

LEI Nº. 919/2011

"DISPÕE SOBRE A REESTRUTURAÇÃO DO FUNDO PREVIDENCIÁRIO DO MUNICÍPIO DO CONDADO - FUNPRECON, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DO CONDADO – PE, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ela sanciona a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art. 1.º Fica reestruturado, por esta lei, o Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores do Município do Condado, Estado de Pernambuco, consoante preceitos e diretrizes emanados do art. 40, da CF/88; das Emendas Constitucionais nºs 20/98, 41/2003 e 47/2005, bem como, das Leis Federais nºs 9.717/98 e 10.887/04.

SEÇÃO ÚNICA DO ÓRGÃO, NATUREZA JURÍDICA E SEUS FINS

Art. 2º. O Instituto de Previdência dos Servidores do Município do Condado/PE gozará de personalidade jurídica de direito público, natureza autárquica e total autonomia administrativa e financeira.

Parágrafo único. O Regime Próprio de Previdência Social do Município do Condado, é denominado pela sigla "**FUNPRECON – FUNDO PREVIDENCIÁRIO DO MUNICÍPIO DO CONDADO**", e se destina a assegurar aos seus segurados e a seus dependentes, na conformidade da presente lei, prestações de natureza previdenciária, em caso de contingências que interrompam, depreciem ou façam cessar seus meios de subsistência.

CAPÍTULO II DAS PESSOAS ABRANGIDAS

SEÇÃO I DOS SEGURADOS

Certifico que foi publicado no quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2011

Art. 3.º São segurados obrigatórios do FUNPRECON:

I - o servidor público municipal titular de cargo efetivo dos órgãos dos Poderes Executivo e Legislativo, de suas Autarquias, inclusive de regime especial, e Fundações Públicas;

II - o Servidor estável, na forma do Art. 19, do ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias de 05 de outubro de 1988; e

III - os aposentados nos cargos citados no inciso I deste artigo.

Parágrafo único. Ao servidor ocupante, exclusivamente de cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração, bem como de outro cargo temporário ou emprego público, aplica-se o Regime Geral de Previdência Social, conforme disposto no § 13, do art. 40, da Constituição Federal de 1988.

Art. 4.º A filiação ao FUNPRECON será obrigatória, a partir da publicação desta lei, para os atuais servidores e para os demais, a partir de suas respectivas posses.

Art. 5.º Perderá a qualidade de segurado aquele que deixar de exercer a atividade que o submeta ao regime do FUNPRECON.

Parágrafo único. A perda da qualidade de segurado importa na caducidade dos direitos inerentes a essa qualidade.

Art. 6.º Ao segurado que deixar de exercer, temporariamente, atividade que o submeta ao regime de previdência do FUNPRECON é facultado manter a qualidade de segurado, desde que passe a efetuar, sem interrupção, o pagamento mensal das contribuições referente a sua parte e a do Município.

Parágrafo único. O servidor efetivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e de outros Municípios à disposição do Município de Condado-PE, permanece filiado ao regime previdenciário de origem.

**SEÇÃO II
DOS DEPENDENTES**

Art. 7.º São considerados dependentes do segurado, para os efeitos desta lei:

I - o cônjuge, a companheira, o companheiro, e o filho não emancipado, de qualquer condição, desde que não tenha atingido a maioridade civil ou inválido;

II - os pais; e

III - o irmão não emancipado, de qualquer condição, desde que não tenha atingido a maioridade civil ou se inválido.

§ 1º A existência de dependente indicado em qualquer dos incisos deste artigo exclui do direito ao benefício os indicados nos incisos subsequentes.

§ 2º Equiparam-se aos filhos, nas condições do inciso I, mediante declaração escrita do segurado e desde que comprovada a dependência econômica, o enteado e o menor que esteja sob sua tutela e desde que não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.

§ 3º Considera-se companheira ou companheiro a pessoa que, sem ser casada, mantenha união estável com o segurado ou segurada.

§ 4º Considera-se união estável aquela verificada entre o homem e a mulher como entidade familiar, quando forem solteiros, separados judicialmente, divorciados ou viúvos, ou tenham prole em comum, enquanto não se separarem.

Art. 8º A dependência econômica das pessoas indicadas no inciso I do artigo anterior é presumida, e das pessoas constantes dos incisos II e III deverá ser comprovada.

I - As pessoas constantes dos incisos II e III, do artigo anterior, deverão comprovar não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

a) Para os efeitos do disposto no inciso acima, entende-se por família a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes.

b) Considera-se incapaz de prover a manutenção das pessoas constantes nos incisos II e III, do artigo anterior, a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

c) O benefício concedido às pessoas constantes dos incisos II, e III, do artigo anterior, não poderá ser acumulado, pelo beneficiário, com qualquer outro no âmbito do Regime da Previdência Próprio de Condado, da seguridade social ou de outro Regime, salvo o da assistência médica.

Art. 9º A perda da qualidade de dependente ocorrerá:

I - para os cônjuges, pela separação judicial ou divórcio sem direito a percepção de alimentos, pela anulação do casamento pelo óbito ou por sentença judicial transitada em julgado;

II - para a companheira ou companheiro, pela cessação da união estável com o segurado ou segurada, enquanto não lhe for garantida a prestação de alimentos;

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/11

III - para o filho e o irmão, de qualquer condição, ao atingirem a maioridade civil, salvo se inválidos, ou pela emancipação, ainda que inválido, exceto, neste caso, se a emancipação for decorrente de colação de grau científico em curso de ensino superior; e

IV - para os dependentes em geral:

- a) pelo matrimônio;
- b) pela cessação da invalidez;
- c) pelo falecimento.

SEÇÃO III

DA INSCRIÇÃO DAS PESSOAS ABRANGIDAS

Art. 10. Os segurados e seus dependentes estão obrigados à promover a sua inscrição no FUNPRECON, a qual se processará da seguinte forma:

I - para o segurado, a qualificação perante o FUNPRECON comprovada por documentos hábeis;

II - para os dependentes, a declaração por parte do segurado, sujeita a comprovação da qualificação de cada um por documentos hábeis.

Parágrafo único. A inscrição é essencial à obtenção de qualquer prestação, devendo o FUNPRECON fornecer ao segurado, documento que a comprove.

Art. 11. Ocorrendo o falecimento do segurado sem que tenha feito sua inscrição e a de seus dependentes, a estas será lícito promovê-la, para outorga das prestações a que fizerem jus.

CAPÍTULO III DOS DIREITOS DAS PESSOAS ABRANGIDAS

SEÇÃO I DOS BENEFÍCIOS GARANTIDOS AOS SEGURADOS

SUB-SEÇÃO I DA APOSENTADORIA

Art. 12. Os servidores abrangidos pelo Fundo Previdenciário do Município do Condado - FUNPRECON, serão aposentados:

I - por invalidez permanente, sendo os proventos proporcionais ao tempo de contribuição, exceto se decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificadas no art. 14;

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011

a) a invalidez será apurada mediante exames médicos realizados segundo instruções emanadas pelo FUNPRECON, em conformidade com o Anexo I da presente lei, e os proventos da aposentadoria serão devidos a partir do dia seguinte ao do desligamento do segurado do serviço;

b) a doença ou lesão de que o segurado filiado na data da posse ao FUNPRECON já era portador não lhe conferirá direito à aposentadoria por invalidez, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão;

c) nos casos de enfermidade ou deficiência mental o servidor somente será aposentado por invalidez se, anteceder medida judicial de interdição. Neste caso, o requerente do benefício será o Curador do Segurado, nomeado pelo Juiz de Direito, conforme artigos 1.757 e seguintes da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro)

II - compulsoriamente, aos setenta anos de idade, com proventos proporcionais ao tempo de contribuição;

III - voluntariamente, desde que cumprido tempo mínimo de dez anos de efetivo exercício no serviço público e cinco anos no cargo efetivo em que se dará a aposentadoria, observadas as seguintes condições:

a) sessenta anos de idade e trinta e cinco de contribuição, se homem, e cinquenta e cinco anos de idade e trinta de contribuição, se mulher;

b) sessenta e cinco anos de idade, se homem, e sessenta anos de idade, se mulher, com proventos proporcionais ao tempo de contribuição.

§ 1º Para o cálculo dos proventos de aposentadoria, de que cuida este Artigo, por ocasião da sua concessão, serão consideradas as remunerações utilizadas como base para as contribuições do servidor aos regimes de previdência de que tratam os §§ 3º e 17º, dos artigos 40, e 201, da CF/88, na forma da lei.

§ 2º É vedada a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadorias aos abrangidos pelo regime do FUNPRECON, ressalvados os casos de atividades exercidas exclusivamente sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física, definidos em lei federal complementar.

§ 3º Os requisitos de idade e de tempo de contribuição serão reduzidos em cinco anos, em relação ao disposto no inciso III, alínea "a", deste artigo, para o professor que comprove exclusivamente tempo de efetivo exercício das funções de magistério na educação infantil, no ensino fundamental e médio.

§ 4º Ressalvadas as aposentadorias decorrentes dos cargos acumuláveis, na forma do art. 37, da Constituição Federal, é vedada a percepção de mais de uma aposentadoria à conta do regime de previdência previsto no art. 40, da Constituição Federal.

§ 5º Para o cálculo dos valores proporcionais de proventos a que se referem os incisos I, II e III, alínea "b" deste artigo, o provento corresponderá a um trinta e cinco avos da totalidade da remuneração do servidor na data da concessão do benefício, por ano de contribuição, se homem, e um trinta avos, se mulher, exceto se decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificadas em lei, no caso de invalidez permanente.

§ 6º Todos os valores de remuneração considerados para o cálculo do benefício previsto no § 1º, serão devidamente atualizados, na forma da lei.

§ 7º O servidor de que trata este artigo que tenha completado as exigências para aposentadoria voluntária estabelecidas no inciso III, alínea "a", e que opte por permanecer em atividade fará jus a um abono de permanência equivalente ao valor da sua contribuição previdenciária, até completar as exigências para aposentadoria compulsória contidas no inciso II deste Artigo.

