de Perícias Médicas do Estado para fins de

registro em prontuário e publicação.”. (NR)

Artigo 2º - As Secretarias de Gestão Pública e da Educação adotarão, no prazo de 90 (noventa) dias contado da edição deste decreto, as providências necessárias à integração do sistema

informatizado a que alude o parágrafo único do artigo 2º do Decreto nº 58.032, de 10 de maio de 2012, com a redação ora conferida.

Artigo 3º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogado o artigo 7º do Decreto nº 58.032, de 10 de maio de 2012.

Palácio dos Bandeirantes, 18 de março de 2013

GERALDO ALCKMIN

Herman Jacobus Cornelis Voorwald

Secretário da Educação

David Zaia

Secretário de Gestão Pública

Edson Aparecido dos Santos

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicado na Casa Civil, aos 18 de março de 2013.

Decreto Nº 58.032, de 10 de maio de 2012

Autoriza a Secretaria da Educação a realizar inspeções médicas em servidores de seu Quadro de Pessoal e dá providências correlatas

GERALDO ALCKMIN, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e considerando o Programa SP Educação com Saúde desenvolvida no âmbito da Secretaria da Educação,

Decreta:

Artigo 1º - Fica a Secretaria da Educação autorizada a realizar as inspeções médicas de que tratam os artigos 17, 22, 49 e 64 do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1988, e suas alterações, em servidores de seu Quadro de Pessoal, nos termos da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, destinadas à:

- I - concessão e cessação de licença para tratamento de saúde, licença por motivo de doença em pessoa da família e readaptação;
- II - licença à servidora gestante;
- III - aposentadoria por invalidez.

Parágrafo único - A autorização de que trata o “caput” deste artigo é extensiva às inspeções médicas em candidato a cargo público, posto em concurso pela Secretaria da Educação, e destinadas à:

1. Comprovação de deficiência declarada, nos termos da Lei Complementar nº 683, de 18 de setembro de 1992, alterada pela Lei Complementar nº 932, de 8 de novembro de 2002, para fins de classificação em concurso público;
2. Avaliação de sanidade e capacidade física para fins de posse e exercício, nos termos do inciso VI do artigo 47 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968.

Artigo 2º - Na realização das inspeções médicas de que trata o artigo 1º deste decreto deverão ser observadas as disposições constantes do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1988, e suas alterações, protocolos de inspeções e afastamentos mantidos pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado, da Secretaria de Gestão Pública, como também as normas e modelos expedidos por suas Diretorias.

§ 1º - O Departamento de Perícias Médicas do Estado disponibilizará sistema por intermédio do qual a Secretaria da Educação registrará as inspeções médicas, de que trata o artigo 1º deste decreto, destinadas à concessão de licença para tratamento de saúde, licença por motivo de doença em pessoa da família e licença à servidora gestante, observado o resguardo de informações sigilosas.

§ 2º - O Departamento de Perícias Médicas do Estado disponibilizará a Secretaria da Educação todas as alterações de seu sistema para o registro de inspeções médicas não previstas no § 1º deste artigo.

Artigo 3º - Realizadas as inspeções médicas de que tratam os incisos I a III do “caput” do artigo 1º deste decreto, os documentos a elas pertinentes deverão ser encaminhados ao Departamento de Perícias Médicas do Estado para fins de registro em prontuário e publicação.

Parágrafo único - Realizadas as inspeções médicas de que tratam os itens 1 e 2 do parágrafo único do artigo 1º deste decreto, deverão ser expedidos os respectivos Atestados e Certificados de Sanidade e Capacidade Física e encaminhados ao Departamento de Perícias Médicas do Estado, para fins de abertura em prontuário, registro e publicação.

Artigo 4º - Eventuais pedidos de reconsideração de decisão proferida em decorrência das inspeções médicas realizadas, nos termos do artigo 1º deste decreto, deverão ser dirigidos ao Diretor do Departamento de Perícias Médicas do Estado, nos termos da legislação pertinente, que após manifestação do médico que proferiu a decisão combatida, decidirá.

Artigo 5º - O Departamento de Perícias Médicas do Estado poderá, a critério médico, convocar servidor do Quadro de Pessoal da Secretaria da Educação a se submeter à inspeção em suas dependências ou apresentar documentação para dirimir eventuais dúvidas pertinentes às decisões a serem publicadas.

Artigo 6º - Os Secretários de Gestão Pública e da Educação poderão editar resoluções conjuntas visando ao aprimoramento da autorização de que trata este decreto.

Artigo 7º - A Secretaria da Educação deverá adequar sua estrutura organizacional em até 90 (noventa) dias para a consecução dos fins previstos neste decreto.

Artigo 8º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 10 de maio de 2012.

GERALDO ALCKMIN

Herman Jacobus Cornelis Voorwald

Secretário da Educação

David Zaia

Secretário de Gestão Pública

Sidney Estanislau Beraldo

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicado na Casa Civil, aos 10 de maio de 2012.

Educação

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SE 1, de 14-1-2013

Institui o Programa de Inspeções Médicas, no âmbito da Secretaria da Educação, e dá providências correlatas.

O Secretário da Educação, com fundamento no disposto no Decreto 58.032, de 10-05-2012, que autoriza a Secretaria da Educação a realizar inspeções médicas em servidores de seus quadros de pessoal, e considerando:

I - o disposto no Decreto 55.727, de 21-04-2010, que institui o Programa SP Educação com Saúde;

II - as constantes reivindicações dos profissionais de educação sobre saúde e qualidade de vida;

III - a necessidade de implementar a política pública de assistência à saúde, relativamente aos servidores da Secretaria da Educação, Resolve:

Artigo 1º - Fica instituído o Programa de Inspeções Médicas no âmbito da Secretaria da Educação, com objetivo de otimizar e agilizar os serviços de inspeção médica, bem como os processos de readaptação de servidores.

Parágrafo único – A gestão do Programa de Inspeções Médicas será exercida pelo Centro de Qualidade de Vida – CEQV do Departamento de Planejamento e Normatização de Recursos Humanos – DEPLAN, da Coordenadoria de Gestão de Recursos Humanos – CGRH desta Pasta, visando ao cumprimento do disposto nesta resolução.

Artigo 2º - Pelo programa de que trata esta resolução, serão realizadas, em conformidade com o disposto no Decreto 58.032, de 10-05-2012, e no Decreto 29.180, de 11-11-1988, as seguintes inspeções médicas relacionadas à:

I - concessão e à cessação de licença para tratamento de saúde, de licença por motivo de doença em pessoa da família e de readaptação;

II - concessão de licença à servidora gestante, anteriormente ao parto;

III - expedição de laudo favorável à aposentadoria por invalidez;

IV - emissão, para candidatos a cargo público, em concurso promovido pela Secretaria da Educação:

a) de declaração para comprovação de deficiência informada pelo candidato;

b) de Certificado de Sanidade e Capacidade Física – CFCS

(laudo médico), para fins de posse e exercício de cargo público.

Parágrafo único - As inspeções médicas, a que se refere este artigo, não abrangem os

profissionais contratados nos termos da Lei Complementar 1.093, de 16-07-2009, e tampouco os servidores exclusivamente nomeados em comissão, assim como não se prestam à comprovação de acidente de trabalho, à isenção de pagamento de Imposto de Renda e à isenção de recolhimento de Contribuição Previdenciária de quaisquer servidores.

Artigo 3º - As inspeções referidas no artigo anterior serão realizadas em Unidades de Perícias Médicas instaladas nas dependências das Diretorias de Ensino ou, excepcionalmente, em unidades escolares.

§ 1º - Quando houver necessidade, poderão ser constituídas Juntas Médicas, integradas por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 6 (seis) médicos credenciados, sendo que, pelo menos, 1 (um) dos integrantes deverá ser especialista na área da patologia que acomete o servidor.

§ 2º - As Juntas Médicas serão constituídas pela Equipe de Gestão do Programa de Inspeções Médicas do Centro de Qualidade de Vida – CEQV/DEPLAN/CGRH/SE.

§ 3º - No caso de a Junta Médica decidir por readaptação do servidor, será constituído um Comitê de Apoio ao Servidor - CAS, para apresentação do parecer final da Junta Médica, a ser integrado por:

- 1 - Médico Perito;
- 2 - Diretor do Centro de Recursos Humanos da Diretoria de Ensino; e
- 3 - um agente de readaptação.

§ 4º - O agente de readaptação, a que se refere o parágrafo anterior, será um profissional da área de psicologia ou de assistência social, ou, ainda, um terapeuta ocupacional, disponibilizado, pela Equipe de Gestão do Programa de Inspeções Médicas, como responsável pelo acompanhamento da readaptação do servidor.

§ 5º - Compete ao CAS:

- 1 - estabelecer o rol de atividades a ser cumprido pelo servidor readaptado, considerando sua capacidade laboral, as limitações físicas e/ou mentais, temporárias ou permanentes, identificadas pela Junta Médica;
- 2 - dar ciência ao servidor do rol de atividades que deverá desempenhar.

§ 6º - A Diretoria de Ensino indicada para implantação da Unidade de Perícias Médicas deverá disponibilizar espaço adequado e necessário para instalação dos postos de atendimento

§ 7º - Caberá à Coordenadoria de Gestão de Recursos Humanos – CGRH consolidar os espaços disponibilizados pelas Diretorias de Ensino e divulgar, por meio de ato competente, os endereços de atendimento.

Artigo 4º - Os médicos que se responsabilizarão pela realização das inspeções, de que trata esta resolução, deverão ser credenciados pela Secretaria da Educação, em proces-

so precedido de Edital de Credenciamento, que regulamentará o processo em termos de requisitos mínimos de habilitação e títulos.

§ 1º - Aos títulos apresentados pelos profissionais credenciados serão atribuídos pontos, na forma a ser estabelecida no Edital de Credenciamento.

§ 2º - Será publicada, no Diário Oficial do Estado, lista geral com as pontuações atribuídas aos profissionais credenciados.

§ 3º - A distribuição do serviço aos profissionais credenciados será efetuada com base nas respectivas pontuações, de acordo com a disponibilidade de cada profissional, observada a ordem decrescente constante da lista geral.

Artigo 5º - O profissional médico credenciado terá as seguintes atribuições:

I - prestar serviços conforme previsto no Edital de Credenciamento e nesta resolução;

II - realizar exames médico-periciais, inclusive exames de ingresso, nos servidores da Secretaria da Educação, registrando os resultados conforme estabelecido nos procedimentos de inspeções médicas dessa secretaria.

III - respeitar o horário marcado para o atendimento;

IV - definir com base nos exames de rotina da inspeção médica e exames especializados, a capacidade laborativa dos servidores da Secretaria da Educação, emitindo parecer técnico;

V - solicitar informações e exames complementares ao servidor, bem como aos profissionais de saúde que o assistem, a outros órgãos ou instituições, sempre que julgar necessário, respeitados o sigilo profissional e a legislação vigente;

VI - manter sigilo absoluto sobre suas observações e conclusões;

VII - observar as normas legais, portarias e protocolos que regem as inspeções médicas;

VIII - comunicar à Secretaria da Educação a oca ocorrência de qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;

IX - participar de Junta Médica, sempre que convocado;

X - participar dos eventos de orientação técnica, sempre que convocado;

XI - permitir o acompanhamento e fiscalização da Secretaria da Educação, prestando colaboração;

XII - zelar pelo bom uso dos bens e materiais colocados à sua disposição;

XIII - desempenhar suas atividades com absoluta isenção, imparcialidade e autonomia;

XIV - solicitar, no momento da inspeção, um documento de identificação civil com foto do servidor;

XV - comunicar à Equipe de Gestão do Programa de Inspeções Médicas a ausência do servidor em inspeção agendada;

XVI - participar de reuniões do Comitê de Apoio ao Servidor

– CAS, sempre que lhe for determinado;

XVII - executar os serviços observando os parâmetros de boa técnica e normas legais aplicáveis;

XVIII - manter todas as condições de habilitação e de qualificação técnica exigidas para o credenciamento, durante o período em que se mantiver credenciado;

XIX - possuir kit pessoal para inspeção médica, conforme dispuser o Edital de Credenciamento;

XX - comunicar ao Centro de Qualidade de Vida - CEQV, por escrito e com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, os motivos de ordem técnica que impossibilitem a execução parcial

ou total dos serviços, ou quando se verificarem condições inadequadas ou, ainda, a iminência de fatos que possam prejudicar a integral prestação dos serviços;

XXI - manter sigilo, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa, em relação a qualquer assunto de interesse da Secretaria da Educação, ou de terceiros, de que venha a tomar conhecimento em razão da execução dos serviços;

XXII - prestar prontamente todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo Centro de Qualidade de Vida – CEQV, em até 5 (cinco) dias úteis.

Artigo 6º - Fica fixado valor pecuniário específico para cada tipo de serviço referente a cada inspeção médica realizada em servidores da Secretaria da Educação, na seguinte conformidade:

I - ao serviço Simples, o valor de R\$ 60,00, destinado a inspeções realizadas nas Unidades de Perícias Médicas desta Pasta, para fins de:

a) concessão de licença para tratamento de saúde, nos casos em que o servidor apresente relatório do seu médico assistente, sugerindo afastamento de até 15 (quinze) dias;

b) concessão de licença à gestante, anterior ao parto; c) emissão de Certificado de Sanidade e Capacidade Física (laudo médico) para fins de posse e exercício de candidato a cargo público;

d) comprovação de deficiência declarada por candidato participante de concurso público;

II - ao serviço Padrão, o valor de R\$ 120,00, destinado a inspeções realizadas nas Unidades de Perícias Médicas desta Pasta, para fins de concessão de:

a) licença para tratamento de saúde, nos casos em que o servidor apresente relatório do seu médico assistente, sugerindo afastamento superior a 15 (quinze) dias;

b) licença para tratamento de saúde, nos casos em que o relatório do médico assistente do servidor não tenha sugerido a quantidade de dias de afastamento;

c) licenças ex officio;

III - ao serviço Composto, o valor de R\$ 200,00, destinado à inspeção para fins de:

a) concessão ou cessação de licença para tratamento de saúde ou de licença à ges-

tante, realizada no domicílio do servidor, em estabelecimento hospitalar ou em outros locais, no mesmo município da Unidade de Perícia Médica;

b) Junta Médica;

c) Comitê de Apoio ao Servidor;

IV - ao serviço Diferenciado, o valor de R\$ 300,00, destinado à inspeção, para fins de concessão de licença para tratamento de saúde ou de licença à gestante, realizada no domicílio do servidor, em estabelecimento hospitalar ou em outros locais, em município diverso daquele em que se situa uma das Unidades de Perícias Médicas desta Pasta.

§ 1º - Os serviços Composto e Diferenciado, quando relacionados às situações descritas na alínea “a” do inciso III e no inciso IV deste artigo, somente poderão ser realizados se o servidor estiver impedido de se locomover até a unidade de perícia médica mais próxima da sua sede de exercício, por prazo superior a 5 (cinco) dias úteis, mediante apresentação de documento comprobatório de tal situação, expedido pelo seu médico assistente, e após autorização da Equipe de Gestão do Programa de Inspeções Médicas.

§ 2º - O valor pecuniário referente ao serviço Composto, no caso específico de Junta Médica e Comitê de Apoio ao Servidor – CAS, deverá ser efetuado para cada médico perito presente no procedimento.

§ 3º - Caso o servidor não compareça na data e hora agendadas para a perícia a ser processada por Junta Médica, ou pelo Comitê de Apoio ao Servidor - CAS, a ausência será considerada como serviço realizado.

§ 4º - O pagamento pelas inspeções médicas realizadas deverá se efetuar no prazo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento definitivo dos serviços, conforme estabelece o Decreto 32.117, de 10-08-1990, alterado pelo Decreto 43.914, de 26-03-1999.

§ 5º - O Edital de Credenciamento deverá dispor acerca das condições e documentos necessários para o pagamento dos serviços prestados.

Artigo 7º - Os procedimentos a serem adotados relativamente a agendamento e à realização de inspeção médica, bem como demais informações e orientações ao servidor serão objeto de manual específico, a ser expedido pela Coordenadoria de Gestão de Recursos Humanos – CGRH desta Pasta.

Artigo 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Decreto Nº 29.180, de 11 de novembro de 1988

Institui o Regulamento de Perícias Médicas - R.P.M. e dá outras providências

ORESTES QUÉRCIA, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e com fundamento no artigo 89 da Lei nº 9.717, de 30 de janeiro de 1967,

Decreta:

CAPÍTULO I

Disposições Preliminares

Artigo 1.º - Este decreto regulamenta as perícias médicas referentes aos funcionários, servidores e candidatos a cargos ou funções públicas civis da Administração Centralizada e das Autarquias do Estado.

Parágrafo único - O disposto neste decreto não se aplica aos servidores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Artigo 2.º - Para os fins deste decreto considera-se:

I - perícia médica: todo e qualquer ato realizado por profissional da área médica-odontológica para fins de posse, exercício, licenças médicas, readaptações e aposentadoria por invalidez;

II - licenças médicas: licença para tratamento de saúde, licença por motivo de doença em pessoa da família, licença ao funcionário ou servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou atacado de doença profissional e licença à funcionária ou servidora gestante;

III - Certificado de Sanidade e Capacidade Física (C.S.C.F.): documento, expedido por autoridade competente, que comprova a aptidão física e mental para posse e exercício;

IV - Guia para Perícia Médica (GPM): documento indispensável para a realização de perícia médica para fins de licença médica, readaptação e aposentadoria;

V - Guia para Perícia Médica de Ingresso (GPMI): documento necessário para realização de perícia médica para efeito de ingresso no Serviço Público;

VI - parecer final: manifestação de autoridade médica competente sobre a perícia efetuada;

VII - decisão final: pronunciamento do Departamento de Perícias Médicas do Estado - DPME sobre as licenças médicas e aposentadoria por invalidez, bem como seu enquadramento legal.

Artigo 3.º - Nas citações ou remissões a este regulamento será utilizada a sigla RPM.

Artigo 4.º - O Departamento Médico do Serviço Civil do Estado (DMSCE), da Secretaria da Saúde, passa a denominar-se Departamento de Perícias Médicas do Estado - DPME e será reorganizado em decreto específico.

Artigo 5.º - O DPME terá por atribuições:

I - realizar perícias médicas de avaliação da sanidade e da capacidade física nos candidatos a cargos ou funções públicas do serviço civil estadual, emitir os certificados, atestados, laudos e pareceres delas decorrentes;

II - realizar perícias médicas nos funcionários e servidores civis para comprovação da invalidez permanente para fins de aposentadoria, proferir a decisão final e emitir o competente laudo;

III - realizar perícias médicas nos funcionários e servidores civis para fins de licença para tratamento de saúde, licença ao funcionário ou servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou atacado de moléstia profissional, licença à funcionária ou servidora gestante, readaptação, para reassunção do exercício e cessação de readaptação, bem como na pessoa da família quando de licença por motivo de doença em pessoa da família, preferindo a decisão final;

IV - proceder às perícias médicas nos funcionários e servidores civis sempre que requisitadas pelo Poder Judiciário, por autoridades da União e de outros Estados;

V - exceder controle e fiscalização sobre as licenças médicas, bem como sobre todos os atos a elas relacionados e sobre os funcionários e servidores civis licenciados, representando à autoridade competente quando a aplicação da sanção cabível não for de sua competência;

VI - exercer fiscalização sobre as atividades médico-odontológico, relativas às perícias médicas procedidas em funcionários e servidores civis, representando à autoridade superior e os órgãos de classe quando de desrespeito à ética profissional;

VII - expedir normas, instruções e comunicados de forma a orientar na realização de perícias médicas, na fixação dos prazos e nos critérios a serem observados para correta avaliação da sanidade e da capacidade física;

VIII - manter sistema de informações computadorizado acessível aos demais órgãos governamentais.

Artigo 6.º - O D.P.M.E. poderá recorrer a outros órgãos médicos estaduais para a consecução de suas finalidades.

Artigo 7.º - Ficam incluídas como atribuições das unidades da Secretaria da Saúde, indicadas por resolução do Titular da Pasta, a realização de perícias médicas de que tratam os incisos I, II e III do artigo 5.º deste decreto, respeitadas as disposições deste R.P.M.

§ 1.º - Excetua-se das disposições do “caput” a realização de perícias médicas para fins de:

1. Ingresso de ex-combatente, de pessoas de capacidade reduzida e de portadores de deficiências físicas e sensoriais;

2. Readaptação, aproveitamento, readmissão e reversão;
3. Ingresso em cargo ou função pública que, por ato de autoridade superior, for considerado como de atribuições complexas;
4. Ingresso de funcionário ou servidor, que encontre readaptado ou licenciado por ordem médica, em outro cargo ou função pública.

§ 2.º - Excetuam-se também:

1. A decisão final, nos casos de licenças médicas e aposentadorias;
2. A expedição de laudo, nos casos de aposentadoria por invalidez.

CAPÍTULO II

Dos Exames de Ingresso

Artigo 8.º - As perícias médicas para fins de posse e exercício em cargo ou função do serviço público civil do Estado serão realizados pelo D.P.M.E. e pelas unidades indicadas nos termos do artigo 7.º deste decreto.

Artigo 9.º - Fica delegada, às unidades adiante enumeradas, a atribuição para realizar perícias médicas de avaliação de sanidade e capacidade física, observadas as exceções previstas no § 1.º do artigo 7.º deste decreto:

I – pelo Departamento de Saúde do Sistema Penitenciário da Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado, da Secretaria da Justiça, quando de nomeação para cargo público de provimento efetivo ou de admissão para função-atividade que devam ser exercidos junto aos estabelecimentos penitenciários do Estado;

II – pelo Ambulatório Médico e Odontológico, do Departamento de Administração da Delegacia Geral de Polícia, da Secretaria da Segurança Pública, quando de nomeação para cargo público das séries de classes policiais-civis;

III – pelas unidades médicas das Autarquias Estaduais, quando de nomeação, admissão, transposição ou designação para cargo ou função de seus quadros.

Parágrafo único - As unidades mencionadas neste artigo ficam responsáveis pela expedição dos respectivos C.S.C.F.

Artigo 10 - A perícia médica para fins de posse e exercício deverá ser solicitada pelo órgão para onde foi nomeado ou admitido o candidato, mediante o preenchimento da GPMI, conforme modelo a ser instituído por ato do Secretário da Saúde.

Artigo 11 - Realizada a perícia médica será expedido o C.S.C.F., dele devendo constar se o candidato está apto ou não para o exercício das atribuições próprias do cargo ou da função pública.

Artigo 12 - O Certificado de Sanidade e Capacidade Física (C.S.C.F.) terá validade pelo prazo de 12 (doze) meses quando for expedido:

I - pelo D.P.M.E. ';

II - pelas unidades indicadas nos termos do artigo 7.º deste decreto e desde que se

trate de funções-atividades integrantes das classes docentes.

§ 1.º - Executadas as hipóteses previstas nos incisos I e II, o prazo de validade do C.S.C.F. será de 4 (quatro) meses.

§ 2.º - O prazo de validade de que trata este artigo será contado da data de expedição do C.S.C.F.

Artigo 13 - A validade prevista no artigo anterior cessará quando for concedida ao funcionário ou servidor licença médica, exceto nos casos de licença à funcionária e servidora gestante e licença por motivo de doença em pessoa da família.

Artigo 14 - Será indispensável à submissão a nova perícia médica para posse ou exercício quando:

I - na perícia médica anterior tenha sido necessária a manifestação de Junta Médica;

II - para o desempenho das atribuições de novo cargo ou de nova função, for exigido exames especiais.

Artigo 15 - As unidades mencionadas nos artigos 7.º e 9.º deste decreto deverão:

I - manter arquivada a cópia do C.S.C.F., juntamente com a GPMI;

II - encaminhar ao D.P.M.E., na forma ser disciplinada, relação dos C.S.C.F. expedidos.

Artigo 16 - A unidade responsável pela realização de perícia médica para posse e exercício deverá comunicar à autoridade solicitante da perícia, a conveniência de suspensão do prazo de que trata o artigo 53 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1986 e o artigo 14 da Lei nº 500, de 13 de novembro de 1974.

CAPÍTULO III

Da Aposentadoria por Invalidez

Artigo 17 - As perícias médicas destinadas a comprovar a invalidez total e permanente do funcionário ou servidor para qualquer cargo ou função pública serão realizadas no D.P.M.E. ou nas unidades indicadas nos termos do artigo 7.º deste decreto, por Junta Médica constituída de, no mínimo, 3 (três) médicos da rede oficial.

Artigo 18 - Realizada a perícia médica e concluídas as diligências que se fizerem necessárias, a Junta Médica elaborará seu parecer encaminhando-o à decisão do D.P.M.E., que publicará no Diário Oficial.

Parágrafo único - Quando julgar de conveniência, o D.P.M.E. convocará o funcionário ou servidor para nova perícia médica em sua sede.

Artigo 19 - Será considerado como de licença para tratamento de saúde, independentemente de qualquer providência do D.P.M.E., o período compreendido entre a data da última licença concedida ou, quando for o caso, da data de perícia e a publicação, por aquele órgão, da decisão favorável à aposentadoria.

Parágrafo único - Tratando-se de decisão contrária à aposentadoria, deverá o D.P.M.E. pronunciar-se quanto à concessão de licença para tratamento de saúde.

Artigo 20 - O laudo de aposentadoria por invalidez será expedido pelo D.P.M.E., devendo dele constar como data de início da aposentadoria a da publicação da decisão favorável, o código da enfermidade (CID) e o enquadramento legal.

Artigo 21 - Do ato de concessão de aposentadoria por invalidez, a ser expedido pelo órgão de pessoal, deverá constar como data de início da aposentadoria a fixada pelo D.P.M.E.

CAPÍTULO IV

Das Licenças Médicas

SEÇÃO I

Da Licença para Tratamento de Saúde

Artigo 22 - A licença para tratamento de saúde dependerá de perícia médica, realizada no D.P.M.E. ou nas unidades indicadas nos termos do artigo 7.º deste decreto, e poderá ser concedida:

I - “ex-officio”;

II - a pedido do funcionário ou servidor.

SUBSEÇÃO I

Da Licença “ExOfficio”

Artigo 23 - O superior imediato ou mediato, a seu juízo e diante das condições de saúde do funcionário ou servidor, poderá solicitar a concessão de licença para tratamento de saúde “ex-officio”, expedindo a competente GPM para a perícia médica.

Parágrafo único - Quando o funcionário ou servidor recusar a se submeter à perícia, deverá o D.P.M.E. ser oficiado para que proceda a convocação, aplicando-se, no caso de não atendimento, o disposto no artigo 72, inciso I, alínea “e” deste decreto.

SUBSEÇÃO II

Da Licença a Pedido

Artigo 24 - O funcionário ou servidor que necessitar de licença para tratamento de saúde deverá solicitar ao seu superior imediato ou diretamente ao órgão de pessoal a expedição da GPM, a fim de ser submetido à necessária perícia médica.

Artigo 25 - Quando o funcionário ou servidor adoecer em localidade diversa da de sua sede, a GPM poderá ser por ele preenchida e assinada, devendo comunicar o fato à unidade em que tiver exercício.

Artigo 26 - O funcionário ou servidor que, diante de suas condições de saúde, necessitar que a perícia médica ocorra em seu domicílio ou em unidade hospitalar em que se encontre internado, deverá mencionar a pretensão na GPM.

SUBSEÇÃO III

Da Guia Para Perícia Médica - GPM

Artigo 27 - A Guia para Perícia Médica - GPM - é o documento indispensável para a re-

alização de perícia médica e terá validade até o final do expediente do primeiro dia útil subsequente ao de sua expedição.

Artigo 28 - Da GPM deverão constar no mínimo:

- I - dados de identificação do funcionário ou servidor,
- II - informações da situação funcional;
- III - informações sobre o motivo e o local da perícia;
- IV - local data e assinatura do responsável por sua expedição;

Artigo 29 - O D.P.M.E., bem como a unidade indicada nos termos do artigo 7.º deste decreto, onde for apresentada a GPM, poderão recusá-la quando:

- I - incorretamente preenchida;
- II - apresentada depois do primeiro dia útil subsequente ao de sua expedição;
- III - contiver rasura que comprometa sua autenticidade.

Parágrafo único - A ausência da assinatura do próprio funcionário ou servidor, impossibilitado, quando for da sede de exercício, não será motivo para recusa do GPM.

Artigo 30 - O modelo da GPM, bem como a rotina de encaminhamento para decisão e arquivamento, serão estabelecidos em resolução do Secretário da Saúde.

SUBSEÇÃO IV

Da Perícia Médica

Artigo 31 - Para ser submetido à perícia médica, o funcionário ou servidor deverá comparecer ao D.P.M.E. ou a uma das unidades indicadas nos termos do artigo 7.º deste decreto até o primeiro dia útil subsequente à data da expedição da GPM, munido:

- I - da GPM,
- II - de prova de sua identidade.

Artigo 32 - As perícias médicas no domicílio ou na unidade hospitalar serão realizadas, sempre que possível, no prazo de 5 (cinco) dias úteis da data do protocolo da GPM e desde que atendidas às condições estabelecidas em resolução do Secretário da Saúde.

Artigo 33 - Nos casos de licença quando fora da sede de exercício, de que trata o artigo 25 deste decreto, a perícia médica somente será realizada se o funcionário ou servidor comprovar impossibilidade de locomoção por tempo superior a 3 (três) dias.

Parágrafo único - A comprovação de que trata o “caput” deverá ser feita por meio de um dos seguintes documentos:

- 1 - declaração de internação fornecida por unidade hospitalar;
- 2 - atestado de médico assistente.

Artigo 34 - O profissional da área médico-odontológica de qualquer das unidades mencionadas neste R.P.M. que realizar perícia médica, deverá relatar nos espaços próprios da GPM as informações que justifiquem seu parecer.

Artigo 35 - As licenças para tratamento de saúde com prazo superior a 90 (noventa) dias dependerão de perícia médica realizada por Junta Médica.

Artigo 36 - Realizada a perícia médica, será entregue ao funcionário ou servidor cópia da GPM, na qual deverá constar o parecer final sobre o pedido e, se for o caso, o prazo da licença com a data de seu início.

SUBSEÇÃO V

Do Parecer Final

Artigo 37 - O parecer final sobre o pedido de licença para tratamento de saúde, observadas as normas e instruções do D.P.M.E., caberá:

I - quando de licença inicial e de primeira prorrogação da licença que implique denegação ou concessão:

a) até 15 (quinze) dias, ao dirigente da unidade da Secretaria da Saúde, indicada nos termos do artigo 7.º deste decreto, quando a perícia médica ocorrer em sua sede, em domicílio ou em unidade hospitalar de sua jurisdição;

b) de 16 (dezesesseis) a 45 (quarenta e cinco) dias, ao dirigente da unidade situada no município sede do ERSA, indicada nos termos do artigo 7.º deste decreto, quando a perícia médica ocorrer em sua sede, em outra unidade vinculada ao ERSA, em domicílio ou em unidade hospitalar de sua jurisdição;

c) prazo superior a 45 (quarenta e cinco) dias, à Comissão Médica do D.P.M.E., independentemente do local onde foi realizada a perícia médica;

II - à Comissão Médica do D.P.M.E., quando se tratar da segunda licença, em prorrogação, em diante, que implique denegação ou concessão.

Parágrafo único - Cabe, ainda, à Comissão Médica proferir o parecer final das perícias médicas realizadas na sede do D.P.M.E., em domicílio ou em unidade hospitalar, desde que o pedido da licença tenha sido ali protocolado.

Artigo 38 - O funcionário ou servidor poderá ser convocado para nova perícia médica, quando a autoridade competente para proferir o parecer final julgar de conveniência ou a critério do D.P.M.E.

SUBSEÇÃO VI

Da Decisão Final e da Publicação do Resultado

Artigo 39 - A decisão final sobre o pedido de licença, bem como seu enquadramento legal, caberá ao D.P.M.E. que a publicará no Diário Oficial, agrupando-as por Órgão.

Artigo 40 - Da publicação deverão constar:

I - O nome do funcionário ou servidor;

II - o número do Registro Geral (RG) da Carteira de Identidade;

III - o local e a data da perícia médica;

IV - o número de dias concedidos ou a sua denegação;

V - a data de início da licença;

VI - o seu enquadramento legal.