§ 8º A aposentadoria compulsória prevista no inciso II, do presente artigo, será declarada com vigência a partir do dia em que o servidor atingir a idade-limite de permanência no serviço público, ou seja, 70 (setenta) anos de idade.

Art. 13. No cálculo dos proventos de aposentadorias previstas no art. 12, desta lei, será considerada a média aritmética simples das maiores remunerações, utilizadas como base para as contribuições do servidor aos regimes de previdência a que esteve vinculado, correspondentes a oitenta por cento de todo o período contributivo desde a competência julho de 1994 ou desde a do início da contribuição, se posterior àquela competência.

§ 1º As remunerações consideradas no cálculo do valor inicial dos proventos terão os seus valores atualizados, mês a mês, de acordo com a variação integral do índice fixado para a atualização dos salários-de-contribuição considerados no cálculo dos benefícios do Regime geral da Previdência Social.

§ 2º Na hipótese da não instituição de contribuição para o regime próprio durante o período referido no caput, considerar-se-á, como base de cálculo dos proventos, a remuneração do servidor no cargo efetivo no mesmo período.

§ 3º Os valores das remunerações a serem utilizadas no cálculo de que trata este artigo serão comprovados mediante documento fornecido pelos órgãos e entidades gestoras dos regimes de previdência aos quais o servidor esteve vinculado.

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

I - inferiores ao valor do salário mínimo;

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011

II - superiores aos valores dos limites máximos de remuneração no serviço público do respectivo ente; ou

III - superiores ao limite máximo do salário de contribuição, quanto aos meses em que o servidor esteve vinculado ao regime geral de previdência social.

§ 5º Os proventos, calculados de acordo com o caput, por ocasião de sua concessão, não poderão exceder a remuneração do respectivo servidor no cargo efetivo em que se deu a aposentadoria ou que serviu de referência para a concessão da pensão.

Art. 14. O segurado, quando acometido de, alienação mental, cardiopatia grave, cegueira total posterior ao ingresso no serviço público, doença de Parkinson, esclerose múltipla, espondiloartrose, anquilosante, formas avançadas de doença de Paget (osteíte deformante), hanseníase, nefropatia grave, neoplasias malignas, paralisia irreversível e incapacitante, síndrome da deficiência imunológica adquirida - AIDS/SIDA, tuberculose ativa, Hepatopatia Grave, contaminação por radiação (com base em conclusão da medicina especializada), ou quando vítima de acidente do trabalho ou moléstia profissional que o invalide totalmente para o serviço, terá direito à aposentadoria integral

§ 1º fica criado o anexo I, da Presente Lei Municipal, que poderá ser utilizado como instrumento de orientação para a Junta médica Pericial, para a concessão do benefício de que trata o presente Artigo.

§ 2º Acidente em serviço é aquele ocorrido no exercício do cargo, que se relacione, direta ou indiretamente, com as atribuições deste, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

§ 3º Equiparam-se ao acidente em serviço, para os efeitos desta Lei:

I - o acidente ligado ao serviço que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:

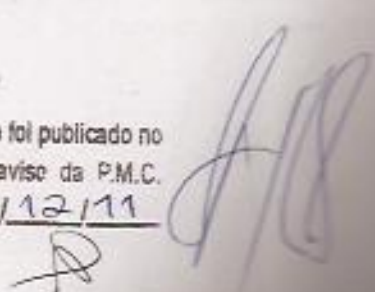
a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de serviço;

b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao serviço;

c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de serviço;

d) ato de pessoa privada do uso da razão; e

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/11



e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior.

III - a doença proveniente de contaminação acidental do servidor no exercício do cargo; e

IV - o acidente sofrido pelo servidor ainda que fora do local e horário de serviço:

a) na execução de ordem ou na realização de serviço relacionado ao cargo;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço ao Município para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço, inclusive para estudo quando financiada pelo Município, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do servidor; e

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do servidor.

§ 10 Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o servidor é considerado no exercício do cargo.

SUB-SEÇÃO II

AUXÍLIO DOENÇA

Art. 15. O auxílio doença será devido ao segurado que ficar incapacitado para o exercício da função em gozo de licença para tratamento de saúde, por mais de 30 (sessenta) dias consecutivos, e corresponderá a totalidade dos vencimentos.

§ 1º Não será devido auxílio-doença ao segurado que filiar-se ao FUNPRECON na data de sua posse e que já seja portador de doença ou lesão invocada como causa para concessão do benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

§ 2º Será devido auxílio-doença ao segurado que sofrer acidente de qualquer natureza.

Art. 16. Durante os primeiros 30 (sessenta) dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, incumbe ao município pagar ao segurado sua remuneração.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 29/02/2011

§ 1º Cabe ao município promover o exame médico e o abono das faltas correspondentes aos primeiros 60 (sessenta) dias de afastamento.

§ 2º Quando a incapacidade ultrapassar 60 (sessenta) dias consecutivos, o segurado será submetido à perícia médica do FUNPRECON.

§ 3º Se concedido novo benefício decorrente da mesma doença dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior, o município fica desobrigado do pagamento relativo aos 60 (sessenta) primeiros dias de afastamento, prorrogando-se o benefício anterior e descontando-se os dias trabalhados, se for o caso.

§ 4º Se o segurado, por motivo de doença, afastar-se do trabalho durante trinta dias, retornando à atividade no trigésimo primeiro dia, e se dela voltar a se afastar dentro de sessenta dias desse retorno, fará jus ao auxílio-doença a partir da data do novo afastamento.

Art. 17. O segurado em gozo de auxílio-doença está obrigado, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo do FUNPRECON, e se for o caso a processo de readaptação profissional.

Art. 18. O segurado em gozo de auxílio-doença insuscetível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de readaptação profissional para exercício de outra atividade, não cessando o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não recuperável, seja aposentado por invalidez.

Art. 19. O auxílio-doença cessa pela recuperação da capacidade para o trabalho e pela transformação em aposentadoria por invalidez.

SUBSEÇÃO III DO SALÁRIO FAMÍLIA

Art. 20. O salário-família será devido, mensalmente, aos segurados que tenham renda bruta mensal igual ou inferior ao teto definido para este benefício no Regime Geral de Previdência Social - RGPS, na proporção do respectivo número de filhos ou equiparados, de qualquer condição, de até quatorze anos ou inválidos.

§ 1º Quando o pai e a mãe forem segurados, ambos terão direito ao salário-família.

§ 2º As cotas do salário-família, pagas pelo município, deverão ser deduzidas quando do recolhimento das contribuições sobre a folha de pagamento.

Art. 21. O pagamento do salário-família será devido a partir da data da apresentação da certidão de nascimento do filho ou da documentação relativa ao equiparado, estando condicionado à apresentação anual de atestado de vacinação obrigatória e de comprovação de frequência à escola do filho ou equiparado.

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.

Em 26/12/2014

Parágrafo único. O valor da cota do salário-família por filho ou equiparado de qualquer condição, até quatorze anos de idade ou inválido, é o mesmo definido pelo RGPS.

Art. 22. A invalidez do filho ou equiparado maior de quatorze anos de idade deve ser verificada em exame médico-pericial a cargo do FUNPRECON.

Art. 23. Em caso de divórcio, separação judicial ou de fato dos pais, ou em caso de abandono legalmente caracterizado ou perda do pátrio-poder, o salário-família passará a ser pago diretamente aquele a cujo cargo ficar o sustento do menor, ou a outra pessoa, se houver determinação judicial nesse sentido.

Art. 24. O direito ao salário-família cessa automaticamente:

- I - por morte do filho ou equiparado, a contar do mês seguinte ao do óbito;
- II - quando o filho ou equiparado completar quatorze anos de idade, salvo se inválido, a contar do mês seguinte ao da data do aniversário;
- III - pela recuperação da capacidade do filho ou equiparado inválido, a contar do mês seguinte ao da cessação da incapacidade; ou
- IV - pela perda da qualidade de segurado.

Art. 25. O salário-família não se incorporará, ao subsídio, à remuneração ou ao benefício, para qualquer efeito.

SUBSEÇÃO IV DO SALÁRIO MATERNIDADE

Art. 26. Será devido salário-maternidade à segurada gestante, durante cento e vinte dias consecutivos, podendo ter seu início vinte e oito dias antes e término noventa e um dias depois do parto, podendo ser prorrogado na forma prevista no § 1º.

§ 1º Em casos excepcionais, os períodos de repouso anterior e posterior ao parto podem ser aumentados de mais duas semanas, mediante inspeção médica.

§ 2º Em caso de parto antecipado ou não, a segurada tem direito aos cento e vinte dias previstos neste artigo.

§ 3º Em caso de aborto não criminoso, comprovado mediante atestado médico, a segurada terá direito ao salário-maternidade correspondente a duas semanas.

§ 4º O salário-maternidade consistirá de renda mensal igual a remuneração da segurada, acrescido do 13º proporcional correspondente a 4/12, pago na última parcela.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012

Art. 27. O início do afastamento do trabalho da segurada será determinado com base em atestado médico.

§ 1º O atestado deve indicar, além dos dados médicos necessários, os períodos a que se referem o art. 26 e seus parágrafos, bem como a data do afastamento do trabalho.

§ 2º Nos meses de início e término do salário-maternidade da segurada, o salário-maternidade será proporcional aos dias de afastamento do trabalho.

§ 3º O salário-maternidade não pode ser acumulado com benefício por incapacidade.

§ 4º Quando o parto ocorrer sem acompanhamento médico, o atestado será fornecido pela junta médica do FUNPRECON.

§ 5º O salário-maternidade é devido à segurada do FUNPRECON que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança com idade:

I - até um ano completo, por cento e vinte dias;

II - a partir de um ano até quatro anos completos, por sessenta dias; ou

III - a partir de quatro anos até completar oito anos, por trinta dias.

IV - O salário-maternidade é devido à segurada independentemente de a mãe biológica ter recebido o mesmo benefício quando do nascimento da criança.

V - O salário-maternidade não é devido quando o termo de guarda não contiver a observação de que é para fins de adoção ou só contiver o nome do cônjuge ou companheiro.