Parágrafo único - Deverão, também, constar da publicação as condições exigidas para nova perícia médica, se solicitadas na GPM.

SUBSEÇÃO VII

Da Licença Inicial, da Prorrogação, do Início e da Retroação.

Artigo 41 - Toda licença para tratamento de saúde, considerada como inicial, terá como data de início aquela fixada na GPM pela autoridade responsável pelo parecer final, e poderá retroagir até 5 (cinco) dias corridos contados do dia anterior ao da expedição da mesma.

§ 1.º - Quando motivo de força maior ou as graves condições de saúde do funcionário ou servidor justificar maior retroação, esta poderá ocorrer por mais 5 (cinco) dias, devendo, neste caso, ser juntada à GPM, os devidos comprovantes que a justifiquem.

§ 2.º - Na falta de comprovação, ou se julgada insuficiente à justificativa, serão registrados como faltas os das que ultrapassem a retroação prevista no “caput”.

Artigo 42 - A licença será enquadrada como, em prorrogação, quando o pedido for apresentado:

I - pelo menos até 8 (oito) dias antes de findo o prazo da licença que o funcionário ou servidor estiver usufruindo;

II - antes do término da licença em que se encontrar, seja inicial ou em prorrogação, quando esta for de prazo inferior a 8 (oito) dias.

Parágrafo único - Quando a decisão final do D.P.M.E. sobre o pedido de prorrogação de licença, solicitado nos termos deste artigo, for pelo sua degeneração, às faltas registradas no período, compreendido entre a data de término da licença anterior e a data de publicação do despacho denegatório, serão considerados como de licença, independentemente de novo pronunciamento daquele órgão.

SUBSEÇÃO VIII

Dos Pedidos de Reconsideração e Recursos

Artigo 43 - Da decisão final do D.P.M.E., de que trata o artigo 39 deste decreto, caberá pedido de reconsideração e recurso, independentemente da observação do disposto no artigo 239 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968 - Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis do Estado, aplicando-se, entretanto, no que não expressamente regulado nesta Subseção, as demais normas do citado dispositivo.

Artigo 44 - O pedido de reconsideração deverá ser dirigido ao dirigente do D.P.M.E., interposto no prazo de 3 (três) dias úteis, contados da publicação aludida no artigo 40 deste decreto, e apresentado junto à autoridade responsável pelo parecer final que instruirá e encaminhará ao D.P.M.E.

Artigo 45 - Examinado o pedido, o dirigente do D.P.M.E. poderá determinar a realização de diligências, inclusive nova perícia médica.

Parágrafo único - Se não houver novas diligências, o prazo para decisão sobre o pedido será de 30 (trinta) dias, a contar da protocolização do pedido; se houver, será contado do término das diligências que deverão ser determinadas e processadas com a maior brevidade.

Artigo 46 - Caberá recursos ao Secretário da Saúde, e em caso de não provimento por essa autoridade, ao Governador, devendo ser interposto no prazo 5 (cinco) dias úteis, contados da publicação do despacho pelo dirigente do D.P.M.E., no pedido de reconsideração.

§ 1.º - A autoridade competente para decidir do recurso poderá determinar novas providências, inclusive perícia médica que se efetuará por Junta Médica, constituída pelo dirigente do D.P.M.E., e sempre que possível diferente da que primitivamente efetivou a perícia médica, integrada por membros em número não inferior ao desta última. Da Junta, assim constituída, poderão participar especialistas de outros órgãos do serviço público ou estranhos a ele, de notório saber, designados pelo dirigente do D.P.M.E., ou pela autoridade competente para decidir o recurso.

§ 2.º - O pronunciamento dessa autoridade ficará adstrito à conclusão do laudo elaborado pela Junta Médica, devendo esta justificar seu pronunciamento sempre que solicitada a fazê-lo, inclusive, responder aos quesitos que lhe forem formulados pela autoridade superior.

Artigo 47 - Serão sumariamente arquivados, por despacho da autoridade recorrida, os pedidos de reconsideração e recursos formulados fora dos prazos previstos nesta Subseção.

Artigo 48 - A decadência, pelo decurso dos prazos, do direito assegurado no artigo 43 deste decreto, não prejudicará o direito de petição que, com base no capítulo VII, do Título V, da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968 - Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado, assiste ao funcionário e ao servidor relativamente ao despacho concessório ou denegatório da medida que se tenha fundamentado na decisão do D.P.M.E.

Parágrafo único - O uso, ainda que parcial, dos meios de defesa previstos no artigo 43, deste decreto, obstará o reexame da matéria do ponto de vista médico, nos pedidos de reconsideração e recursos formulados nos termos do artigo 239 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968. Se tais meios não tiverem sido utilizados, a Secretaria de Estado encaminhará o pedido de reconsideração ou recurso ao Secretário da Saúde, que procederá na forma determinada pelo § 1.º do artigo 46, devolvendo o processo, depois de instruído, a autoridade que o haja encaminhado, cabendo a esta proceder na forma estabelecida no § 2.º do artigo 46 deste decreto.

SEÇÃO II

Da Licença à Funcionária ou Servidora Gestante

Artigo 49 - A licença à funcionária ou servidora gestante será concedida:

I - antes do parto: a partir do 8.º (oitavo) mês de gestação, salvo prescrição médica em contrário, mediante perícia médica realizada no D.P.M.E. ou em unidade indicada na forma do disposto no artigo 7.º deste decreto;

II - após o parto: mediante a apresentação da certidão de nascimento da criança;

Parágrafo único - Na hipótese do inciso I deste artigo, a licença vigorará a partir da data fixada na GPM pelo profissional de área de saúde, que realizar a perícia médica. No caso do inciso II deste artigo, considerar-se-á, como início da licença, a data do parto, podendo, quando for o caso, retroagir até 15 (quinze) dias do evento.

Artigo 50 - No caso de natimorto, será concedida a funcionária ou servidora licença para tratamento de saúde, a critério médico, na forma prevista na Seção I, do Capítulo IV deste decreto.

Artigo 51 - Aplicam-se à licença à funcionária ou servidora gestante requerida a partir do 8.º (oitavo) mês de gestação as disposições das Subseções II, III, IV e VI, da Seção I, do Capítulo IV, exceto o artigo 35, todos deste decreto.

Artigo 52 - Ocorrendo a hipótese do inciso I do artigo 49 deste decreto, o parecer final cabe ao dirigente da unidade onde for realizada a perícia médica.

Artigo 53 - Incumbirão à autoridade competente para decidir sobre a concessão da licença à funcionária ou servidora gestante, requerida após o parto, as providências referentes à publicação do ato no Diário Oficial do Estado.

Artigo 54 - Publicada a decisão sobre o pedido da licença, a funcionária ou servidora poderá usufruir por inteiro, ainda que a criança venha a falecer durante a licença.

Artigo 55 - O disposto no artigo anterior não inibe a realização de perícia médica “ex-officio” ou que a licenciada pleiteie a desistência da licença, devendo resumir o exercício se for considerada apta.

Artigo 56 - Fica assegurado à funcionária ou servidora o direito ao gozo do restante do período de licença quando, entre a data do parto e a de início de exercício no serviço público, mediar tempo inferior a 120 (cento e vinte) dias, aplicando-se no caso, o disposto no artigo 53 deste decreto.

SEÇÃO III

Da Licença ao Funcionário ou Servidor Acidentado no Exercício de Suas Atribuições ou Atacado de Doença Profissional

Artigo 57 - O funcionário ou servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou que tenha adquirido doença profissional, terá direito à licença com vencimento, salário ou remuneração.

Parágrafo único - Considerar-se também acidente a agressão sofrida e não provocada pelo funcionário ou servidor no exercício de suas atribuições.

Artigo 58 - A licença será enquadrada, a princípio, como se licença para tratamento de saúde fosse, observando-se para tanto as disposições deste decreto.

Artigo 59 - Será indispensável para o enquadramento da licença como acidente de trabalho ou doença profissional, a sua comprovação em processo, que deverá iniciar-se no prazo de 8 (oito) dias, contados do evento.

Parágrafo único - Do processo deverão constar os elementos suficientes à comprovação do acidente, devendo ser instruído com sua descrição.

Artigo 60 - Concluído o processo, será elaborado relatório sucinto e encaminhado ao D.P.M.E. que por sua Comissão Médica, apreciará a presença de anexo causal, providenciando, quando for o caso, a retificação do enquadramento legal da licença.

Artigo 61 - O D.P.M.E. poderá, a qualquer tempo, solicitar o processo de comprovação do acidente de trabalho.

Artigo 62 - Os conceitos de acidentes de trabalho, bem como a relação das moléstias profissionais, para fins desta Seção, serão os adotados pela legislação federal vigente à época do acidente.

SEÇÃO IV

Da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

Artigo 63 - O funcionário ou servidor poderá obter licença, por motivo de doença do cônjuge e de parentes até o segundo grau.

§ 1.º - Equipara-se ao cônjuge, o companheiro ou a companheira com quem vivia a pelo menos 5 (cinco) anos.

§ 2.º - São parentes até segundo grau aqueles que assim define o código Civil Brasileiro.

Artigo 64 - A pessoa da família, a quem se atribui a doença, será submetida à perícia médica no DPME ou em unidade indicada na forma do disposto no artigo 7.º deste decreto.

Artigo 65 - A reiteração de pedido de licença por motivo de doença em pessoal da família deverá ser objeto de sindicância social a ser realizada pelo DPME.

Artigo 66 - A autoridade competente para proferir o parecer final sobre o pedido de licença deverá levar em consideração, além dos aspectos médicos, os de natureza social do benefício.

Artigo 67 - O funcionário ou servidor licenciado é obrigado a reassumir o exercício quando não subsistir a doença na pessoa da família ou quando da perícia médica ficar comprovada a cessação dos motivos que determinaram a licença.

Artigo 68 - A licença de que trata esta Seção será concedida com vencimento, salário ou remuneração até 1 (um) mês e com os seguintes descontos:

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

Artigo 69 - Os dias de licença por motivos de doença em pessoa da família não serão contados em nenhum efeito legal e acarretarão redução de período de férias.

Artigo 70 - Aplica-se à licença por motivo de doença em pessoa da família as disposições das Subseções II a VII da Seção I do Capítulo IV, deste decreto, exceto as disposições no artigo 42.

CAPÍTULO V

Do Controle e da Fiscalização

Artigo 71 - O controle e a fiscalização sobre as licenças médicas, bem como sobre os atos a elas relacionados, cabem ao Departamento de Perícias Médicas do Estado - D.P.M.E. e à comissão de Assuntos de Assistência à Saúde - C.A.A.S., nos termos deste Capítulo.

Artigo 72 - Cabe ao D.P.M.E.:

I - em relação ao funcionário ou servidor:

- a) condicionar a concessão de nova licença ao atendimento de qualquer exigência que a Comissão Médica julgar conveniente impor;
- b) fixar nova sede para realização de perícia médica, quando ultrapassar 5 (cinco) o número de licenças concedidas;
- c) verificar, mediante perícia médica domiciliar ou na sede, se ele está seguindo as prescrições médicas recomendadas pelo seu médico assistente;
- d) exigir comprovante idôneo do tratamento;
- e) solicitar ao Departamento de Despesa de Pessoal do Estado, da Secretaria da Fazenda, a suspensão do pagamento do funcionário ou servidor que se recusar a fazer prova do tratamento médico ou que não atender à convocação para perícia médica;

II - em relação ao médico responsável pela perícia:

- a) solicitar que preste esclarecimentos sobre tudo o que com ela se relacione;
- b) representar à autoridade superior e, quando for o caso, à comissão de ética Médica do Conselho Regional de Medicina quando de inobservância do Código de Deontologia;

III - em relação ao dirigente da unidade indicada nos termos do artigo 7.º deste decreto:

- a) solicitar esclarecimentos sobre as perícias médicas ali realizadas;
- b) recomendar providências;
- c) promover diligências no local de forma a verificar se estão sendo seguidas as normas e instruções;
- d) representar à autoridade superior sobre irregularidades constatadas.

Artigo 73 - Cabe à CAAS, além das atribuições previstas no artigo 38 do Decreto nº 26.774, de 18 de fevereiro de 1987;

I - acompanhar, fiscalizar e orientar a observância das disposições legais, das normas, dos comunicados e das instruções expedidas pelo DPME e pelas CAAS, relativas às perícias médicas para fins de ingresso, licença médica e aposentadoria por invalidez;
II - promover, mensalmente, auditoria em, no mínimo, 0,5% (cinco décimos por cento) das perícias médicas cuja decisão final é de competência do DPME.

Parágrafo único - Para fiel cumprimento das atribuições de que trata este artigo, a CAAS terá livre acesso às repartições públicas estaduais, podendo requisitar toda a documentação que cuide de ingresso, licença médica e aposentadoria por invalidez.

Artigo 74 - As irregularidades constatadas serão sumariamente apuradas pela própria CAAS, que submeterá, ao Secretário da Saúde, relatório contendo recomendações sobre providências cabíveis.

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais e Finais

Artigo 75 - De posse da cópia da GPM com parecer final favorável à licença, deverá o funcionário ou servidor iniciar, ou quando de retroação ou de prorrogação, continuar seu gozo, ainda que não publicada a decisão final do DPME e desde que referido parecer tenha sido proferido na forma prevista neste RPM.

Parágrafo único - O gozo da licença, sem que tenha sido atendida exigência para a nova perícia, constante da publicação referente ao pedido anterior poderá implicar faltas.

Artigo 76 - O funcionário ou servidor que se valer do parecer final, proferido em desacordo com o estabelecido na Subseção V da Seção I, do Capítulo IV, deste decreto, ficará sujeito a ter como faltas injustificadas o período em que considerar licenciado.

Artigo 77 - A cópia da GPM, de que trata o artigo 75 deste decreto, deverá ser entregue ao órgão de pessoal ou unidade sede de controle de frequência, até o primeiro dia útil, após ter sido proferido o parecer final, devendo o funcionário ou servidor ser advertido das conseqüências quando em desacordo com o disciplinado neste decreto.

Artigo 78 - Os órgãos de pessoal das Secretarias de Estado e as unidades sede de controle de frequência deverão observar se o parecer final foi proferido nos termos estabelecidos na Subseção V, da Seção I, do Capítulo IV, deste decreto, representado, sob pena de responsabilidade, quando for o caso.

Artigo 79 – A apresentação da cópia da GPM pelo Funcionário ou servidor, não substitui a publicação da decisão do D.P.M.E.

Artigo 80 – As divergências, por ventura existentes, entre o parecer final constante da cópia da GPM e a publicação da decisão da decisão do D.P.M.E., deverão ser objeto de consulta àquele órgão.

Parágrafo único – Constatada a irregularidade, deverá ser instaurada sindicância administrativa no órgão de exercício do funcionário ou servidor e aplicada a pena disciplinar cabível.

Artigo 81 – A autoridade competente para proferir o parecer final deverá observar a correta retroação da licença, sua data de início ou de prorrogação, cabendo idêntica providência ao órgão de pessoal ou unidade sede de controle da frequência.

Artigo 82 – o D.P.M.E. promoverá a cassação das licenças médicas concedidas, quando for comunicado pela Secretaria onde o funcionário tiver exercício, que o mesmo infringiu o disposto no artigo 187 da Lei nº 10.3261, de 28 de outubro de 1968, conforme apurado em sindicância.

Artigo 83 – O D.P.M.E., poderá realizar todos os atos referentes à perícia médica em funcionário ou servidor dos Quadros do Tribunal de Justiça, do Primeiro Tribunal e Segundo Tribunal de Alçada Civil, do Tribunal de Alçada Criminal, do Tribunal de Justiça Militar, do Tribunal de Contas e da Secretaria da Assembléia Legislativa, quando solicitado.

Parágrafo único – O disposto no “caput” aplica-se às unidades indicadas nos termos do artigo 7º deste decreto.

Artigo 84 – Este decreto entrará em vigor em 2 de janeiro de 1989, revogadas as disposições em contrário e em especial:

I – os artigos 474 a 506 do Decreto nº 42.850, de 30 de dezembro de 1963;

II – as alíneas “a” e “b” e “c” do inciso XI do artigo 34 do Decreto nº 123.242, de 123 de fevereiro de 1979.

Palácio dos Bandeirantes, 11 de novembro de 1988.

ORESTES QUÉRCIA

José Aristodemo Pinotti, Secretário da Saúde.

Roberto Valle Rollemberg, Secretário do Governo.

Publicado na Secretaria do Estado do Governo, aos 11 de novembro de 1988.

Resolução SGP nº 07, de 3 fevereiro de 2012

A Secretária Adjunta, respondendo pelo expediente da Secretaria de Gestão Pública, no uso de suas atribuições, e Considerando o imperativo atendimento das necessidades do serviço público;

Considerando a impossibilidade de o Departamento de Perícias Médicas do Estado em inspecionar servidores, para fins de concessão de licenças saúde, durante o período de tratamento ou convalescença de doenças, em razão do expressivo volume de demandas apresentadas;

Considerando que muitas doenças não deixam vestígios ou sequelas após o transcurso de determinado período de tempo;

Considerando a quantidade de solicitações de inspeções periciais para fins de concessões de licenças saúde, cujo período de afastamento sugerido é inferior ao tempo de espera para a realização das respectivas inspeções;

Considerando a necessidade de ser abreviado o período de espera para a realização de inspeções médicas para fins de concessão de licenças;

Considerando as disposições contidas nos artigos 41 e 75 do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1988;

Considerando o desenvolvimento de projeto para a reestruturação do Departamento de Perícias Médicas do Estado no âmbito da Secretaria de Gestão Pública;

Considerando o projeto de lei complementar, em elaboração, para alteração dos artigos 191 e 193 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, a permitir, em determinados casos, análise documental para fins da concessão de licenças saúde e à servidora gestante;

Considerando os exíguos recursos humanos do Departamento de Perícias Médicas do Estado e a inexistência de autorização governamental para a realização de concurso público para o provimento de cargos da Classe Médico, bem como para a contratação temporária de profissional médico;

Considerando o prejuízo ao erário e ao serviço público que afastamentos prolongados acarretam; resolve:

Artigo 1º - A licença para tratamento de saúde, de que trata o artigo 22, do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1988, será concedido pelo Órgão Médico Oficial do estado mediante a análise de documentação médica, nos seguintes casos:

I - inspeção médica agendada até 31 de janeiro de 2012 e com período de afastamento igual ou inferior a 90 (noventa) dias, sugerido em documento médico;

II - internação hospitalar.

Artigo 2º - Aplicam-se as disposições do artigo 1º desta Resolução, nas mesmas condições, em caso da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

Artigo 3º - A Licença à servidora Gestante será concedida, a partir da 32ª (trigésima segunda) semana de gestação, mediante documentação médica que comprove a gravidez e a respectiva idade gestacional.

Artigo 4º - Para os fins desta Resolução, serão aceitos pelo Órgão Médico Oficial, exclusivamente:

I - atestado ou relatório médico, elaborado pelo médico assistente do servidor, devidamente habilitado, na forma da lei, junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, contendo informações que permitam ao perito formar juízo sobre o diagnóstico, CID - 10, evolução, tratamento, necessidade de afastamento e do período eventualmente recomendado;

II - exames laboratoriais e de imagem que comprovem a doença diagnosticada.

Parágrafo Único- O atestado ou relatório médico de que trata o inciso I deste artigo deverá, ainda:

I - ser emitido em conformidade com as normas emanadas pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina; em especial as constantes da Resolução CFM nº 1.658/2008 e suas alterações;

II - ser subscrito pelo médico que examinou o paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV - identificar o médico emissor, mediante carimbo, em que conste nome e número de registro junto Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Artigo 5º - Compete à unidade responsável pelo agendamento de inspeções médicas das Secretarias, da Procuradoria Geral do Estado e das Autarquias estaduais o encaminhamento, mediante protocolo, ao Órgão Médico Oficial, da documentação de que tratam os artigos 1º e 2º desta Resolução, em observância ao Anexo I que a integra.

§ 1º - O encaminhamento da documentação médica deverá ser feito de maneira a ser resguardada a informação nela contida e preservada a privacidade do servidor.

§ 2º - A documentação entregue ao Órgão Médico Oficial deverá ser mantida junto ao prontuário do servidor.

Artigo 6º - Para emissão de decisão final sobre o pedido de licença, o Órgão Médico Oficial, a critério médico, poderá convocar o servidor para se submeter à inspeção médica em suas dependências ou complementar a documentação relativa à patologia e respectivo tratamento.

Artigo 7º - A decisão final sobre o pedido de licença, bem como seu enquadramento legal, será publicado no Diário Oficial do Estado, pelo Órgão Médico Oficial, nos termos do artigo 39 do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1988.

Artigo 8º - As inspeções médicas agendadas junto ao Órgão Médico Oficial de que tratam os artigos 1º, 2º e 3º desta Resolução serão desmarcadas.

Artigo 9º - A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Comunicado DPME Nº 003, de 30 de maio de 2012

O Diretor Técnico de Saúde III, do Departamento de Perícias Médicas do Estado - DPME, da Secretaria de Gestão Pública, no uso das competências que lhe são atribuídas, comunica que:

Tendo em vista o disposto no artigo 3º da Resolução SGP nº 07, publicada no D.O.E. de 11/02/12, são documentos necessários para a concessão de licença à servidora gestante nos termos da referida Resolução:

- Nº de protocolo de GPM expedida no sistema online pela Unidade responsável pelos agendamentos de inspeções médicas;
- Ultrassom obstétrico (com laudo);

Relatório médico com indicação da data da última menstruação e idade gestacional (em semanas), no momento da solicitação.

Decreto Nº 51.738, de 5 de abril de 2007

Altera dispositivos que especifica do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1980, que institui o Regulamento de Perícias Médicas - RPM.

JOSÉ SERRA, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,
Decreta:

Artigo 1º - Os dispositivos adiante enumerados do Decreto nº 29.180, de 11 de novembro de 1980, passam a vigorar com a seguinte redação:

I - os artigos 43 e 44:

“Artigo 43 - Da decisão final do DPME, de que trata o artigo 39 deste decreto, caberá pedido de reconsideração e recurso, nos termos do disposto no 240 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968.”

“Artigo 44 - O pedido de reconsideração deverá ser dirigido ao dirigente do DPME, interposto no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação aludida no artigo 40 deste decreto, e apresentado junto à autoridade responsável pelo parecer final, que o instruirá e encaminhará ao DPME.”; (NR).

II - o artigo 46:

“Artigo 46 - Caberá recurso ao Secretário da Saúde, em última instância, da decisão do dirigente do DPME proferida no pedido de reconsideração, que deverá ser interposto no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de sua publicação.”

“§ 1º - O Secretário da Saúde poderá determinar novas providências, inclusive perícia médica que se efetuará por Junta Médica, constituída pelo dirigente do DPME, e sempre que possível diferente da que primitivamente efetivou a perícia médica, integrada por membros em número não inferior ao desta última. Da Junta, assim constituída, poderão participar especialistas de outros órgãos do serviço público ou estranhos a ele, de notório saber, designados pelo dirigente do DPME ou pelo Secretário da Saúde.”

“§ 2º - O pronunciamento do Secretário da Saúde ficará adstrito à conclusão do laudo elaborado pela Junta Médica, devendo esta justificar seu pronunciamento sempre que solicitada a fazê-lo, inclusive, responder aos quesitos que lhe forem formulados pela autoridade superior.”; (NR).

III - o artigo 48:

“Artigo 48 - O disposto nesta subseção aplica-se nas mesmas bases e condições aos pedidos de reconsideração e ao recurso interpostos contra a decisão que denegar a expedição do C.S.C.F.”. (NR)

Artigo 2º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 5 de abril de 2007.

JOSÉ SERRA

Luiz Roberto Barradas Barata

Secretário da Saúde

Aloysio Nunes Ferreira Filho

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicado na Casa Civil, aos 5 de abril de 2007.

Lei Complementar nº 1.054, de 7 de julho de 2008

Amplia os períodos da licença à gestante, da licença-paternidade e da licença por adoção, e dá providências correlatas.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

Artigo 1.º - Os dispositivos adiante enumerados da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968 - Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado, passam a vigorar com a seguinte redação:

I - o artigo 198, alterado pela Lei Complementar nº 76, de 7 de maio de 1973:

“Artigo 198 - À funcionária gestante será concedida, mediante inspeção médica, licença de 180 (cento e oitenta) dias com vencimento ou remuneração, observado o seguinte:

“I - salvo prescrição médica em contrário, a licença poderá ser concedida a partir do oitavo mês de gestação;

“II - ocorrido o parto, sem que tenha sido requerida a licença, será esta concedida mediante a apresentação da certidão de nascimento e vigorará a partir da data do evento, podendo retroagir até 15 (quinze) dias;

“III - durante a licença, cometerá falta grave à servidora que exercer qualquer atividade remunerada ou mantiver a criança em creche ou organização similar;

“Parágrafo único - No caso de natimorto, será concedida a licença para tratamento de saúde, a critério médico, na forma prevista no artigo 193.” (NR).

II - o inciso XVI do artigo 78, acrescentado pela Lei Complementar nº 445, de 1º de abril de 1986:

“Artigo 78 -

“XVI - licença-paternidade, por 5 (cinco) dias;” (NR)

Artigo 2.º - O inciso XIV do artigo 16 da Lei nº 500, de 13 de novembro de 1974, acrescentado pela Lei Complementar nº 445, de 1º de abril de 1986, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Artigo 16 -

“XIV - licença-paternidade, por 5 (cinco) dias;” (NR)

Artigo 3.º - O artigo 1º da Lei Complementar nº 367, de 14 de dezembro de 1984, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Artigo 1.º - O servidor público poderá obter licença de 180 (cento e oitenta) dias, com vencimentos ou remuneração integrais, quando adotar menor, de até sete anos de idade, ou quando obtiver judicialmente a sua guarda para fins de adoção”.

“§ 1.º - Em caso de adoção por cônjuges ou companheiros, ambos servidores públicos, a licença de que trata o “caput” deste artigo será concedida na seguinte conformidade:
“1 - 180 (cento e oitenta) dias ao servidor adotante que assim o requerer;
“2 - 5 (cinco) dias ao outro servidor, cônjuge ou companheiro adotante, que assim o requerer”.

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

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

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

“§ 5.º - O período da licença de que trata este artigo será considerado de efetivo exercício para todos os efeitos.” (NR).

Artigo 4.º - O disposto no artigo 1º desta lei complementar aplica-se:

I - aos servidores da Administração direta e das autarquias, submetidas ao regime estatutário, bem como aos militares;

II - aos servidores do Poder Judiciário, do Tribunal de Contas, do Ministério Público e da Defensoria Pública, bem como aos servidores do Quadro da Secretaria da Assembléia Legislativa.

Artigo 5º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei complementar correrão à conta das dotações próprias consignadas no orçamento vigente.

Artigo 6º - Esta lei complementar e suas disposições transitórias entram em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas:

I - a Lei complementar nº 76, de 7 de maio de 1973;

II - a Lei complementar nº 445, de 1º de abril de 1986.

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Artigo 1º - A gestante abrangida pelos artigos 1º e 4º desta lei complementar que, na data de sua publicação, estiver em gozo da respectiva licença fará jus ao acréscimo de 60 (sessenta) dias de benefício, contados a partir do primeiro dia subsequente ao término do período anteriormente concedido.

Artigo 2º - O servidor público que, na data da publicação desta lei complementar, estiver em gozo de licença por adoção fará jus ao acréscimo de 60 (sessenta) dias de benefício, contados a partir do primeiro dia subsequente ao término do período anteriormente concedido.

Parágrafo único - Não se aplica o disposto no “caput” deste artigo à adoção por cônjuges ou companheiros, ambos servidores públicos, ficando assegurada a fruição dos períodos de licença concedidos de acordo com a legislação vigente até a edição desta lei complementar.

Artigo 3º - Caberá à autoridade competente adotar as medidas necessárias ao cumprimento do disposto nos artigos 1º e 2º das Disposições Transitórias desta lei complementar.

Palácio dos Bandeirantes, aos 7 de julho de 2008.

JOSÉ SERRA

Sidney Estanislau Beraldo

Secretário de Gestão Pública

Aloysio Nunes Ferreira Filho

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 7 de julho de 2008.

Decreto Nº 2.591, de 9 de outubro de 1973

Funcionalismo

Dispõe sobre concessão de licença, tratamento e sua fiscalização, de servidores enquadrados como toxicômanos.

LAUDO NATEL, GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições legais,

Decreta:

Artigo 1.º - O servidor público, da Administração centralizada e descentralizada, que apresente sintomas de intoxicação habitual por psicotrópicos e, principalmente, bebidas alcoólicas, será, obrigatoriamente, encaminhado ao Departamento Médico do Serviço Civil do Estado (DMSCE), para inspeção médica e licenciamento, caso não tome ele próprio a iniciativa do tratamento.

Parágrafo único - Verificada a ocorrência de que trata este artigo, o servidor será licenciado “ex-offício”, ou a pedido, por prazo necessário ao tratamento para sua recuperação, física ou psíquica, em hospital, sob fiscalização do DMSCE, nos termos do artigo 2º, letra “c”, da Lei nº 2.020, de 23 de dezembro de 1952, combinado com o artigo 189 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968.

Artigo 2.º - O tratamento do paciente deverá ser realizado, de preferência, no Hospital do Servidor Público do Estado (IAMSPE), ficando a critério deste a exigência de internação ou a forma ambulatorial, a ser observada em cada caso específico.

Parágrafo único - Ocorrendo a recusa de tratamento, por parte do servidor, a Diretoria do Hospital do Servidor Público do Estado (IAMSPE) comunicará o fato ao Departamento Médico do Serviço Civil do Estado (DMSCE), para a providência a que se refere o artigo 188, do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado.

Artigo 3.º - Quando o servidor preferir submeter-se a tratamento médico particular, neste caso sempre às suas expensas, a fiscalização por parte do DMSCE far-se-á indiretamente, através de periódicas inspeções de saúde, inclusive para reassumir o cargo ou a função.

§ 1.º - Ocorrendo a hipótese prevista neste artigo, o DMSCE exigirá do servidor licenciado a apresentação periódica de relatório médico sobre o tratamento.

§ 2.º - Caberá ao DMSCE expedir as instruções necessárias quanto ao conteúdo e aos prazos de apresentação do relatório a que se refere o parágrafo anterior.

Artigo 4.º - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Palácio dos Bandeirantes, 9 de outubro de 1973.

LAUDO NATEL

Ciro Albuquerque, Secretário do Trabalho e Administração.

Publicado na Casa Civil, aos 9 de outubro de 1973.

Maria Angélica Galiuzzi, Responsável pelo S.N.A.

Lei Complementar Nº 1.123, de 1º de julho de 2010

Altera as leis que especifica, e dá providências correlatas.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

Artigo 1.º - Os dispositivos adiante relacionados passam a vigorar com a redação que segue:

I - os incisos VI, VII e VIII do artigo 6º da Lei Complementar nº 700, de 15 de dezembro de 1992:

“Artigo 6º -

VI - para os de Assistente de Administração e Controle do Erário I:

a) certificado de conclusão do ensino médio ou equivalente;

b) comprovada experiência profissional na área de atuação de, no mínimo, 1 (um) ano;

VII - para os de Assistente de Administração e Controle do Erário II, III e IV:

a) certificado de conclusão do ensino médio ou equivalente;

b) comprovada experiência profissional na área de atuação de, no mínimo, 2 (dois), 3 (três) e 4 (quatro) anos, respectivamente;

VIII - Técnico da Fazenda Estadual: certificado de conclusão do ensino médio ou equivalente.” (NR);

II - da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968:

a) o inciso VI do artigo 47:

“Artigo 47 –

VI - gozar de boa saúde, comprovada em inspeção realizada por órgão médico registrado no Conselho Regional correspondente, para provimento de cargo em comissão;” (NR);

b) o artigo 53:

“Artigo 53 - a contagem do prazo a que se refere o artigo anterior poderá ser suspensa nas seguintes hipóteses:

I - por até 120 (cento e vinte) dias, a critério do órgão médico oficial, a partir da data de apresentação do candidato junto ao referido órgão para perícia de sanidade e capacidade física, para fins de ingresso, sempre que a inspeção médica exigir essa providência;

II - por 30 (trinta) dias, mediante a interposição de recurso pelo candidato contra a decisão do órgão médico oficial.