VI - Para a concessão do salário-maternidade é indispensável que conste da nova certidão de nascimento da criança, ou do termo de guarda, o nome da segurada adotante ou guardiã, bem como, deste último, tratar-se de guarda para fins de adoção.

VII - Quando houver adoção ou guarda judicial para adoção de mais de uma criança, é devido um único salário-maternidade relativo à criança de menor idade.

SEÇÃO II DOS BENEFÍCIOS GARANTIDOS AOS DEPENDENTES

SUBSEÇÃO I DA PENSÃO POR MORTE

Certifico que foi publicado
quadro de aviso de

Em 26/12/2012

Art. 28 A pensão por morte será calculada na seguinte forma:

I - ao valor da totalidade dos proventos do servidor falecido, até o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201 da Constituição Federal, acrescido de setenta por cento da parcela excedente a este limite, caso aposentado à data do óbito; ou

II - ao valor da totalidade da remuneração do servidor no cargo efetivo em que se deu o falecimento, até o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201 da Constituição Federal, acrescido de setenta por cento da parcela excedente a este limite, caso em atividade na data do óbito.

§ 1º A importância total assim obtida será rateada em partes iguais entre todos os dependentes com direito a pensão.

§ 2º Será concedida pensão provisória por morte presumida do segurado, nos seguintes casos:

I - sentença declaratória de ausência, expedida por autoridade judiciária competente; e

II - desaparecimento em acidente, desastre ou catástrofe.

§ 3º A pensão provisória será transformada em definitiva com o óbito do segurado ausente ou deve ser cancelada com reaparecimento do mesmo, ficando os dependentes desobrigados da reposição dos valores recebidos, salvo má-fé.

§ 4º Não fará jus a pensão o dependente condenado por prática de crime doloso de que tenha resultado na morte do segurado.

Art. 29. A pensão por morte será devida aos dependentes a contar:

I - do dia do óbito, se requerida até 60 (sessenta) dias depois deste;

II - a partir da data do requerimento, após decorrido o prazo previsto no inciso I

III - da data da decisão judicial, no caso de declaração de ausência; ou

IV - da data da ocorrência do desaparecimento do segurado por motivo de acidente, desastre ou catástrofe, mediante prova idônea.

Art. 30. Os pensionistas inválidos ficam obrigados, tanto para concessão como para cessação de suas quotas de pensão, a submeter-se aos exames médicos determinados pelo FUNPRECON.

Parágrafo único. Ficam dispensados dos exames referidos neste artigo os pensionistas inválidos que atingirem a idade de 60 (sessenta) anos.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2012

Art. 31. A parcela de pensão de cada dependente extingue-se com a perda da qualidade de dependente na forma do art. 9º.

Art. 32. Toda vez que se extinguir uma parcela de pensão, proceder-se-á a novo rateio da pensão, na forma do § 1º, do art. 28, em favor dos pensionistas remanescentes.

Parágrafo único. Com a extinção da quota do último pensionista, extinta ficará também a pensão.

SUBSEÇÃO II DO AUXÍLIO RECLUSÃO

Art. 33. O auxílio-reclusão consistirá numa importância mensal igual a totalidade dos vencimentos percebidos pelo segurado, concedida ao conjunto de seus dependentes, desde que renda bruta mensal igual ou inferior ao teto definido para este benefício no Regime Geral de Previdência Social, que esteja recolhido à prisão, e que, por este motivo, não perceba remuneração dos cofres públicos.

§ 1º O auxílio-reclusão será rateado em cotas-partes iguais entre os dependentes do segurado.

§ 2º O auxílio-reclusão será devido a contar da data em que o segurado preso deixar de perceber remuneração dos cofres públicos.

§ 3º Na hipótese de fuga do segurado, o benefício será restabelecido a partir da data da recapture ou da reapresentação à prisão, nada sendo devido aos seus dependentes enquanto estiver o segurado evadido e pelo período da fuga.

§ 4º Para a instrução do processo de concessão deste benefício, além da documentação que comprovar a condição de segurado e de dependentes, serão exigidos:

I - documento que certifique o não pagamento da remuneração ao segurado pelos cofres públicos, em razão da prisão; e

II - certidão emitida pela autoridade competente sobre o efetivo recolhimento do segurado à prisão e o respectivo regime de cumprimento da pena, sendo tal documento renovado trimestralmente.

§ 5º Caso o segurado venha a ser ressarcido com o pagamento da remuneração correspondente ao período em que esteve preso, e seus dependentes tenham recebido auxílio-reclusão, o valor correspondente ao período de gozo do benefício deverá ser restituído ao FUNPRECON pelo segurado ou por seus dependentes, aplicando-se os juros e índices de correção incidentes no ressarcimento da remuneração.

Certifico que foi publicado no
quadro de avisos

Em 26/12/2011

§ 6º Aplicar-se-ão ao auxílio-reclusão, no que couberem, as disposições atinentes à pensão por morte.

§ 7º Se o segurado preso vier a falecer na prisão, o benefício será transformado em pensão por morte.

SEÇÃO III DAS DISPOSIÇÕES DIVERSAS

Art. 34. O abono anual será devido àquele que, durante o ano, tiver recebido proventos de aposentadoria, pensão por morte, salário maternidade pagos, pelo RPPS.

Parágrafo único. O abono de que trata o caput será proporcional em cada ano ao número de meses de benefício pago pelo RPPS, em que cada mês corresponderá a um doze avos, e terá por base o valor do benefício do mês de dezembro, exceto quando o benefício encerrar-se antes deste mês, quando o valor será o do mês da cessação.

Art. 35. É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, nas mesmas datas e índices utilizados para fins de reajustes dos benefícios do RGPS, aplicado de forma proporcional entre a data da concessão e a do primeiro reajustamento.

Art. 36. O tempo de contribuição federal, estadual ou municipal será contado para efeito de aposentadoria, desde que não seja concomitante.

Art. 37. É vedada qualquer forma de contagem de tempo de contribuição fictício.

Art. 38. Aplica-se o limite fixado no art. 37, XI, da Constituição Federal, à soma total dos proventos de inatividade, inclusive quando decorrentes da acumulação de cargos ou empregos públicos, bem como de outras atividades sujeitas a contribuição para o regime geral de previdência social, e ao montante resultante da adição de proventos de inatividade com remuneração de cargo acumulável, na forma da Constituição Federal, cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração, e de cargo eletivo.

Art. 39. Além do disposto nesta Lei, o FUNPRECON, observará, no que couber, os requisitos e critérios fixados para o Regime Geral de Previdência Social.

Art. 40. Para efeito do benefício de aposentadoria, é assegurada a contagem recíproca do tempo de contribuição na administração pública e na atividade privada, rural ou urbana, hipótese em que os diversos regimes de previdência social se compensarão financeiramente, nos termos do § 9º, do art. 201, da Constituição Federal, segundo critérios estabelecidos na lei 9.796/99, alterações posteriores.

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012

Parágrafo único. Os servidores municipais contemplados pelo art. 3º, desta lei, receberão do órgão instituidor (FUNPRECON), todo o provento integral da aposentadoria, independente do órgão de origem (INSS) ter feito ou não o repasse do recurso de cada servidor, como compensação financeira.

Art. 41. As prestações, concedidas aos segurados ou a seus dependentes, salvo quanto a importâncias devidas ao próprio FUNPRECON e aos descontos autorizados por Lei ou derivados da obrigação de prestar alimento reconhecida por via judicial, não poderão ser objeto de penhora, arresto ou sequestro, sendo nula de pleno direito qualquer venda ou cessão e a constituição de quaisquer ônus, bem como a outorga de poderes irrevogáveis ou em causa própria para a respectiva percepção.

Art. 42. O pagamento dos benefícios em dinheiro será efetuado diretamente ao segurado ou ao dependente, salvo nos casos de ausência, moléstia contagiosa ou impossibilidade de locomoção do beneficiado, quando se fará a procurador, mediante autorização expressa do FUNPRECON que, todavia, poderá negá-la quando considerar essa representação inconveniente.

Art. 43. Os benefícios assegurados às pessoas abrangidas, quando não reclamados, prescreverão, no prazo de 5 (cinco) anos, a contar da data em que forem devidos, e os valores a eles correspondentes, serão vertidos em favor do Instituto.

CAPÍTULO IV DO CUSTEIO

SEÇÃO I DA RECEITA

Art. 44. A receita do FUNPRECON será constituída, de modo a garantir o seu equilíbrio financeiro e atuarial, na seguinte forma:

I - de uma contribuição mensal dos segurados ativos, definida pelo § 1º do art. 149, da CF/88, igual a 11% (onze por cento), calculada sobre a remuneração de contribuição;

II - de uma contribuição mensal dos segurados inativos e dos pensionistas definida na avaliação atuarial, igual a 11% (onze por cento), calculada sobre a parcela dos proventos e das pensões que superarem ao teto do limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201, da Constituição Federal;

III - de uma contribuição mensal do Município, incluídas suas autarquias e fundações, definida pelo art. 2º, da Lei Federal n.º 9.717/98, com redação determinada pela Lei n.º 10.687/04, igual a 11,47% (onze inteiros e quarenta e sete partes decimais por centena), calculada sobre a remuneração de contribuição dos segurados ativos, referente ao custo normal previsto em reavaliação atuarial;

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014

IV - de uma contribuição mensal do Município, incluídas suas autarquias e fundações, definida pelo art. 2º, da Lei Federal n.º 9717/98, com redação determinada pela Lei Federal n.º 10.887/04, igual a 7,93% (sete inteiros e noventa e três partes decimais por centena) referente ao custo especial previsto na última avaliação atuarial;

V - de uma contribuição mensal dos órgãos municipais sujeitos a regime de orçamento próprio, igual à fixada para o Município, calculada sobre a remuneração de contribuição dos segurados obrigatórios;

VI - de uma contribuição mensal dos segurados que usarem da faculdade prevista no art. 6º, correspondente a sua própria contribuição, acrescida da contribuição correspondente à do Município;

VII - pela renda resultante da aplicação das reservas;

VIII - pelas doações, legados e rendas eventuais;

IX - por aluguéis de imóveis, estabelecidos em Lei;

X - dos valores recebidos a título de compensação financeira, em razão do § 9º, do art. 201, da Constituição Federal.

§ 1º A contribuição prevista no inciso II, deste artigo, quando o beneficiário, na forma da lei, for portador de doença incapacitante, incidirá apenas sobre parcelas de proventos de aposentadoria e de pensão que superem o dobro do limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201, da Constituição Federal."

§ 2º O Município poderá instituir plano de amortização para equacionamento de eventual Passivo Atuarial do Fundo Previdenciário do Município de Condado, podendo o mesmo ser reviso nas avaliações atuariais anuais efetuadas em conformidade com os termos da Portaria Ministerial n.º 403/2008, de 10 de dezembro de 2008, cabendo ao Chefe do Executivo a edição de Decreto para regulamentar a forma de amortização em cada exercício competente.

§ 3º O Plano de amortização estabelecido em um exercício, permanecerá em vigência até que seja procedida, mediante ato, a revisão anual de que trata o § 2º.

§ 4º A alíquota das contribuições previdenciárias, de responsabilidade do Município, previstas no art. 44, Incisos III e IV, poderão ser revistas por Ato do Poder Executivo conforme reavaliação atuarial anual.

§ 5º O município deverá ainda contribuir com o limite de até 2% (dois por cento), do valor total das remunerações, proventos de aposentadoria e pensão, dos segurados vinculados ao FUNPRECON, relativo ao exercício financeiro anterior.

§ 6º, O Percentual de que trata o parágrafo anterior, não será parte integrante do custo total a ser previsto na reavaliação atuarial anual, devendo ser

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012

recolhido em campo específico e próprio de forma separada das contribuições previdenciárias.

Art. 45. Considera-se remuneração de contribuição, para os efeitos desta lei, a retribuição pecuniária devida ao segurado a título remuneratório pelo exercício do cargo com valor fixado em lei, acrescido das vantagens permanentes do cargo, vantagem individual por produtividade, décimo terceiro vencimento, proventos de aposentadoria e pensão;

§ 1º Parcelas remuneratórias pagas em decorrência da função de confiança ou de cargo em comissão, quando tais parcelas integram a remuneração de contribuição do servidor que se aposentar com fundamento no art. 40, da Constituição, respaldado, em qualquer hipótese, o limite previsto no § 2º do citado artigo;

§ 2º Exclui-se de descontos referidos neste artigo, gratificação de férias, horas extras e vantagens temporárias.

§ 3º O Salário-Família não está sujeito, em hipótese alguma, a qualquer desconto pelo FUNPRECON.

Art. 46. Em caso de acumulação de cargos permitida em lei, a remuneração da contribuição para os efeitos desta Lei, será a soma das remunerações percebidas.

SEÇÃO II **DO RECOLHIMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES E CONSIGNAÇÕES**

Art. 47. A arrecadação das contribuições devidas ao FUNPRECON compreendendo o respectivo desconto e seu recolhimento, deverá ser realizada observando-se as seguintes normas:

I - aos setores encarregados de efetuar o pagamento dos servidores ativos e inativos dos órgãos municipais, caberá descontar, no ato do pagamento, a importância de que tratam os incisos I, e II, do art. 44, da presente lei e efetuar os repasses em até 24 (vinte e quatro) horas para a conta bancária do FUNPRECON;

II - caberá do mesmo modo, aos setores mencionados, recolher ao FUNPRECON ou a estabelecimentos de crédito indicado, até o dia 10 (dez) do mês subsequente, a importância arrecadada na forma do item anterior, juntamente com as contribuições previstas nos incisos III, e IV, do art. 44, conforme o caso.

§ 1º - Os Poderes Executivo e Legislativo, suas autarquias e fundações encaminharão mensalmente ao FUNPRECON relação nominal dos segurados, com os respectivos subsídios, remunerações, e valores de contribuição;

§ 2º - As informações de que trata o § 1º, deverão ser encaminhadas em meio físico e ou através de remessa eletrônica, em havendo a opção pelo 2º, o Poder Executivo em conjunto com a Diretoria do FUNPRECON, emitirão ato regulamentando e disciplinando a forma.

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012

Art. 48. O não recolhimento das contribuições a que se referem os incisos I, II e III, e IV, do art. 44, desta lei, no prazo estabelecido no inciso II, do artigo anterior, ensejará correção pelo índice da Taxa SELIC, acumulada, referente ao mês anterior ao do débito, acrescido de juros moratórios à razão de 1% (um por cento) ao mês.

Art. 49 Em conformidade com o disposto no § 1º, do artigo 5.º, da Portaria MPS n.º 402/2008, de 10 de dezembro de 2008, alterada pelo artigo 2º, da Portaria MPS 83/2009, de 18 de março de 2009, fica autorizado o parcelamento e ou a repactuação de parcelamentos, dos débitos oriundos das contribuições devidas e não repassadas pelo Município de Condado ao FUNPRECON, referentes a parte patronal, com vencimento até 31 de janeiro de 2009, em até 240 (duzentas e quarenta) prestações mensais e consecutivas, e das contribuições descontadas dos segurados ativos e inativos, e dos pensionistas, relativas ao mesmo período, em até 60 (sessenta) prestações mensais e consecutivas.

§ 1º. Para apuração do montante devido, os valores originais serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, acrescido de juros legais de 0,50 % (meio por cento) ao mês, acumulados desde a data de vencimento, até a data da assinatura do termo de acordo de parcelamento.

§ 2º. As parcelas vincendas serão atualizadas pelo índice da taxa SELIC, relativas ao mês anterior ao do recolhimento da parcela, acrescido de juros legais de 0,50% (meio por cento) ao mês, acumulados desde a data da assinatura do termo de acordo de parcelamento até o mês do efetivo pagamento.

Art. 50 - Em conformidade com o disposto no § 1º, do Artigo 5.º da Portaria MPS n.º 402/2008, de 10 de dezembro de 2008, alterada pelo artigo 2º, da Portaria MPS 83/2009, de 18 de março de 2009, fica autorizado o parcelamento, dos débitos oriundos das contribuições devidas e não repassadas pelo Município de Condado ao FUNPRECON, referentes ao inciso III, do Artigo 44, (parte patronal), com vencimentos posteriores a 31 de janeiro de 2009, em até 60 (sessenta) prestações mensais e consecutivas, observados os limites previstos na Portaria MPS 402/2008.

§ 1º. Para apuração do montante devido, os valores originais serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, acrescido de juros legais de 0,50 % (meio por cento) ao mês, acumulados desde a data de vencimento, até a data da assinatura do termo de acordo de parcelamento.

§ 2º. As parcelas vincendas serão atualizadas pelo índice da taxa SELIC, relativas ao mês anterior ao do recolhimento da parcela, acrescido de juros legais de 0,50% (meio por cento) ao mês, acumulados desde a data da assinatura do termo de acordo de parcelamento, até o mês do efetivo pagamento.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2011

Art. 51. O segurado que se valer da faculdade prevista no art. 6.º, da presente lei, fica obrigado a recolher mensalmente, na rede bancária, mediante boleto bancário emitido pelo FUNPRECON, as contribuições devidas.

Art. 52. As cotas do salário-família, salário maternidade, auxílio doença e auxílio reclusão, poderão ser pagas de forma direta, pelo Município de Condado-PE, mensalmente, junto com a remuneração mensal dos segurados, efetivando-se a compensação quando do recolhimento das contribuições Patronais ao FUNPRECON, devendo os valores compensados estar relacionados na Guia de Recolhimento de Contribuições Previdenciárias.

SUBSEÇÃO I DA FISCALIZAÇÃO

Art. 53. O FUNPRECON poderá, a qualquer momento, requerer dos Órgãos do Município, quaisquer documentos para efetuar levantamento fiscal, a fim de apurar irregularidades nas incidências dos encargos previdenciários previstos no plano de custeio.

CAPÍTULO V DA GESTÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

SEÇÃO I DAS GENERALIDADES

Art. 54. As importâncias arrecadadas pelo FUNPRECON são de sua propriedade, e em caso algum poderão ter aplicação diversa da estabelecida nesta lei, sendo nulos de pleno direito os atos que violarem este preceito, sujeitos os seus autores às sanções estabelecidas na legislação pertinente, além de outras que lhes possam ser aplicadas.

Art. 55. Na realização de avaliação atuarial inicial e na reavaliação em cada balanço por entidades independentes legalmente habilitadas, devem ser observadas as normas gerais de atuária e os parâmetros discriminados no anexo I da Portaria MPAS n.º 4992, com as alterações contidas na Portaria MPS n.º 403, de 10 dezembro de 2008.

SEÇÃO II DAS DISPONIBILIDADES E APLICAÇÃO DAS RESERVAS

Art. 56. As disponibilidades de caixa do FUNPRECON, ficarão depositadas em conta separada das demais disponibilidades do Município e aplicadas nas condições de mercado, com observância das normas estabelecidas pelo Conselho Monetário Nacional.

Art. 57. A aplicação das reservas se fará tendo em vista:

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.:

Em 26/12/2014

I - segurança quanto a recuperação ou conservação do valor real, em poder aquisitivo, do capital investido, bem como ao recebimento regular dos juros previstos para as aplicações de renda fixa e variável;

II - a obtenção do máximo de rendimento compatível com a segurança e grau de liquidez;

Parágrafo único. É vedada a aplicação das disponibilidades de que trata o "caput" em:

a) - títulos da dívida pública estadual e municipal, bem como em ações e outros papéis relativos às empresas controladas pelo respectivo ente da Federação;

b) - empréstimos, de qualquer natureza, aos segurados e ao poder público, inclusive a suas empresas controladas.

Art. 58. As receitas previstas no artigo 44, da presente Lei Municipal, somente poderão ser utilizadas para pagamento de benefícios previdenciários do RPPS e para o custeio da taxa de administração destinada à manutenção do regime, respeitado o disposto no art. 6º, da Lei Federal nº 9.717, de 27 de novembro de 1998.