§ 1.º - o prazo a que se refere o inciso I deste artigo recomeçará a correr sempre que o candidato, sem motivo justificado, deixe de submeter-se aos exames médicos julgados necessários.

§ 2.º - a interposição de recurso a que se refere o inciso II deste artigo dar-se-á no prazo máximo de 5 (cinco) dias, a contar da data de decisão do órgão médico oficial.” (NR);
c) o artigo 55:

“Artigo 55 - o funcionário efetivo, nomeado para cargo em comissão, fica dispensado, no ato da posse, da apresentação do atestado de que trata o inciso VI do artigo 47 desta lei.” (NR);

d) o artigo 168, com redação dada pelo artigo 6º da Lei Complementar nº 1.012, de 5 de julho de 2007:

“Artigo 168 - ao cônjuge, ao companheiro ou companheira ou, na falta destes, à pessoa que provar ter feito despesas em virtude do falecimento de funcionário ativo ou inativo será concedido auxílio-funeral, a título de benefício assistencial, de valor correspondente a 1 (um) mês da respectiva remuneração.

§ 1.º - o pagamento será efetuado pelo órgão competente, mediante apresentação de atestado de óbito pelas pessoas indicadas no “caput” deste artigo, ou procurador legalmente habilitado, feita a prova de identidade.

§ 2.º - no caso de integrante da carreira de Agente de Segurança Penitenciária ou da classe de Agente de Escolta e Vigilância Penitenciária, se ficar comprovado, por meio de competente apuração, que o óbito decorreu de lesões recebidas no exercício de suas funções, o benefício será acrescido do valor correspondente a mais 1 (um) mês da respectiva remuneração, cujo pagamento será efetivado mediante apresentação de alvará judicial.

§ 3.º - o pagamento do benefício previsto neste artigo, caso as despesas tenham sido custeadas por terceiros, em virtude da contratação de planos funerários, somente será efetivado mediante apresentação de alvará judicial.” (NR);

e) o artigo 181:

“Artigo 181 - o funcionário efetivo poderá ser licenciado:

I - para tratamento de saúde;

II - quando acidentado no exercício de suas atribuições ou acometido por doença profissional;

III - no caso previsto no artigo 198;

IV - por motivo de doença em pessoa de sua família;

V - para cumprir obrigações concernentes ao serviço militar;

VI - para tratar de interesses particulares;

VII - no caso previsto no artigo 205;

VIII - compulsoriamente, como medida profilática;

IX - como prêmio de assiduidade.

§ 1.º - ao funcionário ocupante exclusivamente de cargo em comissão serão concedidas as licenças previstas neste artigo, salvo as referidas nos incisos IV, VI e VII.

§ 2.º - As licenças previstas nos incisos I a III serão concedidas ao funcionário de que trata o § 1.º deste artigo mediante regras estabelecidas pelo regime geral de previdência social.” (NR);

f) o artigo 182:

“Artigo 182 - As licenças dependentes de inspeção médica serão concedidas pelo prazo indicado pelos órgãos oficiais competentes.” (NR);

g) o artigo 183:

“Artigo 183 - Finda a licença, o funcionário deverá reassumir, imediatamente, o exercício do cargo.

§ 1.º - o disposto no “caput” deste artigo não se aplica às licenças previstas nos incisos V e VII do artigo 181, quando em prorrogação.

§ 2.º - a infração do disposto no “caput” deste artigo importará em perda total do vencimento ou remuneração correspondente ao período de ausência e, se esta exceder a 30 (trinta) dias, ficará o funcionário sujeito à pena de demissão por abandono de cargo.” (NR);

h) o artigo 185:

“Artigo 185 - As licenças previstas nos incisos I, II e IV do artigo 181 não serão concedidas em prorrogação, cabendo ao funcionário ou à autoridade competente ingressar, quando for o caso, com um novo pedido.” (NR);

i) o artigo 194:

“Artigo 194 - o funcionário acidentado no exercício de suas atribuições ou que tenha adquirido doença profissional terá direito à licença com vencimento ou remuneração.

Parágrafo único - Considera-se também acidente:

1 - a agressão sofrida e não provocada pelo funcionário, no exercício de suas funções;
2 - a lesão sofrida pelo funcionário, quando em trânsito, no percurso usual para o trabalho.” (NR);

j) o artigo 196:

“Artigo 196 - a comprovação do acidente, indispensável para a concessão da licença, será feita em procedimento próprio, que deverá iniciar-se no prazo de 10 (dez) dias, contados da data do acidente.

§ 1º - o funcionário deverá requerer a concessão da licença de que trata o “caput” deste artigo junto ao órgão de origem.

§ 2º - Concluído o procedimento de que trata o “caput” deste artigo caberá ao órgão médico oficial a decisão.

§ 3º - o procedimento para a comprovação do acidente de que trata este artigo deverá ser cumprido pelo órgão de origem do funcionário, ainda que não venha a ser objeto de licença.” (NR);

k) o artigo 199:

“Artigo 199 - o funcionário poderá obter licença, por motivo de doença do cônjuge e de parentes até segundo grau.

§ 1.º - Provar-se-á a doença em inspeção médica na forma prevista no artigo 193.

§ 2.º - a licença de que trata este artigo será concedida com vencimentos ou remuneração até 1 (um) mês e com os seguintes descontos:

1 - de 1/3 (um terço), quando exceder a 1 (um) mês até 3 (três);

2 - 2/3 (dois terços), quando exceder a 3 (três) até 6 (seis);

3 - sem vencimento ou remuneração do sétimo ao vigésimo mês.

§ 3.º - para os efeitos do § 2º deste artigo, serão somadas as licenças concedidas durante o período de 20 (vinte) meses, contado da primeira concessão.” (NR);

III - o artigo 202 da Lei Complementar nº 180, de 12 de maio de 1978:

“Artigo 202 - Os exames médicos previstos na legislação serão realizados por órgãos ou entidades oficiais, bem como por instituições médicas que mantenham convênios com a Administração direta ou indireta, na forma estabelecida em decreto, especialmente para fins de:

I - ingresso no serviço público em cargo efetivo;

II - concessão de licença:

a) para a gestante;

b) para tratamento de saúde, por acidente ou doença profissional e por motivo de doença em pessoa da família;

III - isenções de imposto de renda e descontos previdenciários.

Parágrafo único - na ausência de órgãos ou entidades oficiais regionalizados ou de instituições conveniadas, fica o Poder Público autorizado a credenciar profissionais para a realização, nos termos da lei, de perícias e exames médicos, na forma e limites a serem estabelecidos em decreto.” (NR);

IV - o artigo 51 da Lei Complementar nº 207, de 5 de janeiro de 1979, com redação dada pelo artigo 7º da Lei Complementar nº 1.012, de 5 de julho de 2007:

“Artigo 51 - ao cônjuge, companheiro ou companheira ou, na falta destes, à pessoa que provar ter feito despesas em virtude do falecimento do policial civil, ativo ou inativo, será concedido auxílio-funeral, a título de benefício assistencial, de valor correspondente a 1 (um) mês da respectiva remuneração.

§ 1º - o pagamento será efetuado pelo órgão competente, mediante apresentação de atestado de óbito pelas pessoas indicadas no ‘caput’ deste artigo, ou procurador legalmente habilitado, feita a prova de identidade.

§ 2º - no caso de ficar comprovado, por meio de competente apuração que o óbito do policial civil decorreu de lesões recebidas no exercício de suas funções ou doenças delas decorrentes, o benefício será acrescido do valor correspondente a mais 1 (um)

mês da respectiva remuneração, cujo pagamento será efetivado mediante apresentação de alvará judicial.

§ 3º - o pagamento do benefício previsto neste artigo, caso as despesas tenham sido custeadas por terceiros, em virtude da contratação de planos funerários, somente será efetivado mediante apresentação de alvará judicial.” (NR);

V - o artigo 6º da Lei Complementar nº 1.013, de 6 de julho de 2007:

“Artigo 6º - ao cônjuge, companheiro ou companheira ou, na falta destes, à pessoa que provar ter feito despesas em virtude do falecimento do policial militar do serviço ativo, do agregado percebendo vencimentos, do licenciado, da reserva remunerada ou do reformado, será concedido auxílio-funeral, a título de benefício assistencial, de valor correspondente a 1 (um) mês da respectiva remuneração.

§ 1º - o pagamento será efetuado pelo órgão competente, mediante apresentação de atestado de óbito pelas pessoas indicadas no ‘caput’ deste artigo, ou procurador legalmente habilitado, feita a prova de identidade.

§ 2º - no caso de ficar comprovado, por meio de competente apuração, que o óbito do militar decorreu de lesões recebidas no exercício da função policial, o benefício será acrescido do valor correspondente a mais 1 (um) mês da respectiva remuneração, cujo pagamento será efetivado mediante apresentação de alvará judicial.

§ 3º - o pagamento do benefício previsto neste artigo, caso as despesas tenham sido custeadas por terceiros, em virtude da contratação de planos funerários, somente será efetivado mediante apresentação de alvará judicial.”(NR);

VI - da Lei Complementar nº 1.034, de 4 de janeiro de 2008:

a) o “caput” do artigo 8º:

“Artigo 8º - o ingresso nas carreiras instituídas pelo artigo 1º desta lei complementar dar-se-á na classe inicial, mediante concurso público, realizado em 3 (três) etapas sucessivas, constituídas, respectivamente, de provas, títulos e curso específico de formação, sendo as 1ª e 3ª etapas em caráter eliminatório e a 2ª etapa classificatória, de acordo com os critérios estabelecidos na instrução especial que rege o concurso.” (NR);

b) o artigo 11:

“Artigo 11 - Durante o período de estágio probatório, o Especialista em Políticas Públicas I e o Analista em Planejamento, Orçamento e Finanças Públicas I não poderão ser afastados ou licenciados do seu cargo, exceto:

I - nas hipóteses previstas nos artigos 6º e 7º desta lei complementar;

II - nas hipóteses previstas nos artigos 69, 72, 75 e 181, incisos I a V, VII e VIII, da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968;

III - para participação em curso específico de formação decorrente de aprovação em concurso público para outro cargo na Administração Pública Estadual;

IV - quando nomeado ou designado para o exercício de cargo em comissão ou função em confiança no âmbito do órgão ou entidade em que estiver lotado;

V - quando nomeado para o exercício de cargo em comissão em órgão diverso da sua lotação de origem;

VI - nas hipóteses previstas nos artigos 65 e 66 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, somente quando nomeado ou designado para o exercício de cargo em comissão ou função em confiança.

Parágrafo único - Fica suspensa, para efeito de estágio probatório, a contagem de tempo dos períodos de afastamentos referidos neste artigo, excetuadas as hipóteses previstas em seus incisos I e IV, bem como nos artigos 69 e 75 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968.” (NR);

c) o § 2º do artigo 17:

“Artigo 17 -

§ 2º - Poderão ser beneficiados com a promoção até 20% (vinte por cento) do contingente integrante do Nível 2 de cada classe da carreira de Especialista em Políticas Públicas e de Analista em Planejamento, Orçamento e Finanças Públicas, do respectivo Quadro, existente na data de abertura de cada processo.” (NR);

d) o inciso V do artigo 18:

“Artigo 18 -

V - afastamento nos termos dos artigos 78, 79 e 80 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968;” (NR).

VII - da Lei Complementar nº 1.059, de 18 de setembro de 2008, o § 3º do artigo 24:

“Artigo 24 -

§ 3º - Interromper-se-á o interstício quando o servidor estiver afastado de seu cargo para ter exercício em outro cargo, função-atividade ou função de natureza diversa, exceto quando se tratar de:

- 1 - nomeação para cargo de provimento em comissão na Secretaria da Fazenda;
- 2 - designação como substituto ou para responder por cargo vago de provimento em comissão na Secretaria da Fazenda;
- 3 - designação para função de serviço público retribuída mediante ‘pro labore’, nos termos do artigo 28 da Lei nº 10.168, de 10 de julho de 1968, na Secretaria da Fazenda;
- 4 - afastamento nos termos do § 1º do artigo 125 da Constituição do Estado;
- 5 - afastamento, sem prejuízo dos vencimentos, nos termos dos artigos 68 e 69 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968;
- 6 - afastamento nos termos dos artigos 78, 79 e 80 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968;
- 7 - afastamento nos termos do inciso XIX do artigo 7º da Constituição Federal;

8 - afastamento nos termos da Lei Complementar nº 367, de 14 de dezembro de 1984.” (NR);

VIII - da Lei Complementar nº 1.080, de 17 de dezembro de 2008:

a) o § 2º do artigo 7º:

“Artigo 7º -

§ 2º - a avaliação será promovida semestralmente pelo órgão setorial de recursos humanos, com base em critérios estabelecidos em decreto.” (NR);

b) o artigo 9º:

“Artigo 9º - Durante o período de estágio probatório, o servidor não poderá ser afastado ou licenciado do seu cargo, exceto:

I - nas hipóteses previstas nos artigos 69, 72, 75 e 181, incisos I a V, VII e VIII, da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968;

II - para participação em curso específico de formação decorrente de aprovação em concurso público para outro cargo na Administração Pública Estadual;

III - quando nomeado ou designado para o exercício de cargo em comissão ou função em confiança no âmbito do órgão ou entidade em que estiver lotado;

IV - quando nomeado para o exercício de cargo em comissão em órgão diverso da sua lotação de origem;

V - nas hipóteses previstas nos artigos 65 e 66 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, somente quando nomeado ou designado para o exercício de cargo em comissão ou função em confiança.

Parágrafo único - Fica suspensa, para efeito de estágio probatório, a contagem de tempo dos períodos de afastamentos referidos neste artigo, excetuadas as hipóteses previstas em seu inciso III, bem como nos artigos 69 e 75 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968.” (NR);

c) o artigo 19º:

“Artigo 19 - o servidor que fizer uso da opção prevista no artigo 15, quando nomeado para cargo em comissão ou designado para o exercício de função-atividade em confiança abrangidos por esta lei complementar, fará jus à percepção de gratificação ‘pro labore’, calculada mediante a aplicação do percentual de 15% (quinze por cento) sobre o valor da referência desse cargo ou função-atividade, acrescido do valor da Gratificação Executiva correspondente.” (NR);

d) o artigo 6º das Disposições Transitórias:

“Artigo 6º - o cálculo da pensão mensal devida aos beneficiários dos servidores que eram titulares de cargos de Ascensorista, Delegado Regional, Diretor Técnico de Departamento, Inspetor (Agências) e Técnico de Pessoal, pertencentes aos Quadros Especiais instituídos pelo artigo 7º da Lei nº 10.430, de 16 de dezembro de 1971, pelo

inciso I do artigo 1º do Decreto nº 24.960, de 10 de abril de 1986, pelo artigo 3º da Lei nº 6.470, de 15 de junho de 1989, e à Parte Especial do Quadro da ex-autarquia Instituto de Pesquisas Tecnológicas - IPT, far-se-á, a partir da data da vigência desta lei complementar, respectivamente, com base nas referências correspondentes aos cargos de Auxiliar de Serviços Gerais, Diretor Técnico I, Diretor Técnico III, Chefe I e Analista Administrativo, enquadrados nas Escalas de Vencimentos instituídas pelo artigo 12 desta lei complementar.” (NR).