§ 1º O valor anual da taxa de administração será de até 2,0% (dois por cento) do valor total da remuneração e proventos e pensões pagos aos segurados e dependentes do FUNPRECON, relativas ao exercício financeiro anterior, e será destinada exclusivamente ao custeio das despesas correntes e de capital necessárias à organização e ao funcionamento do FUNPRECON.

§ 2º O RPPS poderá constituir reserva com as sobras do custeio das despesas do exercício, cujos valores serão utilizados para os fins a que se destina a taxa de administração.

§ 3º O descumprimento dos critérios fixados neste artigo para a taxa de administração do RPPS representará utilização indevida dos recursos previdenciários.

CAPÍTULO VI DO ORÇAMENTO E DA CONTABILIDADE

SEÇÃO I DO ORÇAMENTO

Art. 59. O orçamento do FUNPRECON evidenciará as políticas e o programa de trabalho governamental observado o plano plurianual e a Lei de diretrizes orçamentárias e os princípios da universalidade e do equilíbrio.

Parágrafo único. O Orçamento do FUNPRECON observará, na sua elaboração e na sua execução, os padrões e as normas estabelecidas na legislação pertinente.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C

Em 26/12/2014

SEÇÃO II
DA CONTABILIDADE

Art. 60. A contabilidade será organizada de forma a permitir o exercício das suas funções de controle prévio, concomitante e subsequente o de informar, inclusive de apropriar e apurar os custos dos serviços, e, consequentemente, de concretizar os seus objetivos, bem como, interpretar e analisar os resultados obtidos.

Art. 61. A escrituração Contábil do FUNPRECON deverá obedecer as normas e princípios contábeis previstos na Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964, e alterações posteriores e as normas emanadas das Portarias MPAS n.ºs 4.892/99; 916/2003, de 15 de julho de 2003; e 95/2007, de 05 de março de 2007.

§ 1º. A escrituração contábil do FUNPRECON será executada de forma totalmente distinta e independente da mantida pelo tesouro municipal.

§ 2º. O FUNPRECON se sujeita às inspeções e auditorias de natureza atuarial, contábil, financeira, orçamentária e patrimonial dos órgãos de controle interno e externo.

§ 3º. O controle contábil do FUNPRECON deve elaborar, com base em sua escrituração contábil e na forma fixada pelo Ministério da Previdência Social, demonstrações financeiras que expressem com clareza a situação do patrimônio do respectivo regime e as variações ocorridas no exercício, a saber:

- I - balanço orçamentário;
- II - balanço financeiro;
- III - balanço patrimonial; e
- IV - demonstração das variações patrimoniais;

§ 4º. O Município adotará registros contábeis auxiliares para apuração de depreciações, de reavaliações dos direitos e ativos, inclusive dos investimentos e da evolução das reservas;

§ 5º. As demonstrações contábeis deverão ser complementadas por notas explicativas e outros quadros demonstrativos necessários ao minucioso esclarecimento da situação patrimonial e dos investimentos mantidos pelo RPPS;

§ 6º. O Município encaminhará ao Ministério da Previdência Social, na forma e nos prazos por este definidos, os seguintes documentos:

- I - Demonstrativo Previdenciário do RPPS;
- II - Comprovante do Repasse e Recolhimento ao RPPS dos valores decorrentes das contribuições, aporte de recursos e débitos de parcelamento; e
- III - Demonstrativo de Investimentos e Disponibilidades Financeiras.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014

§ 7º. O Município também deverá encaminhar ao Ministério da Previdência, na forma e nos prazos definidos por este, os seguintes documentos:

- a) legislação do RPPS acompanhada do comprovante de publicação e alterações;
- b) Demonstrativo de Resultado da Avaliação Atuarial - DRAA;
- c) Demonstrativos Contábeis; e
- d) Demonstrativo da Política de Investimentos.

§ 8º. Na avaliação atuarial anual serão observados as normas gerais de atuária previstas na Lei Federal 3717/98.

§ 9º. A Prefeitura, a Câmara, as autarquias e fundações públicas municipais deverão acatar as orientações contidas no parecer técnico atuarial anual, e, em conjunto com o Conselho Municipal da Previdência - CMP, adotarão as medidas necessárias para a imediata implantação das recomendações dele constantes.

SEÇÃO III DA DESPESA

Art. 62. Nenhuma despesa será realizada sem a necessária autorização orçamentária, e não poderá ultrapassar o limite estabelecido no § 3º, do art. 17, da Portaria MPAS n.º 4.992/99.

Parágrafo único. Para os casos de insuficiências e omissões orçamentárias poderão ser utilizados os créditos adicionais suplementares e especiais, autorizados por Lei e abertos por Decretos do Executivo.

Art. 63. A despesa do FUNPRECON se constituirá de:

- I - pagamento de prestações de natureza previdenciária;
- II - pagamento de prestação de natureza administrativa.

SEÇÃO IV DAS RECEITAS

Art. 64. A execução orçamentária das receitas se processará através da obtenção do seu produto nas fontes determinadas nesta lei.

CAPÍTULO VIII DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

SEÇÃO I DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Art. 65. A organização administrativa do FUNPRECON compreenderá os seguintes órgãos:

Certifico que foi publicado no
quadro de avisos da P.M.C.

Em 26/12/2014

I – Diretoria Executiva;

II – Conselho Municipal de Previdência – CMP.

**SUBSEÇÃO ÚNICA
DOS ÓRGÃOS**

Art. 66. Compõem o Conselho Municipal de Previdência do FUNPRECON, todos nomeados pelo Poder Executivo, os seguintes membros:

03 (três) representantes do Executivo indicados pelo excelentíssimo Prefeito Municipal do Condado;

03 (três) representantes do Legislativo indicados pelo excelentíssimo Presidente da Câmara Municipal do Condado;

03 (três) representantes dos servidores ativos titulares de cargo efetivo;

02 (dois) representantes dos segurados aposentados e ou pensionistas;

02 (dois) representantes dos inativos e ou pensionistas vinculados ao FUNPRECON, eleitos em assembleia direta para estes fins.

1 - Para cada dois membros especificados acima será um titular e um suplente respectivamente.

§ 1º Os membros do Conselho Municipal de Previdência, representantes do Executivo e do Legislativo, serão designados pelos Chefes dos Poderes respectivos, e os representantes dos segurados, serão escolhidos dentre os servidores municipais, em reunião específica para esta finalidade, podendo ser através de eleição direta e ou ainda por aclamação, garantida participação dos inativos e Pensionistas vinculados ao FUNPRECON.

§ 2º – Os membros do Conselho Municipal de Previdência - CMP terão mandatos de 03 (três) anos, permitida a recondução dos seus respectivos membros uma única vez.

§ 3º – O Presidente do Conselho Municipal de Previdência deverá ser eleito através de votação aberta a todos os interessados, na primeira reunião ordinária após a posse dos integrantes do CMP, com a participação de todos os seus membros, e o mandato terá validade de 03 (três) anos, podendo o Conselheiro eleito ser reconduzido por igual período.

§ 4º - O Presidente do Conselho Municipal de Previdência – CMP - terá voz e voto de desempate e as deliberações do CMP serão lavradas em livro de Atas.

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012



Art. 67. O Conselho Municipal de Previdência - CMP - se reunirá sempre com a totalidade de seus membros, pelo menos, 06 (seis) vezes ao ano, e sempre que convocado extraordinariamente pelo seu Presidente, e ou a maioria de seus membros, cabendo-lhe especificamente:

I - elaborar seu regimento interno;

II - eleger o seu presidente;

III - opinar sobre qualquer questão administrativa e financeira que lhe seja submetida pela Diretoria Executiva do FUNPRECON;

IV - julgar os recursos interpostos por parte dos servidores ativos e ou inativos que se sentirem prejudicados com decisões emanadas por parte da Diretoria Executiva do FUNPRECON;

V - aprovar a proposta orçamentária anual bem como suas respectivas alterações propostas pela Diretoria Executiva do FUNPRECON;

VI - opinar sobre a admissão, demissão, promoção e ou contratação de novos servidores;

VII - aprovar a contratação de instituição financeira que se encarregará da administração da carteira de ativos do FUNPRECON, em conformidade com os ditames da Resolução nº 3922/2010, de 25 de novembro de 2010, do Conselho Monetário Nacional, proposta pela Diretoria Executiva do FUNPRECON;

VIII - Realizar ações constantes de aconselhamento a Diretoria Executiva do FUNPRECON, nas questões por elas suscitadas;

IX - apreciar sugestões e encaminhar medidas tendentes a introduzir modificações na presente lei, bem como resolver os casos omissos;

X - julgar em última instância os recursos dos Servidores Municipais que se sentirem lesados em seus direitos inerentes a solicitação de benefícios, solicitados pelos mesmos ao FUNPRECON, sendo a decisão do referido conselho lavrado em Ata e deliberada em Resolução para posterior envio a Diretoria Executiva do FUNPRECON que deverá acatar a resolução acima citada.

Parágrafo único. As deliberações do Conselho Municipal de Previdência - CMP - serão promulgadas por meio de Resoluções.

Art. 68 A função de Secretário do Conselho Municipal de Previdência - CMP - será exercida por um servidor efetivo do quadro da Prefeitura Municipal.

Art. 69. Os membros do Conselho Municipal de Previdência - CMP, nada perceberão pelo desempenho de suas funções, devendo cumprir os seguintes requisitos:

I - frequência em todas as reuniões convocadas pelo Presidente;

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014

II - ação participativa e comprometida com os assuntos relacionados à boa administração do fundo previdenciário;

III - resposta às demandas e atendimento aos trabalhos de sua responsabilidade;

IV - pontualidade e presteza nas respostas e nos votos relativos aos processos distribuídos pelos presidentes;

V - guarda do devido decoro na atividade do Conselheiro;

VI - aprovação bimestral dos Conselheiros em avaliação do desempenho das atividades acima relacionadas.

§ 1º - O Conselheiro que, sem justa causa, faltar a três sessões consecutivas ou seis alternadas, terá seu mandato declarado extinto.

§ 2º - As deliberações do Conselho Municipal de Previdência - CMP - serão lavradas em Livro de atas e as convocações ordinárias e extraordinárias serão feitas por escrito.

§ 3º - Será firmado Termo de Posse dos membros do Conselho Municipal de Previdência - CMP.

Art. 70 - Compete ainda ao Conselho Municipal de Previdência:

- aprovar a política e as diretrizes de investimento dos recursos do FUNPRECON, em especial a contratação de instituição financeira para gerir a aplicação dos recursos do fundo;

II - participar, acompanhar e avaliar mensalmente a gestão econômica e financeira do FUNPRECON, em especial dos planos de custo e de benefícios, solicitando informações à Secretaria Executiva;

III - apreciar e aprovar os seguintes documentos elaborados pela Secretaria Executiva:

a) proposta orçamentária anual do FUNPRECON;

b) o relatório anual de atividades do FUNPRECON, inclusive com demonstrações estatísticas dos benefícios concedidos no exercício;

c) os balanços mensais, os demonstrativos financeiros, o balanço e a prestação de contas anual;

IV - deliberar sobre a aceitação de bens, legados e doações com encargos, oferecidos ao FUNPRECON.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014

V – solicitar ao Prefeito, se necessário, a contratação de auditorias independentes;

VI – apreciar e deliberar sobre as avaliações atuariais e respectivas notas técnicas atuariais;

VII – adotar, de forma independente, medidas necessárias à garantia do recolhimento das contribuições previdenciárias previstas nesta lei;

VIII – sugerir a promoção de ajustes à organização e operação do FUNPRECON, se necessário;

IX – acompanhar a execução orçamentária do FUNPRECON, conferindo a classificação dos fatos e examinando sua procedência e exatidão;

X – examinar as prestações efetivadas pelo FUNPRECON, aos servidores e dependentes e as respectivas tomadas de contas efetuadas pela Diretoria Executiva;

XI – proceder, face aos documentos de receita e despesa, a verificação dos balancetes mensais, os quais deverão estar instruídos com os devidos esclarecimentos para apreciação do Conselho Administrativo;

XII – encaminhar aos Poderes Executivo, e Legislativo, anualmente, até o mês de março, com seu parecer técnico, o relatório do exercício anterior do FUNPRECON, o Processo de tomada de contas, o balanço anual e o inventário a ele referente, assim como o relatório estatístico do elenco de benefícios prestados;

XIII – requisitar da Diretoria Executiva do FUNPRECON, as informações que julgar convenientes e necessárias ao desempenho de suas atribuições e notificá-la correção de eventual irregularidades verificadas, representando ao Poder Executivo o desenrolar dos acontecimentos;

XIV – propor a Diretoria Executiva do FUNPRECON, medidas que julgar necessárias para resguardar a lealdade e transparência da administração do mesmo;

XV – proceder a verificação de valores em depósito na tesouraria, em instituições financeiras, e atestar sua correta aplicação, e ou sugerindo mudanças na política de investimentos, em conformidade com a Resolução nº 3922/2010, de 25 de novembro de 2010.

§ 1º. As deliberações do Conselho Municipal de Previdência – CMP – serão promulgadas por meio de Resoluções e publicadas no site eletrônico do FUNPRECON, ou no quadro de publicações da Prefeitura Municipal do Condado e demais Unidades Administrativas.

§ 2º. – São atribuições do Presidente do Conselho Municipal de Previdência – CMP:

I – dirigir e coordenar as atividades do CMP;

 Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C
Em 26/12/2012



- II – convocar, instalar e presidir as reuniões;
- III – avocar o exame e propor solução de quaisquer assuntos do FUNPRECON;
- IV – praticar os demais atos de sua competência, nos termos desta lei;
- V – autorizar que o Conselho delibere os assuntos inerentes a mesma com quórum superior a 50% (cinquenta por cento) dos Conselheiros, o que implicará na anuência e concordância, por parte dos fatosos, acerca dos temas deliberados.

SEÇÃO II DA ADMINISTRAÇÃO DO FUNDO

Art. 71. O FUNPRECON - Instituto de Previdência dos Servidores de Condado, Estado de Pernambuco- será gerido e administrado, por uma Diretoria Executiva composta dos seguintes membros:

Diretor (a) Presidente (a);
Diretor (a) de Benefícios;
Diretor (a) Administrativo Financeiro.

A Diretoria Executiva de que trata o presente artigo receberá o apoio do órgão definido no inciso II, do Art. 65, da presente lei.

§ 1º Compete especificamente ao Diretor Presidente

- I - representar o FUNPRECON em todos os atos e perante quaisquer autoridades;
- II - comparecer as reuniões do Conselho Municipal de Previdência - CMP - sem direito a voto;
- III - cumprir e fazer cumprir as decisões do Conselho Municipal de Previdência - CMP;
- IV - propor, para aprovação do Conselho Municipal de Previdência - CMP, o quadro de pessoal do FUNPRECON;
- V - organizar, em conjunto com o (a) Diretor(a) de Benefícios, os serviços de Prestação Previdenciária do FUNPRECON;
- VI - assinar, em conjunto com o Diretor Administrativo Financeiro, os cheques e documentos, respondendo pelos atos e fatos de interesse do FUNPRECON;

Certifico que foi publi-

quadro de aviso o-

Em

26/12/2014

VII - encaminhar, os balanços mensais, o balanço e as contas anuais do FUNPRECON para o Conselho Municipal de Previdência - CMP - e para o Tribunal de Contas do Estado, acompanhadas dos pareceres do Conselho Municipal de Previdência - CMP;

XIII - assinar, em conjunto com o (a) Diretor (a) de Benefícios, atos de concessão de aposentadorias e ou pensão, e demais benefícios previdenciários.

IX - apresentar relatório de receitas e despesas (relatório de gestão) mensais ao Conselho Municipal de Previdência - CMP;

X - despachar os processos de habilitação a benefícios, concedendo pareceres de ordem técnica, inclusive nas solicitações de revisão de benefícios de proventos de aposentadorias e ou pensões;

XI - movimentar as contas bancárias do FUNPRECON conjuntamente com o Diretor (a) Administrativo Financeiro do FUNPRECON;

XII - fazer delegação de competência aos servidores do FUNPRECON;

XIII - ordenar despesas e praticar todos os demais atos de administração.

§ 2º Para melhor desenvolvimento das funções do FUNPRECON, poderão ser feitos desdobramentos dos órgãos de direção e executivo, por deliberações do Conselho Municipal de Previdência - CMP.

§ 3º O Diretor Presidente, será assistido, em caráter permanente ou mediante serviços contratados, por Assessores incumbidos de colaborar e orientar na solução dos problemas técnicos jurídicos e atuariais do FUNPRECON.

Art. 72 - Compete ao Diretor(a) Administrativo Financeiro.

I - manter o serviço de protocolo, expediente, arquivo, bem como baixar ordens de serviços relacionados com aspecto financeiro;

II - fornecer, até o décimo dia útil de cada mês, os informes necessários à elaboração do balanço do mês anterior;

III - manter atualizadas as contabilidades financeira e patrimonial;

IV - promover a arrecadação, registro e guarda de rendas e quaisquer valores devidos ao FUNPRECON, e dar publicidade à movimentação financeira;

V - providenciar a elaboração do orçamento anual e plurianual de investimentos, e acompanhar a sua execução;

VI - assinar, em conjunto com o Diretor Presidente, os cheques e documentos, respondendo pelos atos e fatos de interesse do FUNPRECON;



VII - providenciar a abertura de créditos adicionais, quando necessário;

VIII - manter controle dos serviços relacionados com a aquisição, recebimento, guarda e controle, bem como da fiscalização do consumo de material;

IX - manter controle sobre a guarda dos valores, títulos e disponibilidades financeiras e demais documentos que integram o Patrimônio do FUNPRECON;

X - providenciar o cálculo da folha mensal dos benefícios a serem pagos pelo FUNPRECON aos segurados e dependentes, nos termos desta lei;

XI - substituir o Diretor Presidente em seus impedimentos eventuais.

Art. 73 - Compete ao Diretor(a) de Benefícios:

I - manter os serviços de protocolo e arquivos do Instituto;

II - manter constantemente atualizado o cadastro pertencente ao FUNPRECON, referente aos seus segurados, definidos no artigo 3º, e de seus dependentes definidos no artigo 7º, da presente lei;

III - proceder com os cálculos mensais do pagamento de benefícios previdenciários;

IV - realizar serviços de esclarecimentos e orientações aos segurados, quando questionado acerca de seus direitos e deveres junto ao FUNPRECON;

V - assinar, em conjunto com o (a) Diretor(a) Presidente, atos de concessão de aposentadorias e ou pensão, e demais benefícios previdenciários;

VI - despachar os processos de habilitação a benefícios, concedendo pareceres de ordem técnica, inclusive nas solicitações de revisão de benefícios de proventos de aposentadorias e ou pensões;

SEÇÃO II DO PESSOAL

Art. 74. O Cargo de Diretor Presidente do FUNPRECON será exercido exclusivamente por servidor titular de cargo efetivo, portador de diploma de nível superior, sendo de livre designação e exoneração pelo Poder Executivo do Condado, com símbolo, status e remuneração de Secretário do Município.

I - Os cargos de Diretor (a) de Benefícios, e Diretor (a) Administrativo Financeiro, serão de livre nomeação e exoneração do Poder Executivo Municipal.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C

Em 29/12/2014



Parágrafo único. Os direitos, deveres e regime de trabalho dos servidores do FUNPRECON reger-se-ão pelas normas aplicáveis aos servidores municipais, através do Estatuto do Servidor Público em vigor no Município de Condado.

Art. 75. O Diretor Presidente, poderá requisitar servidores municipais, por necessidade administrativa, mediante requerimento formal ao Poder Executivo Municipal.

SEÇÃO III DOS RECURSOS

Art. 76. Os segurados do FUNPRECON e respectivos dependentes, poderão recorrer ao Conselho Municipal de Previdência - CMP, dentro de 30 (trinta) dias contados da data em que forem notificados, das decisões do Diretor Presidente, denegatórias de prestações previdenciárias.