Artigo 2.º - Os dispositivos adiante relacionados ficam acrescentados na seguinte conformidade:

I - dispositivos da Lei Complementar nº 1.059, de 18 de setembro de 2008:

a) o § 6º, com a redação que segue, no artigo 39 da Lei Complementar nº 1.059, de 18 de setembro de 2008:

“Artigo 39 -

§ 6º - para fins de determinação do valor da pensão mensal decorrente do falecimento do Agente Fiscal de Rendas em atividade, aplicar-se-á o disposto nos §§ 1º a 5º deste artigo.” (NR);

b) inclua-se o artigo 9º nas Disposições Transitórias da Lei Complementar nº 1.059, de 18 de setembro de 2008:

“Artigo 9º - Os agentes Fiscais de Rendas afastados sem prejuízo dos vencimentos, nos termos dos artigos 65 e 66 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, até 30 de setembro de 2008, terão as vantagens a que se referem os artigos 7º e 11 da Lei Complementar nº 567, de 20 de julho de 1988, consideradas para todos os fins, inclusive de incorporação nos termos do artigo 133 da Constituição Estadual e da Lei Complementar nº 924, de 16 de agosto de 2002.” (NR);

II - o artigo 2º-A, com a redação que se segue, no Capítulo V, Disposições Transitórias, da Lei Complementar nº 1.080, de 17 de dezembro de 2008:

“Artigo 2º-A - no primeiro processo de progressão a ser realizado no exercício de 2009, observado o disposto no artigo 23 desta lei complementar, o servidor poderá concorrer a grau imediatamente superior àquele em que foi enquadrado o cargo de que é titular ou a função-atividade de que é ocupante, desde que contasse, em 30 de setembro de 2008, tempo de efetivo exercício superior a 3 (três) anos, no mesmo cargo ou função-atividade, bem como obtenha resultado positivo no processo anual de avaliação.” (NR)

Artigo 3.º - As classes de Controlador de Pagamento de Pessoal I a IV e de Controlador de Pagamento de Pessoal Chefe, enquadradas na Escala de Vencimentos - Comissão, de que trata o inciso III do artigo 7º da Lei Complementar nº 700, de 15 de dezembro de 1992, do Quadro da Secretaria da Fazenda e das Autarquias,

ficam com as denominações alteradas, respectivamente, para Assistente de Administração e Controle do Erário I a IV e Assistente de Administração e Controle do Erário Chefe.

Parágrafo único - Os títulos dos servidores abrangidos por este artigo serão apostilados pela autoridade competente.

Artigo 4.º - a classe de Técnico de Apoio à Arrecadação Tributária, enquadrada na Escala de Vencimentos - Nível Intermediário, de que trata o inciso I do artigo 7º da Lei Complementar nº 700, de 15 de dezembro de 1992, do Quadro da Secretaria da Fazenda, fica com a denominação alterada para Técnico da Fazenda Estadual - TEFE.

§ 1.º - Aos integrantes da classe a que se refere este artigo cabe a prestação de apoio técnico e administrativo às atividades relacionadas à administração fazendária, no âmbito da Secretaria da Fazenda.

§ 2.º - Os títulos dos servidores abrangidos por este artigo serão apostilados pela autoridade competente.

Artigo 5.º - Os Anexos XIV, XV e XVIII da Lei Complementar nº 1.080, de 17 de dezembro de 2008, ficam substituídos, respectivamente, pelos Anexos I, II e III, que fazem parte integrante desta lei complementar.

Artigo 6.º - o disposto no artigo 168 da Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968, com a redação dada pelo inciso II do artigo 1º desta lei complementar, aplica-se, no que couber, aos servidores titulares de cargos efetivos da Administração direta e indireta, inclusive autarquias de regime especial, da Defensoria Pública e seus membros, da Assembleia Legislativa, do Tribunal de Contas e seus membros, do Poder Judiciário e seus membros e do Ministério Público e seus membros.

Artigo 7.º - Os recursos arrecadados nos termos do artigo 1º da Lei Complementar nº 954, de 31 de dezembro de 2003, dos servidores que recebem complementação de aposentadoria e pensão, serão classificados como receitas no orçamento do Estado, destinados ao custeio dos respectivos benefícios.

Artigo 8.º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei complementar correrão à conta das dotações próprias consignadas no orçamento vigente.

Artigo 9º - Esta lei complementar entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos, em relação ao inciso VIII do artigo 1º, ao artigo 2º e ao artigo 5º, a 1º de outubro de 2008 e, em relação ao artigo 7º, a 1º de outubro de 2007, ficando revogados:

I - os artigos 186, 188 e 189 da Lei nº 10.261, e 28 de outubro de 1968;

II - a Lei Complementar nº 157, de 13 de julho de 1977.

Palácio dos Bandeirantes, em 1º de julho de 2010.

ALBERTO GOLDMAN

Marcos Antonio Monteiro

Secretário de Gestão Pública

Mauro Ricardo Machado Costa

Secretário da Fazenda

Francisco Vidal Luna

Secretário de Economia e Planejamento

Luiz Antônio Guimarães Marrey

Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, em 1º de julho de 2010.

Decreto nº 52.968, de 7 de julho de 1972 de São Paulo

Artigo 1.º - A readaptação verificar-se-á sempre que ocorra modificação do estado físico ou mental do funcionário que venha a alterar sua capacidade para o trabalho.

Artigo 2.º - Nos casos em que a modificação a que se refere o artigo anterior resultar em contra-indicação para o desempenho de todas as tarefas do cargo, a readaptação será feita mediante transferência para cargo de classe diferente mas de igual padrão de vencimentos ou de igual remuneração.

Artigo 3.º - Dos casos em que a contra-indicação se verificar apenas para algumas tarefas do cargo ou com relação a certas condições ou ambientes de trabalho, a readaptação será feita pela designação de novas tarefas ou pela mudança para setor de trabalho onde as deficiências verificadas não tenham influência.

Artigo 4.º - Nos casos em que o Departamento Médico do Serviço Civil do Estado (D.M.S.C.E.), julgar necessário, o funcionário deverá ser submetido a um programa de reabilitação que o conduza ao trabalho primitivo ou a um outro adequado à sua condição.

§ 1.º - Enquanto perdurarem as condições deste artigo deverão ser concedidas ao funcionário facilidade de horário e distribuição de trabalho que lhe permitam conciliar a permanência em exercício com o tratamento prescrito, ficando sujeito à comprovação de que está sendo submetido a esse tratamento.

§ 2.º - Terminado o tratamento a que se refere este artigo deverá o funcionário submeter-se a nova inspeção no D.M.S.C.E. e, de acordo com conclusão do laudo médico, retomar às tarefas do cargo ou ser definitivamente readaptado.

Artigo 5.º - A readaptação poderá ser sugerida:

I - por qualquer autoridade, relativamente aos seus subordinados, justificando a medida,
II - pelo D.M.S.C.E. quando, através de inspeção de saúde para fins de licença ou aposentadoria, constatar a ocorrência das condições previstas no artigo 1.º deste decreto.

Artigo 6.º - Realizados os exames requeridos para a necessária caracterização das condições físicas e mentais do readaptando, prevalecendo as condições referidas no artigo 1.º, o D.M.S.C.E. enviará a Comissão Especial de Readaptação, (CER) criada no artigo 16 deste decreto, laudo médico especificando as condições de trabalho ou atividades contra-indicadas para o funcionário.

Artigo 7.º - A CER procederá a todos os estudos necessários a fim de apresentar a melhor solução para cada caso da espécie.

Artigo 8.º - Enquanto se processarem os estudos determinados no artigo anterior, o readaptando ficará à disposição dos Grupos de trabalho de Readaptação (G.T.R.), cuja criação é proposta no artigo 21 deste decreto.

Artigo 9.º - Nos casos em que a readaptação possa ser feita na forma definida no artigo

3.º deste decreto a CER entrará em entendimento com o G.T.R. da Secretaria interessada, para orientar as novas tarefas e locais de trabalho.

Artigo 10 - Nos casos em que se recomendar a readaptação por transferência para outro cargo, serão realizadas, pela Divisão de Seleção e Aperfeiçoamento do DAPE as provas de habilitação julgadas necessárias.

Artigo 11 - Sempre que for possível a readaptação em mais de um cargo, terá o funcionário direito de opção devendo manifestar-se no prazo até 30 (trinta dias) a contar da data em que for consultado.

Artigo 12 - A readaptação por transferência será precedida até um período experimental de trabalho do readaptando em cargo que for indicado, no órgão de lotação ou em outro da Administração, pelo prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias prorrogável a critério da CER.

Parágrafo 1.º - Para efeito deste artigo, quando necessário, será o funcionário colocado a disposição do órgão recomendado pela CER.

Parágrafo 2.º - Compete aos Secretários de Estado autorizar a medida prevista no parágrafo anterior.

Artigo 13 - Terminado o prazo previsto no artigo anterior, a CER manifestar-se-á sobre a conveniência ou não de se proceder a readaptação em caráter definitivo

Artigo 14 - A transferência poderá ser feita para cargo da mesma Secretaria ou de Secretaria onde houver cargo vago. Neste último caso, deverá ser previamente consultado o titular da Secretaria a que pertencer o cargo.

Artigo 15 - Feita a indicação do cargo, a CER submeterá a proposta de transferência a aprovação do Governador do Estado, sendo, em seguida, o expediente encaminhado à Secretaria ou órgão a que pertence o cargo para a lavratura do necessário decreto.

Artigo 16 - Fica criada, diretamente subordinada à Coordenadoria de Administração de Pessoal (CAP), a Comissão Especial de Readaptação (CER), encarregada do processamento da readaptação dos serviços civis do Estado.

Artigo 17 - A CER será presidida pelo Coordenador de Administração de Pessoal tendo como membros:

I - um representante no Departamento Médico do Serviço Civil do Estado (D.M.S.C.E.);

II - um representante da Seção de Planejamento de Provas (S.PP) da Divisão de Seleção e Aperfeiçoamento (D.S.A.), no Departamento de Administração de Pessoal, do Estado (DAPE);

III - um representante dos Cursos de Aperfeiçoamento da Divisão de Seleção e Aperfeiçoamento do DAPE;

IV - um representante do Conselho Estadual de Política Salarial (CEPS);

V - um Procurador do Estado, indicado pela Procuradoria Geral do Estado.

Artigo 18 - Além dos membros a que se refere o artigo anterior, participarão da CER representantes dos órgãos da Administração direta e indireta a que pertençam os re-adaptandos.

Parágrafo único - Para fins do disposto neste artigo, os Secretários de Estado e dirigentes de órgãos autônomos indicarão ao Presidente da CER os nomes dos respectivos representantes e seus suplentes.

Artigo 19 - Os representantes das Secretarias serão convocados pelo Presidente da CER sempre que houver necessidade de sua colaboração.

Artigo 20 - O Presidente da CER baixará regulamento disciplinando as atividades da Comissão, bem como dispondendo de seus serviços de apoio.

Artigo 21 - Ficam criados em cada Secretaria de Estado ou órgão autônomo um ou mais Grupos de Trabalho de Readaptação (G.T.R.) diretamente subordinados ao respectivo Secretário de Estado aos quais cumprirá a execução das tarefas relativas à readaptação, no âmbito da Pasta.

Parágrafo único - Caberá aos representantes das Secretarias junto à CER a coordenação dos G.T.R, a que se refere este artigo.

Artigo 22 - Os casos omissos deste decreto serão resolvidos pela CER.

Artigo 23 - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 7 de julho de 1972.

LAUDO NATEL

Ciro Albuquerque, Secretário do Trabalho e Administração Publicado na Casa Civil, aos 7 de julho de 1972.

Lei Complementar Nº 683, de 18 de setembro de 1992

Dispõe sobre reserva, nos concursos públicos, de percentual de cargos e empregos para portadores de deficiência e dá providências correlatas.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

Artigo 1º - O provimento de cargos e empregos públicos, nos órgãos e entidades da administração direta, indireta e fundacional, obedecido o princípio do concurso público de provas ou de provas e títulos, far-se-á com reserva do percentual de até 5% (cinco por cento) para pessoas portadoras de deficiência.

§ 1º - Para gozar dos benefícios desta lei complementar, os portadores de deficiência deverão declarar, no ato da inscrição ao concurso público, o grau de incapacidade que apresentam.

§ 2º - O órgão responsável pela realização do concurso público garantirá aos portadores de deficiência as condições especiais necessárias à sua participação nas provas.

§ 3º - As frações decorrentes do cálculo do percentual de que trata este artigo só serão arredondadas para o número inteiro subsequente quando maiores ou iguais a 5 (cinco).

Artigo 2º - Os portadores de deficiência participarão dos concursos públicos em igualdade de condições com os demais candidatos, no que respeita ao conteúdo e à avaliação das provas.

§ 1º - Após o julgamento das provas, serão elaboradas duas listas, uma geral, com a relação de todos os candidatos aprovados, e uma especial, com a relação dos portadores de deficiências aprovados.

§ 2º - As vagas, reservadas nos termos do artigo 1º desta lei complementar, ficarão liberadas se não tiver ocorrido inscrição, no concurso, ou aprovação de candidatos portadores de deficiência.

§ 3º - Na hipótese prevista no parágrafo anterior, será elaborada somente uma lista de classificação geral, prosseguindo o concurso nos seus ulteriores termos.

Artigo 3º - No prazo de 5 (cinco) dias contados da publicação das listas de classificação, os portadores de deficiência aprovados deverão submeter-se à perícia médica, para verificação da compatibilidade de sua deficiência com o exercício das atribuições do cargo ou emprego.

§ 1º - A perícia será realizada no órgão médico oficial do Estado, por especialista na área de deficiência de cada candidato, devendo o laudo ser proferido no prazo de 5 (cinco) dias contados do respectivo exame.

§ 2º - Quando a perícia concluir pela inaptidão do candidato, constituir-se-á, no prazo de 5 (cinco) dias, junta médica para nova inspeção, da qual poderá participar profissional indicado pelo interessado.

§ 3º - A indicação de profissional pelo interessado deverá ser feita no prazo de 5 (cinco) dias contados da ciência do laudo referido no § 1º.

§ 4º - A junta médica deverá apresentar conclusão no prazo de 5 (cinco) dias contados da realização do exame.

§ 5º - Não caberá qualquer recurso da decisão proferida pela junta médica.

Artigo 4º - O concurso só poderá ser homologado depois da realização dos exames mencionados no artigo anterior, publicando-se as listas geral e especial, das quais serão excluídos os portadores de deficiência considerados inaptos na inspeção médica.

Artigo 5º - Os editais de concurso a serem publicados a partir da vigência desta lei complementar conterão os elementos necessários ao conhecimento do que nela se contém, sob pena de nulidade.

Artigo 6º - Esta lei complementar e sua Disposição Transitória entrarão em vigor na data de sua publicação.

Disposição Transitória

Artigo Único – Esta lei complementar não se aplica aos concursos cujos editais tenham sido publicados anteriormente à sua vigência.

Palácio dos Bandeirantes, 18 de setembro de 1992.

LUIZ ANTONIO FLEURY FILHO

José Roberto Fanganiello Melhem

Respondendo pelo expediente da Secretaria

da Administração e Modernização do Serviço Público

Cláudio Ferraz de Alvarenga

Secretário do Governo

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 18 de setembro de 1992.

Lei Complementar Nº 932, de 8 de novembro de 2002

(Projeto de lei Complementar n. 18/2000, do deputado Rafael Silva - PDT)
Acréscima o § 4.º aos artigos 1.º e 2.º da Lei Complementar n. 683, de 18 de setembro de 1992, que dispõe sobre reserva, nos concursos públicos, de percentual de cargos e empregos para portadores de deficiência.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei complementar:

Artigo 1.º - Vetado.

Artigo 2.º - O artigo 1.º da Lei Complementar n.º 683, de 18 de setembro de 1992, fica acrescido do seguinte parágrafo:

“Artigo 1.º -

§ 4.º - Mesmo que o percentual não atinja o decimal de 0,5 (cinco décimos), quando o concurso indicar a existência de cinco a dez vagas, uma delas deverá ser preenchida obrigatoriamente por pessoa portadora de deficiência.”

Artigo 3.º - O artigo 2.º da Lei Complementar n.º 683, de 18 de setembro de 1992, fica acrescido do seguinte parágrafo:

“Artigo 2.º -

§ 4.º - O tempo para a realização de provas a que serão submetidos os deficientes deverá ser diferente daquele previsto para os candidatos considerados normais, levando-se em conta o grau de dificuldade para a leitura e escrita em Braille, bem como o grau de dificuldade provocado por outras modalidades de deficiência.”

Artigo 4.º - O Poder Executivo regulamentará a presente lei complementar no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Artigo 5.º - Esta lei complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 8 de novembro de 2002.