CAPÍTULO IX DOS DEVERES E OBRIGAÇÕES

SEÇÃO I DOS SEGURADOS

Art. 77 - São deveres e obrigações dos segurados:

- I - acatar as decisões dos órgãos de direção do FUNPRECON;
- II - aceitar e desempenhar com zelo e dedicação os cargos para os quais forem eleitos ou nomeados;
- III - dar conhecimento à direção do FUNPRECON das irregularidades de que tiverem ciência, e sugerir as providências que julgarem necessárias;
- IV - comunicar por escrito ao FUNPRECON qualquer alteração necessária aos seus assentamentos, sobretudo aquelas que digam respeito aos dependentes e beneficiários.

Parágrafo único. O segurado que se valer da faculdade prevista no art. 6.º, fica obrigado a recolher suas contribuições e débitos, mensalmente, na rede bancária, mediante boleto bancário emitido pelo FUNPRECON.

Art. 78. O segurado pensionista terá as seguintes obrigações:

- I - acatar as decisões dos órgãos de direção do FUNPRECON;
- II - apresentar, anualmente, em janeiro, atestado de vida e residência do grupo familiar beneficiado por esta lei;

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014

III - comunicar por escrito ao FUNPRECON as alterações ocorridas no grupo familiar para efeito de assentamento;

IV - prestar, com fidelidade, os esclarecimentos que forem solicitados pelo FUNPRECON.

CAPÍTULO X
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 79 - Observado o disposto no art. 4º da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, é assegurado o direito de opção pela aposentadoria voluntária, com proventos calculados de acordo com o art. 13, desta lei, àquele que tenha ingressado regularmente em cargo efetivo na Administração Pública Municipal direta, autárquica e fundacional, até a data de publicação daquela Emenda, quando o servidor, cumulativamente:

I - tiver cinquenta e três anos de idade, se homem, e quarenta e oito anos de idade, se mulher;

II - tiver cinco anos de efetivo exercício no cargo em que se der a aposentadoria;

III - contar tempo de contribuição igual, no mínimo, à soma de:

a) trinta e cinco anos, se homem, e trinta anos, se mulher; e

b) um período adicional de contribuição equivalente a vinte por cento do tempo que, na data da publicação daquela Emenda, faltaria para atingir o limite de tempo constante da alínea "a" deste inciso.

§ 1º O servidor de que trata este artigo que cumprir as exigências para aposentadoria, na forma do caput, terá os seus proventos de inatividade reduzidos para cada ano antecipado, em relação aos limites de idade estabelecidos pelo inciso III, alínea "a" e § 3º, do art. 12, desta lei, na seguinte proporção:

I - três inteiros e cinco décimos por cento, para aquele que completar as exigências para aposentadoria, na forma do caput, até 31 de dezembro de 2005;

II - cinco por cento, para aquele que completar as exigências para aposentadoria, na forma do caput, a partir de 1º de janeiro de 2006.

§ 2º O professor, que, até a data da publicação da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, tenha ingressado, regularmente, em cargo efetivo de magistério e que opte por aposentar-se na forma do disposto no caput, terá o tempo de serviço exercido até a publicação daquela Emenda contado com o acréscimo de dezessete por cento, se

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012

homem, e de vinte por cento, se mulher, desde que se aposente, exclusivamente, com tempo de efetivo exercício nas funções de magistério, observado o disposto no § 1º.

§ 3º O servidor de que trata este artigo, que tenha completado as exigências para aposentadoria voluntária estabelecidas no caput, e que opte por permanecer em atividade, fará jus a um abono de permanência equivalente ao valor da sua contribuição previdenciária, até completar as exigências para aposentadoria compulsória contidas no inciso II, do art. 12, desta Lei.

§ 4º As aposentadorias concedidas de acordo com este artigo aplica-se o disposto no art. 40, § 8º, da Constituição Federal.

Art. 80. Observado o disposto no art. 37, desta lei, o tempo de serviço, considerado pela legislação vigente para efeito de aposentadoria, cumprido até que a lei federal discipline a matéria, será contado como tempo de contribuição.

Art. 81. Ressalvado o direito de opção à aposentadoria pelas normas estabelecidas pelo art. 12, ou pelas regras estabelecidas pelo art. 79, desta lei, o servidor que tenha ingressado no serviço público até a data de publicação da Emenda Constitucional, poderá aposentar-se com proventos integrais, que corresponderão à totalidade da remuneração do servidor no cargo efetivo em que se der a aposentadoria, na forma da lei, quando, observadas as reduções de idade e tempo de contribuição contidas no § 3º, do art. 12, desta lei, vier a preencher, cumulativamente, as seguintes condições:

I - sessenta anos de idade, se homem e cinquenta e cinco anos de idade, se mulher;

II - trinta e cinco anos de contribuição, se homem, e trinta anos de contribuição, se mulher;

III - vinte anos de efetivo exercício no serviço público; e

IV - dez anos de carreira e cinco anos de efetivo exercício no cargo em que se der a aposentadoria.

Parágrafo único. Os proventos das aposentadorias concedidas conforme este artigo serão revistos na mesma proporção e na mesma data, sempre que se modificar a remuneração dos servidores em atividade, na forma da lei, observado o disposto no art. 37, XI, da Constituição Federal.

Art. 82. É assegurada a concessão, a qualquer tempo, de aposentadoria aos servidores públicos, bem como pensão aos seus dependentes, que, até a data de publicação da Emenda Constitucional nº 41/2003, tenham cumprido todos os requisitos para obtenção desses benefícios, com base nos critérios da legislação então vigente.



Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012



§ 1º O servidor de que trata este artigo que opte por permanecer em atividade tendo completado as exigências para aposentadoria voluntária e que conte com, no mínimo, vinte e cinco anos de contribuição, se mulher, ou trinta anos de contribuição, se homem, fará jus a um abono de permanência equivalente ao valor da sua contribuição previdenciária, até completar as exigências para aposentadoria compulsória contidas no inciso II, do art. 12, desta lei.

§ 2º Os proventos da aposentadoria a ser concedida aos servidores públicos referidos no caput, em termos integrais ou proporcionais ao tempo de contribuição já exercido até a data de publicação da Emenda Constitucional de que trata este artigo, bem como as pensões de seus dependentes, serão calculados de acordo com a legislação em vigor à época em que foram atendidos os requisitos nela estabelecidos para a concessão desses benefícios ou nas condições da legislação vigente.

Art. 83. Observado o disposto no art. 37, XI, da Constituição Federal, os proventos de aposentadoria dos servidores públicos titulares de cargo efetivo e as pensões dos seus dependentes, em fruição na data de publicação da Emenda Constitucional n.º 41/2003, bem como os proventos de aposentadoria dos servidores e as pensões dos dependentes abrangidos pelo artigo anterior, serão revisados na mesma proporção e na mesma data, sempre que se modificar a remuneração dos servidores em atividade, sendo também estendidos aos aposentados e pensionistas quaisquer benefícios ou vantagens posteriormente concedidos aos servidores em atividade, inclusive quando decorrentes da transformação ou reclassificação do cargo ou função em que se deu a aposentadoria ou que serviu de referência para a concessão da pensão, na forma da lei.

Art. 84. Ressalvado o direito de opção à aposentadoria pelas normas estabelecidas pelo artigo 12, desta lei, ou pelas regras estabelecidas pelos artigos 79, e 80, desta lei, o servidor que tenha ingressado no serviço público até 16 de dezembro de 1998, poderá aposentar-se com proventos integrais, desde que preencha, cumulativamente, as seguintes condições:

I – trinta e cinco anos de contribuição, se homem, e trinta anos de contribuição, se mulher;

II – vinte e cinco anos de efetivo exercício de serviço público, quinze anos de carreira e cinco anos no cargo em que se der a aposentadoria;

III – idade mínima resultante da redução, relativamente aos limites do art. 40, § 1º, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, combinado com o art. 12, inciso III, alínea "a", desta lei, de um ano de idade para cada ano de contribuição que exceder a condição prevista no inciso I do caput deste artigo.

Parágrafo Único. Aplica-se ao valor dos proventos de aposentadoria concedidas com base neste artigo o disposto no art. 7º, da Emenda Constitucional nº 41, de 2003, combinado com o Art. 84, desta lei observando-se igual critério de revisão às pensões derivadas dos proventos de servidores falecidos que tenham se aposentado em conformidade com este artigo.

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso de P.M.C

Em 26/12/2014

Art. 85. Para todos os efeitos, os períodos de tempo utilizados para o cálculo de concessões de quaisquer benefícios previdenciários constantes da presente lei, serão considerados e contados em número de dias.

Art. 86. Fica homologado o relatório técnico sobre os resultados da reavaliação atuarial, realizado em maio/2011.

Art. 87. O Município será responsável pela cobertura de eventuais insuficiências financeiras do FUNPRECON, decorrentes do pagamento de benefícios previdenciários.

Art. 88. O Município, a partir da data de aprovação da presente lei, passa a ser o responsável direto pelo pagamento de todos os inativos e pensionistas existentes antes da data do envio da Lei Municipal n.º 762/2003, de 28 de maio de 2003.

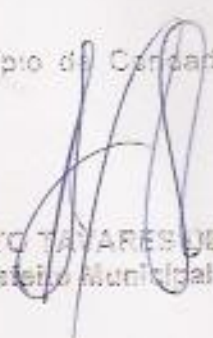
Art. 89. A alíquota contributiva de que trata os incisos III e IV, do art. 44, da presente lei, somente será exigida 90 (noventa) dias após a publicação desta, em conformidade com o § 6.º, do Art. 155, da Constituição Federal.

Art. 90. Os Atos de concessão de benefícios previdenciários seguirão numeração, e modelo padrão, específicos do FUNPRECON, definidos através de Resoluções, e Anexos emitidos pelo Diretor Presidente em conjunto com o Diretor de Benefícios.

Art. 91. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 92. Revogam-se as disposições em contrário, em especial as Leis Municipais n.ºs 762/2003, de 28 de maio de 2003 e 807/2006, de 22 de junho de 2006.