GERALDO ALCKMIN

Rubens Lara Secretário-Chefe da Casa Civil

Dalmo Nogueira Filho Secretário do Governo e Gestão Estratégica

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 8 de novembro de 2002

Resolução CREMESP N° 126, 17 de outubro de 2005

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no uso das atribuições conferidas pela Lei n°. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO o disposto no Decreto n°. 20.931/32;

CONSIDERANDO que a perícia médica caracteriza-se como ato médico por exigir conhecimento técnico pleno e integrado da profissão; sendo atividade médica legal responsável pela produção da prova técnica em procedimentos administrativos e ou em processos judiciais e que deve ser realizada por médico regularmente habilitado;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar e fiscalizar os atos médicos praticados pelos serviços de perícia médica;

CONSIDERANDO a necessidade de evitar conflitos entre as diversas áreas de atuação ou especialidades médicas envolvidas nos processos médico-periciais;

CONSIDERANDO que o médico investido na função de perito encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Processo Civil, Código de Processo Penal e Código Penal Brasileiro, e, em especial, no Código de Ética Médica, além da legislação específica do processo em que atua;

CONSIDERANDO que o profissional que faltar com a verdade nos atos médicos atestados causando prejuízos às empresas, ao governo ou a terceiros está sujeito às penas da lei;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n°. 1.658/2002, que atribui ao médico da empresa, ou órgão público, ao médico do trabalho e ao médico perito, na forma da legislação específica, realizar o exame do trabalhador para a avaliação da incapacidade laborativa que justifique o abono de faltas e o gozo de seus direitos;

CONSIDERANDO que compete ao médico, qualquer que seja sua especialidade, quando do atendimento ao paciente, realizar diagnóstico, prescrever o tratamento, fazer prognóstico da evolução clínica, orientar e acompanhar o seu paciente, sendo defeso manifestações de natureza legal, tendo claro que é atribuição do perito determinar a aptidão e tempo de afastamento para fins do benefício;

CONSIDERANDO que compete ao médico do trabalho, quando no exercício desta função, realizar o diagnóstico da doença ocupacional, do trabalho ou profissional, promover a correção dos fatores desencadeantes, zelar pela saúde do trabalhador, observando a adequação do trabalho ao homem e deste ao trabalho, identificando e intervindo

nos fatores de risco à saúde nestes locais, aprimorando a sua atuação preventiva e afastando o trabalhador da exposição aos riscos ou até do trabalho, quando indicado; CONSIDERANDO que o médico é dito perito oficial quando é investido em cargo ou função pública e realiza perícia médica, por dever legal, agindo de acordo com a lei e as normas da instituição a que pertença;

CONSIDERANDO que o médico é dito perito judicial ou louvado quando nomeado, respectivamente, pelo Juízo ou por autoridade competente, para atuar como perito de confiança em processo judicial e/ou procedimento administrativo;

CONSIDERANDO que o médico é dito assistente técnico quando contratado pela parte para atuar como perito de sua confiança em processo judicial e/ou procedimento administrativo;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária realizada em 31/10/2005;

RESOLVE:

Art. 1º - Perito médico é a designação genérica de quem atua na área médica legal, realizando exame de natureza médica em procedimentos administrativos, e processos judiciais, securitários ou previdenciários; atribuindo-se esta designação ao médico investido por força de cargo/função pública, ou nomeação judicial ou administrativa, ou ainda por contratação como assistente técnico das partes.

Art. 2º - As causas de impedimentos e suspeição aplicáveis aos auxiliares da Justiça se aplicam plenamente aos peritos médicos.

§ 1º - É vedado ao médico do trabalho de empresa/instituição atuar como perito ou assistente técnico em processo judicial ou procedimento administrativo envolvendo empregado/funcionário ou ex-empregado/funcionário da mesma empresa.

§ 2º - É vedado ao médico, qualquer que seja a especialidade, atuar como perito em face de servidores da mesma instituição e mesmo local de trabalho, exceto se compuser corpo de peritos exclusivos para esta função ou na função de assistente técnico.

§ 3º - Constitui infração ética expressa no art. 120 do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1.246/88, o médico ser perito ou assistente técnico em processo judicial ou procedimento administrativo, envolvendo seu paciente ou ex-paciente.

Art. 3º - Na formação de sua opinião técnica, o médico investido na função de perito não fica restrito aos relatórios elaborados pelo médico assistente do periciando. Deverá, todavia, abster-se de emitir juízo de valor acerca de conduta médica do colega, incluindo diagnósticos e procedimentos terapêuticos realizados ou indicados, na presença do periciando, devendo registrá-la no laudo ou relatório.

Parágrafo Único - O médico, na função de perito, deve respeitar a liberdade e independência de atuação dos profissionais de saúde sem, todavia, permitir a invasão de com-

petência da sua atividade, não se obrigando a acatar sugestões ou recomendações sobre a matéria em discussão no processo judicial ou procedimento administrativo.

Art. 4º - O exame médico pericial deve ser pautado pelos ditames éticos da profissão, levando-se em conta que a relação perito/periciando não se estabelece nos mesmos termos da relação médico/paciente.

§ 1º - É vedado ao médico, na função de perito, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, fora do procedimento administrativo e processo judicial, devendo manter sigilo pericial, restringindo as suas observações e conclusões ao laudo pericial, exceto por solicitação da autoridade competente.

§ 2º - É vedado ao médico, na função de perito, modificar procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos, salvo em situação de indiscutível perigo de vida ou perda de função fisiológica, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente, devendo ainda declarar-se suspeito a partir deste momento.

Art. 5º - O médico na função de perito não deve aceitar qualquer tipo de constrangimento, coação, pressão, imposição ou restrição que possam influir no desempenho de sua atividade, que deve ser realizada com absoluta isenção, imparcialidade e autonomia, podendo recusar-se a prosseguir no exame e fazendo constar no laudo o motivo de sua decisão.

Art. 6º - O médico, na função de perito ou assistente técnico, tem o direito de examinar e copiar a documentação médica do periciando, necessária para o seu mister, obrigando-se a manter sigilo profissional absoluto com relação aos dados não relacionados com o objeto da perícia médico legal.

§ 1º - Poderá o médico investido nestas funções solicitar ao médico assistente, as informações e os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

§ 2º - O diretor técnico ou diretor clínico e o médico responsável por Serviços de Saúde, públicos ou privados, devem garantir ao médico perito e ao assistente técnico todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários, inclusive deles obter cópias, desde que com a anuência do periciando ou seu representante legal.

Art. 7º - O assistente técnico tem o direito de estar presente e participar de todos os atos periciais.

§ 1º - É dever do perito judicial e dos assistentes técnicos conferenciar e discutirem o caso sub judice, disponibilizando, um ao outro, todos os documentos sobre a matéria em discussão após o término dos procedimentos periciais e antes de protocolizarem os respectivos laudos ou pareceres.

§ 2º - É dever do perito comunicar aos assistentes técnicos, oficialmente, e com a antecedência mínima de 10 (dez) dias, a data, a hora e o local da realização de todos os procedimentos periciais.

Art. 8º - O atestado ou relatório médico solicitado ou autorizado pelo paciente ou representante legal, para fins de perícia médica, deve conter apenas informações sobre o diagnóstico, os exames complementares, a conduta terapêutica proposta e as consequências à saúde do seu paciente.

Art. 9º - O médico, na função de perito nomeado ou de assistente técnico, faz jus aos honorários periciais, que não devem ser vinculados ao resultado do processo judicial, procedimento administrativo e/ou ao valor da causa.

Art. 10 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, e revoga a Resolução CREMESP nº 122/2005.

São Paulo, 17 de outubro de 2005.

Dr. Isac Jorge Filho

Presidente

Aprovada na 3.389ª Sessão Plenária realizada em 31/10/2005.

Resolução CFM Nº 1.931, de 17 de setembro de 2009

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p.90-92
Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p.173 -
RETIFICAÇÃO

EM VIGOR A PARTIR DE 13-04-2010

REVOGA A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246, DE 08-01-1988

ALTERADA PELA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.997, DE 10-08-2012

Aprova o Código de Ética Médica.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto n.º 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis n.º 6.828, de 29 de outubro de 1980 e Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;

CONSIDERANDO as propostas formuladas ao longo dos anos de 2008 e 2009 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas Entidades Médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO as decisões da IV Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado.

CONSIDERANDO o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 29 de agosto de 2009;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 17 de setembro de 2009.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.

Art. 2º O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.

Art. 3º O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, publicada no Diário Oficial da União, no dia 26 de janeiro de 1988, Seção I, páginas 1574-1579, bem como as demais disposições em contrário.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO

Secretária-Geral

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

PREÂMBULO

I – O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da Medicina, impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

IV - A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com descrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da Medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.

VI - Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Capítulo I

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

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

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

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

Capítulo II

DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

I - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X- Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

Capítulo III

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Capítulo IV

DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desu-

manos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V

RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao

atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39 Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

Capítulo VI

DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

Capítulo VII

RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 48. Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 51. Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo VIII

REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62. Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67. Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

Capítulo IX

SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

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

Parágrafo único. Permanece essa proibição:

- a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido;
- b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento;
- c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exhibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresso consentimento do seu representante legal. (NOVA REDAÇÃO DADA PELA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.997, DE 10-08-2012)

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Capítulo X

DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

Capítulo XI

AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo XII

ENSINO E PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100. Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106. Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

Capítulo XIII

PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade. (VIDE RETIFICAÇÃO CONFORME DOU DE 13-10-2009)

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114. Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

Capítulo XIV

DISPOSIÇÕES GERAIS

I - O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

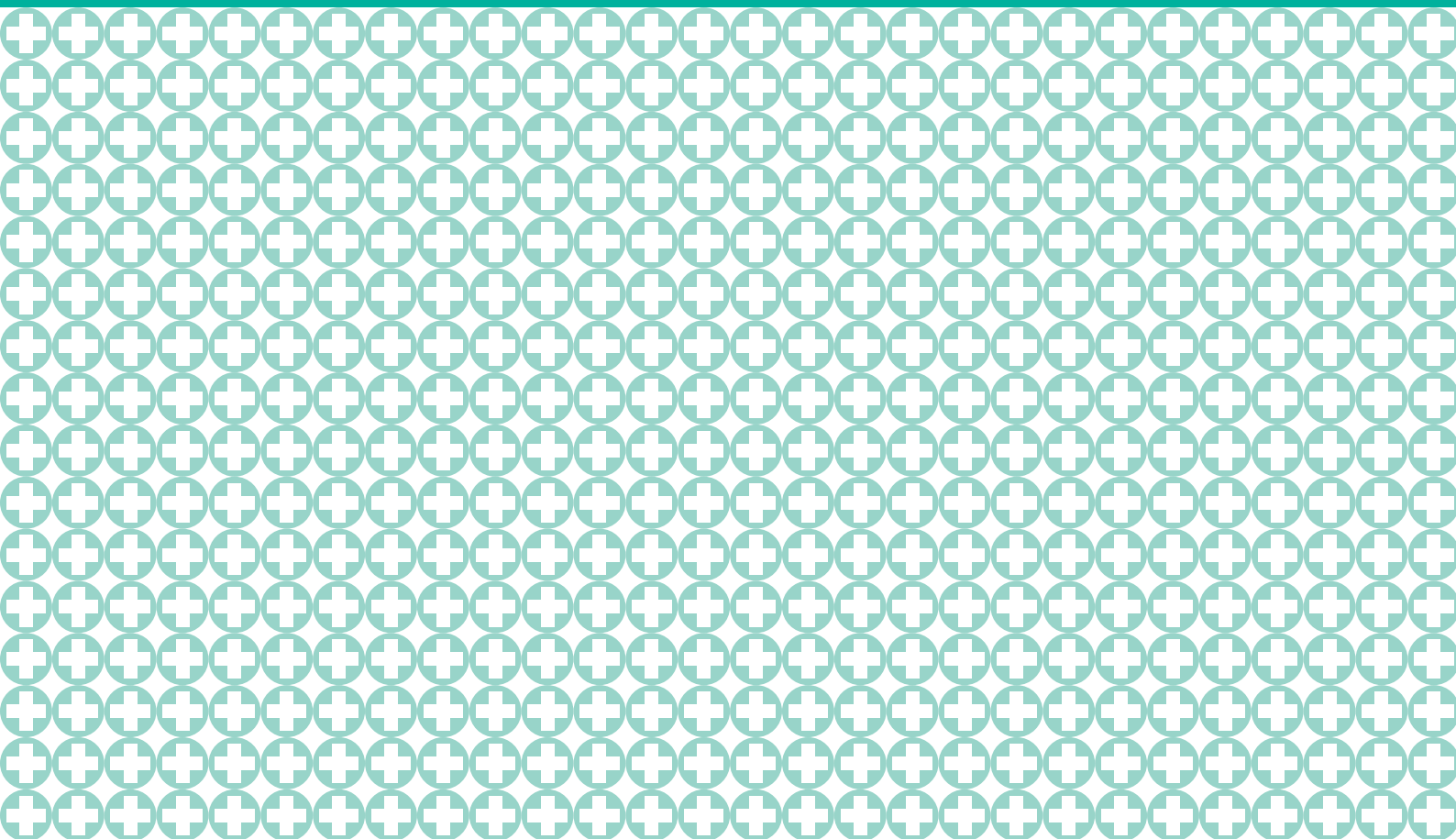
II - Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

III - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.

IV - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Anexos

Modelos



ANEXO I

SOLICITAÇÃO DE RECONSIDERAÇÃO

ILMO. SR. DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO

1. Identificação*

Eu _____
Ni _____ RG _____ CPF _____
Residente _____
Bairro _____ Cidade _____
Cep _____ exercendo o cargo de _____
Na Secretaria _____
Da Universidade _____
Do Tribunal de Justiça _____

2. Solicitei*

- () Licença saúde por _____ dias a partir de ____/____/____ a ____/____/____
() Reconsideração ao diretor do D.P.M.E no dia ____/____/____ Protocolo nº _____
() Retificação de licença no dia ____/____/____ Protocolo nº _____ () Publicação de licença
saúde no dia ____/____/____ Protocolo nº _____
() Reenq. da licença saúde em acidente trabalho dia ____/____/____ Protocolo nº _____

3. Tendo sido*

- () Negado por despacho publicado no DOE de: ____/____/____
() Concedido _____ dias por despacho publicado no DOE de: ____/____/____
() Prejudicado por falta ou não comparecimento no DOE de: ____/____/____
() Publicado incorretamente no DOE de ____/____/____
() Não foi publicado até o momento

4. Solicito*

- () Reconsideração de ____/____/____ a ____/____/____ Total de _____ dias
() Publicação de licença saúde do período de ____/____/____ a ____/____/____ Total de _____ dias
() Publicação da resposta ao meu pedido
() Convocação
() Retificação, o correto é ____/____/____ a ____/____/____ Total de _____ dias

5. Anexo os seguintes documentos*

6. Justificativa do pedido*

Consciente da justiça do meu pedido, aguardo pronunciamento.

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura

*Campos de preenchimento obrigatório

ANEXO II

RECURSO DE LICENÇA

Excelentíssimo Senhor Secretário de Gestão Pública

Nome:		
RG:	CPF:	NI:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	
Estado:	CEP:	
Cargo:		
Secretaria:		

Solicitei:

- () Licença para tratamento de saúde por ___ dias a partir de ___/___/___.
- () Licença por motivo de doença em pessoa da família por ___ dias a partir de ___/___/___.
- () Licença a servidora gestante a partir de ___/___/___.

Solicito RECURSO a Vossa Excelência contra o Parecer proferido em grau de reconsideração pelo Senhor Diretor do Departamento de Perícias Médicas do Estado, indeferido conforme despacho publicado no D.O.E. de ___/___/___.

Atenciosamente,

São Paulo, _____ de _____ de 20__.

Assinatura

* Todos os campos são de preenchimento obrigatório

ANEXO III

CENTRAL DE SAÚDE E PERÍCIAS MÉDICAS LAUDO PERICIAL PARA SOLICITAÇÃO DE JUNTA MÉDICA

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome:	RG nº
Data de nascimento	Data de ingresso:
Função atual:	
Lotação: Unidade:	

II – RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL

1 – Causa do afastamento do trabalho:

2 – História da doença atual que motivou o afastamento do trabalho:

3 – Antecedentes pessoais:

4 – Exames complementares:

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

_____, ____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do Médico Perito

ANEXO V

CENTRAL DE SAÚDE E PERÍCIAS MÉDICAS LAUDO DE READAPTAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome:	RG nº
Data de nascimento	Data de ingresso:
Função atual:	
Local:	
Unidade administrativa:	

CID X:

Limitação:
Rol das atividades a serem desenvolvidas:
Prazo da readaptação:
<input type="checkbox"/> Temporária – 2 anos, com reavaliação periódica.
<input type="checkbox"/> Permanente – reavaliação anual.

Data: _____, _____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do Médico

DECISÃO FINAL DO COORDENADOR:

- DEFIRO
- INDEFIRO
- NOVA PERÍCIA REGIONAL

Data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Coordenador

ANEXO VI

CENTRAL DE SAÚDE E PERÍCIAS MÉDICAS FICHA DE REAVALIAÇÃO DE READAPTAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome:	RG nº
Data de nascimento	Data de ingresso:
Órgão:	
Unidade administrativa:	
Motivo que originou a readaptação:	

II - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO (Chefia)

1. O readaptado está cumprindo o rol de atividades definido no Comitê de Apoio ao Servidor (CAS)?

() sim () não

Em caso de negativa, qual motivo:

2. Descreva as atividades que o readaptado passou a exercer.

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

() sim () não

Justifique:

4 - Foram acrescentadas outras atividades ao readaptado que não foram listadas no item 2? Quais são as atividades e a frequência delas?

5 - O readaptado está se adequando ao rol proposto?

() sim () não

Em caso negativo, o que foi feito para auxiliá-lo?

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

() sim () não

Em caso negativo, justifique:

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

() sim () não

Data: _____, _____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do superior imediato

Carimbo e assinatura do superior mediato

Assinatura do Servidor

III – ANAMNESE GERAL

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

2 – Atividades desempenhadas atualmente:

3 – Acompanhamento da patologia que originou a readaptação:

4 – Informações complementares (exames, consultas, fisioterapia, etc.):

5 – Exame físico e específico:

6 – Conclusão:

7 – Período de readaptação:

Data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor

Parecer do Médico:

Data: _____, _____ de _____ de _____.

Carimbo e assinatura do Médico

ANEXO VII

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
CENTRAL DE SAÚDE E PERÍCIAS MÉDICAS

Rua Treze de Maio, 1413 – Bela Vista – CEP 01327-001 – São Paulo–SP – Telefone: (11) 3866-1644

LAUDO APOSENTADORIA

Nome:

N.I:

Nasc.:

R.G:

CPF:

Secretaria:

Órgão:

Dependência:

Cargo/Função:

Cat. Funcional:

Cidade:

Data Inspeção:

CID:

Aposentado(a) a partir

Data da Publicação:

De acordo com o Decreto nº 58.032, de 10 de maio de 2012, alterado pelo Decreto nº 58.973 de 18 de maio de 2013, conforme as informações em epígrafe, a Central de Saúde e Perícias Médicas da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, através de junta médica abaixo assinada, para comprovar a invalidez permanente do(a) servidor(a) para qualquer cargo ou função, após inspeção regular e realização de diligências necessárias, conclui, por unanimidade, que o(a) examinado(a) apresenta incapacidade total e permanente para exercício de qualquer cargo ou função no serviço público. Portanto, este Departamento manifesta-se favorável à APOSENTADORIA POR INVALIDEZ PERMANENTE, nos termos do artigo 40, parágrafo 1º, inciso I da CF/88 e da lei 10.261/68-EFP a partir da data de publicação. A doença acima classificada, que gerou a aposentadoria, está incluída entre as classificadas no artigo 186, Lei Federal nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

Junta Médica.:

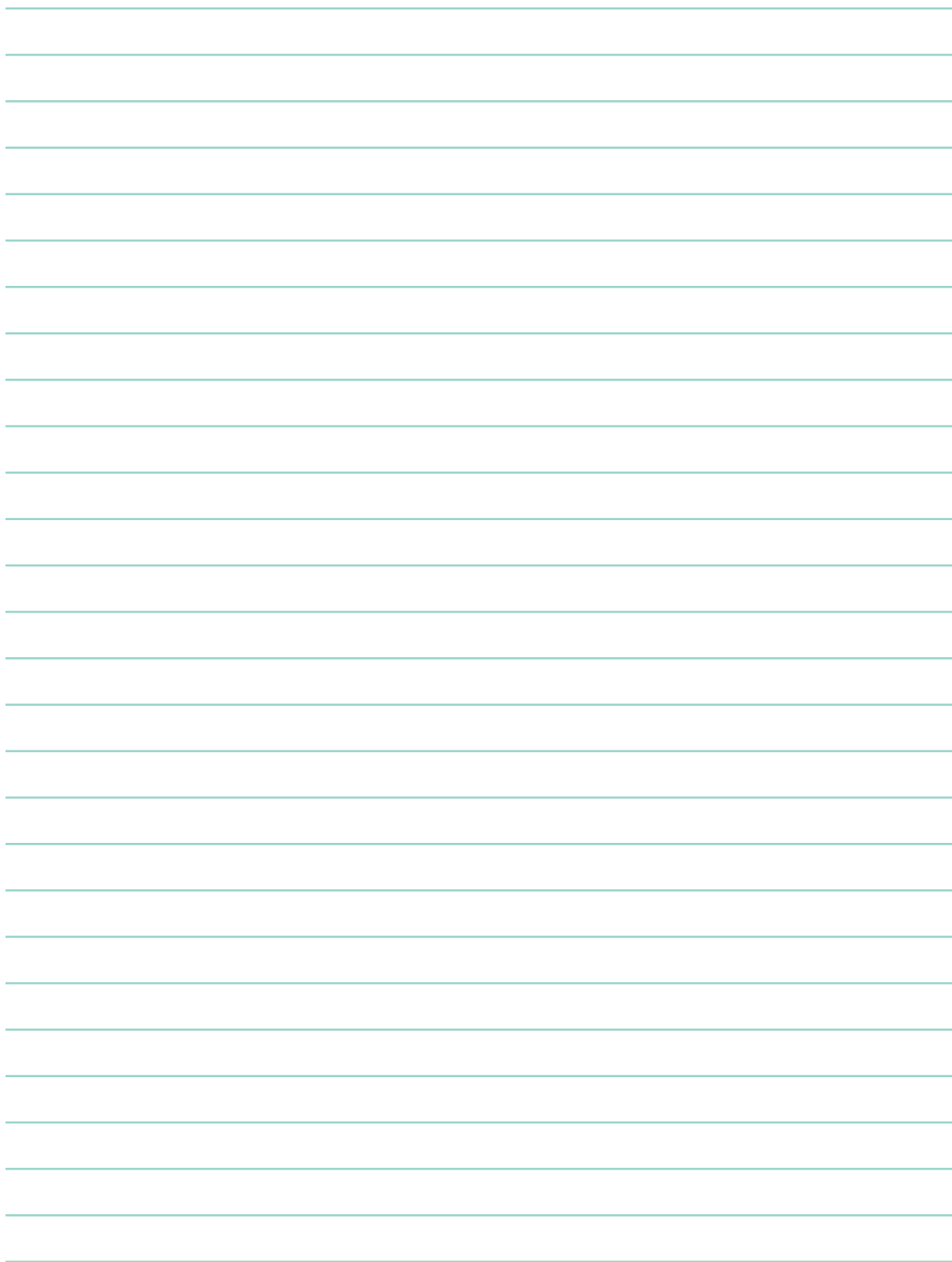
Dr.

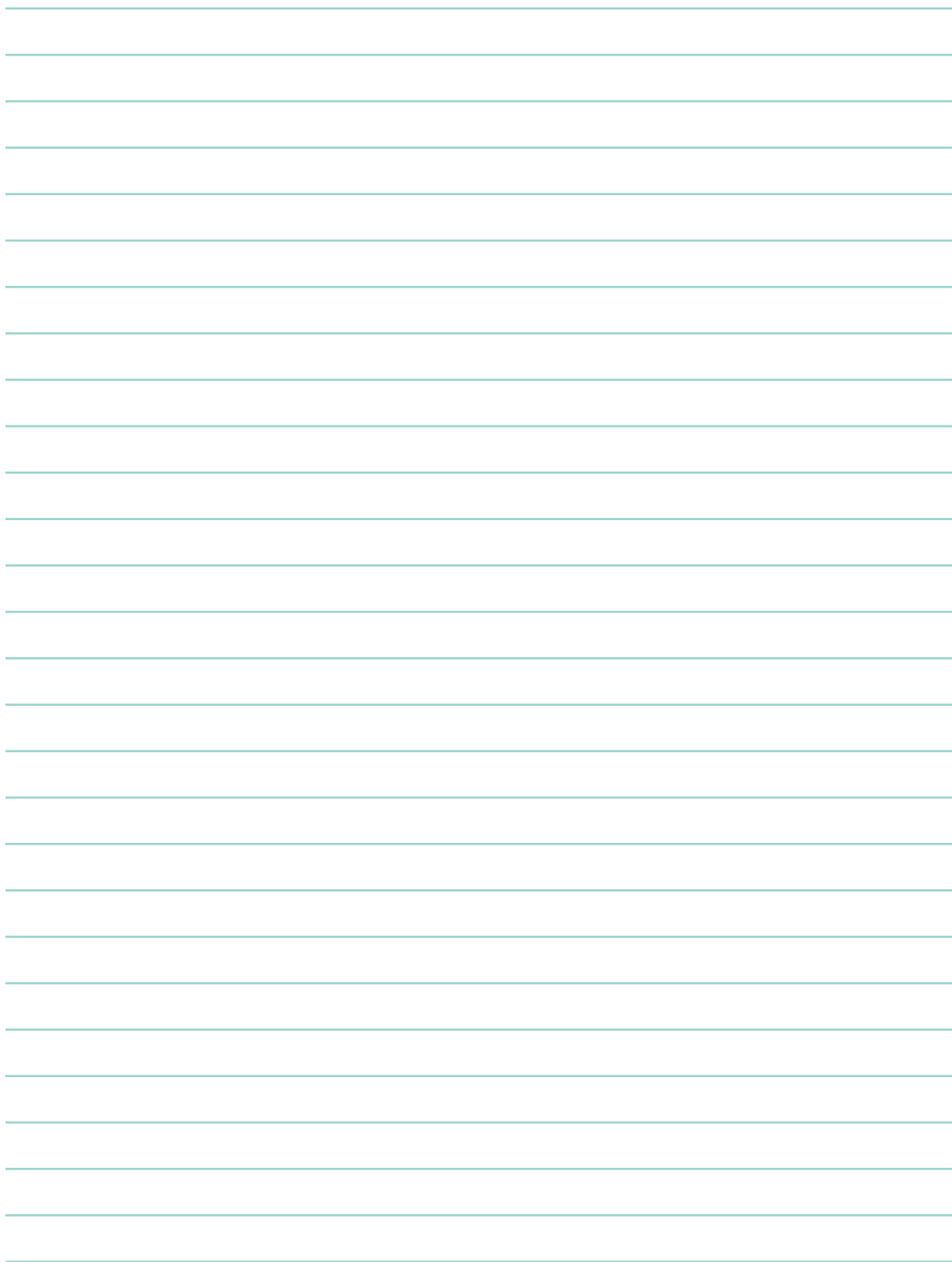
Dr.

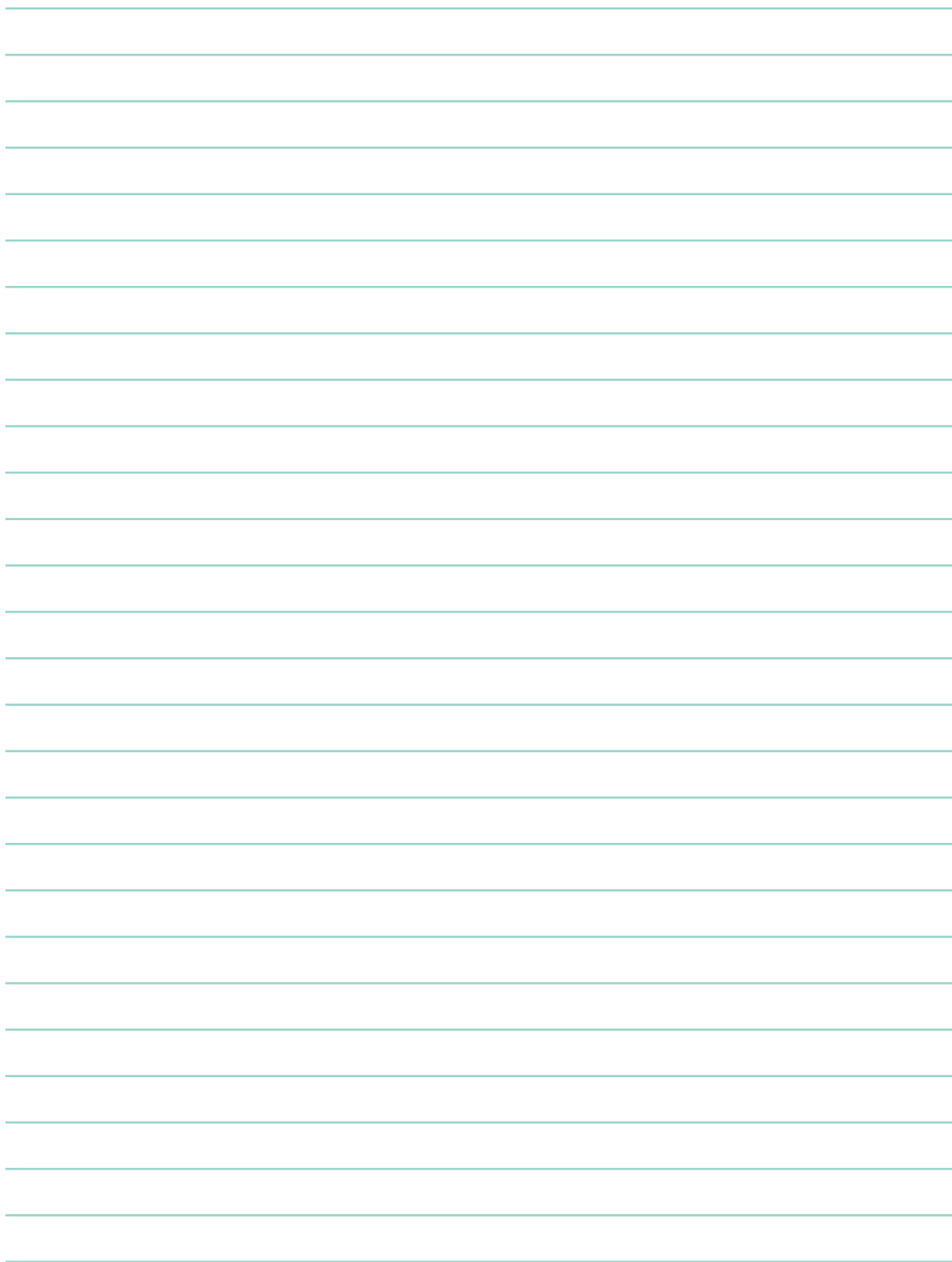
Dr.

Supervisor de Perícias Médicas

Coordenador Geral







Secretaria da Educação do Estado de São Paulo
Coordenadoria de Gestão de Recursos Humanos (CGRH)
Coordenadora
Cleide Bochixio

Departamento de Planejamento e Normatização de Recursos Humanos
Diretora
Rosa Mieko Nakashima Fukase

Centro de Qualidade de Vida
Diretora
Eliana Alves Pereira

Fundação Faculdade de Medicina – FFM
Coordenador do Projeto
Walnei Fernandes Barbosa

Equipe Técnica
Ana Carolina Esteca
Elaine Cristina Aguiar
Elisabete Melo Lucoveic
Márcio Benites Sanches
Marli de Assis Tripiano
Melissa Chagas Assunção
Rodrigo dos Santos
Tiago de Melo Oliveira

Fundação para o Desenvolvimento da Educação – FDE
Departamento Editorial da FDE
Brigite Aubert

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Tiago Gomes Alves


Revisão
Luiz Thomazi Filho

Impressão e acabamento
Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Tiragem
7.000 exemplares



FDE FUNDAÇÃO PARA O
DESENVOLVIMENTO
DA EDUCAÇÃO

 FUNDAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA

 GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO
Secretaria da Educação