Gabinete do Prefeito do Município do Condado/PE, em 26 de Dezembro de 2011.


JOSÉ EDBERTO TAVARES DE QUENTAL
Prefeito Municipal

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da PMO

Em 26/12/2011

ANEXO I - (Artigo 14, § 1º)

MANUAL DE PERÍCIA MÉDICA PARA CONCESSÃO DE APOSENTADORIA INTEGRAL POR INVALIDEZ PERMANENTE, PREVISTO NO ARTIGO 14 DA LEI MUNICIPAL Nº _____

Doenças classificadas no Artigo 14, da Lei Municipal do Fundo Previdenciário do Município do Condado - FUNPRECON

As doenças especificadas na Lei Municipal de que trata especificamente do Regime Próprio de Previdência do Município, 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 calculados em conformidade com o Artigo 1º da Lei 10887, de 18 de junho de 2004.

Essas doenças, permitem aos seus portadores a isenção de imposto de renda sobre proventos de aposentadoria, reforma ou pensão. (Lei Federal 1052/04, de 29 de dezembro de 2004)

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

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

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

a) Doenças especificadas no artigo 14 da Lei do Regime Próprio de Previdência Municipal de Condado/PE

Alimentação mental;

Cardiopatia grave;

Cegueira posterior ao ingresso no serviço público;

Doença de Parkinson;

Esclerose múltipla;

Espondilartrose anquilosante;

Formas avançadas da Doença de Paget;

Hanseníase;

Nefropatia grave;

Neoplasias malignas;

Paralisia irreversível e incapacitante;

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014

Síndrome da imunodeficiência adquirida (SidaAids);

Tuberculose ativa.

ALIENAÇÃO MENTAL

Conceitos:

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

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

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

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

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

Normas de Procedimentos para a Perícia Oficial em Saúde

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

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

Critérios 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.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014

4 - Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;

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

São Passíveis de Enquadramento:

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

São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental:

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

Quadros Não Passíveis de Enquadramento:

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

CARDIOPATIA GRAVE

Conceitos:

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

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2014



O Conceito de Cardiopatia Grave engloba doenças agudas e crônicas que em sua evolução limitam progressivamente a capacidade funcional do coração, levando a diminuição da capacidade física e laborativa, a despeito do tratamento 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 decoração – NYHA	
Classe I	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga aumentada, palpitação, dispnéia 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, dispnéia 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 6 min.
- 2 - Exames laboratoriais: hemograma, BNP, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas, exame de urina e de fezes.
- 3 - Radiografias do tórax em AP e perfil.
- 4 - Eletrocardiograma de repouso.
- 5 - Eletrocardiograma de esforço.
- 6 - Eletrocardiografia dinâmica - Holter.
- 7 - Mapeamento ambulatorial da pressão arterial.
- 8 - Ecocardiografia bidimensional com Doppler de fluxos valvulares.
- 9 - Cintilografia miocárdica.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014

- 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, dispnéia de esforço e em repouso (CF III e VI da NYHA), fenômenos tromboembólicos, tontura, síncope, precordialgia. Fração de ejeção <40%; dilatação e hipoc contratilidade ventricular vistas no estudo hemodinâmico.

2 • Síndrome de insuficiência coronariana;

- a. Quadro clínico de forma crônica - Angina classes III e IV da CCS (Canadian Cardiovascular Society), apesar da terapêutica máxima adequadamente usada; manifestações clínicas de insuficiência cardíaca associada à isquemia aguda nas formas crônicas, a presença de disfunção ventricular progressiva; arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extrasístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada devem-se associar dados do ECG e Holter).
- b. Cinecoronarioventriculografia - lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de >70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerda; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo, complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.
- c. Fatores de risco e condições associadas - idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.

3 • Síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundários a uma cardiopatia;

4 • Arritmias complexas e graves; arritmias que cursam com instabilidade elétrica do coração, complexas, refratárias ao tratamento, sintomáticas (síncope, fenômenos tromboembólicos).

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012

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

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

Critérios de Enquadramento

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

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

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave:

- 1 - Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);
- 2 - Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);
- 3 - Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrasístolas e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
- 4 - Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014

5 - Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sabe-se, também, que em um grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012

radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação.

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

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

Cegueira posterior ao ingresso no serviço público:

Conceito

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

São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

- 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;
- Os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20º no melhor olho, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

Graus de perda parcial da visão

- Grau I: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 Snellen, bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de Snellen;
- Grau II: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/200 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/400 Snellen;
- Grau III: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/400 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/1.200 Snellen; e,
- Grau IV: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de um metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

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

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012

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.

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100%
20/22	0,9	93,0%
20/25	0,8	85,5%
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%

Critérios de Enquadramento

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

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2012



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 acrescentar entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "equivalente à cegueira".

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

É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, que, no caso de agravamento, poderão pleitear aposentadoria. Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

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

Doença de Parkinson

Conceito:

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

- Tremor: hiperkinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- Rigidez muscular: sinal característico e eventualmente dominante acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fraçãoária, conhecidos como "sinal de roda dentada";
- Oligocinesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos (bradicinesia) são típicos à medida que a rigidez progride. Os movimentos também se tornam reduzidos (hipocinesia) e difíceis de iniciar (acinesia);
- Instabilidade postural: O paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;
- Demência: pode ocorrer tardiamente.

Considerações:

Certifico que foi publicado

quadro de aviso da P.M.

Em 26/12/2014

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 da invalidez de um paciente portador de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster:

Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson	
A) BRADICINESIA DE MÃOS + INCLUINDO ESCRITA MANUAL	
Sem comprometimento	0
Identificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual.	1
Identificação 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
Identificação grave do uso da supinação-pronação incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	3
B) RIGIDEZ	
Não detectável.	0
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de alívio 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	

Certifico que foi publicado.

quadro de aviso de

Em 26/12/2012

Postura normal. Cabeça fletida para frente, menos que 10 cm.	0
Começando a apresentar coluna de aticador. Cabeça fletida para frente, mais de 12 cm.	1
Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Um ou ambos os braços elevados, mas abaixo da cintura.	2
Início da postura simiesca. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando a extensão interfalange. Começando a flexão dos joelhos.	3
D) BALANCEIO DE MEMBROS SUPERIORES	
Balaceio correto dos dois braços	0
Um dos braços com diminuição definida do balanceio	1
Um braço não balanceia	2
Os dois braços não balançam	3
E) MARCHA	
Passos bons, com passada de 40 cm a 75 cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encurtada para passada com 30 cm a 40 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encurtada agora com 15 cm a 30 cm. Os dois Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como "gaguejar". O paciente anda sobre os aríetos 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 apico, 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

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012

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 automimentação 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 intermitente, com aumento acentuado no final. 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) SEBORRÉIA	
Nenhuma	0
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	1
Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa.	2
Seborréia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa.	3
I) FALA	
Clara, sonora, risonha, 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 um defeito definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente.	1

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2012

ainda empregado.	
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
Totalizadores dos pontos:	
Total:	

Análise dos Pontos (soma):

1 – 10 = Início da doença

11 – 20 = incapacidade moderada

21 – 30 = Doença grave ou avançada

Critérios de Enquadramento

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

1 - Quando as manifestações clínicas e a evolução da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e à realização das atividades normais da vida diária;

2 - Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

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

Esclerose Múltipla

Conceito

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

Etiologia

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

Patologia

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2011

[Assinatura]

Placas ou linhas 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 marçantes: 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 amildam, 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: síringomiaia; 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 placas;
- 3 - Potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

Crítérios de Enquadramento

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014



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

Espondiloartrose Anquilosante

Conceito

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

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

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

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

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

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

Critérios de Enquadramento

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

Ao firmarem seus laudos, a perícia deverá fazer constar:

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

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2014

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

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

Estados Avançados do Mal de Paget

Conceito

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

Quadro Clínico

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

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

- Lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);
- Complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgia;
- 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.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2011

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 de fosfatase alcalina;
- c. Dosagem de hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

Hanseníase

Conceito:

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa curável, de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium Lepae* (bacilo de Hansen).

A doença tem curso crônico, com predileção pela pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

Sinais Cardinais da Hanseníase:

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

Classificação

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

- 1 • Paucibacilares (PB) – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; Tratamento de seis meses

- a. Indeterminada (I)
- b. Tuberculóide (T)

- 2 • Multibacilares (MB) – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses.

A baciloscopia de pele (estregado 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.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011

[Assinatura]

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

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

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

Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri:

1 - Hanseníase Indeterminada (HI) CID A30. 0 – Considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana;

2 - Hanseníase Tuberculóide (HT) CID - 10 A30. 1 – Poucas lesões bem delimitadas, em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, anestésicas e de distribuição assimétrica, com crescimento centrífugo lento levando à atrofia no interior da lesão;

3 - Hanseníase Dímorfa (HD) CID - 10 A30. 3 – Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;

4 - Hanseníase Virchowiana (HV) CID - 10 A30. 5 – Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

Neuropatia Hanseníca - 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:

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste de 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 nos mãos e/pés.
2	Olhos: lagrimejamento e/ou escorpião; irregularidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos: lesões crônicas e/ou lesões traumáticas; garras; ressecamento; não cresce. Pés: lesões crônicas e/ou traumáticas; garras; ressecamento; pé caído; contusão da calcâneo.

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.
	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.
DIMINÚIDA	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade.
	2	Realiza o movimento parcial.
PARALISADA	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisada (nenhum movimento).

Critérios de Enquadramento

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011



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

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

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

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

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

Nefropatia Grave

Conceito:

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

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

- 1 - Os sintomas clínicos;

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011



2 - As alterações bioquímicas.

Quadro Clínico

Manifestações clínicas:

- 1 - Ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
- 2 - Cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
- 3 - Gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoníaco, 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.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011

Considerações:

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

Doenças Renais Crônicas – Estadiamento e Classificação*			
ESTÁGIO	FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ML/MIN)	CREATININA (MG/DL)	GRAU DE I.R.C.
0	> 90	0,6 – 1,4	Grupo de risco para DRC: Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6 – 1,4	Função renal normal: Presença de lesão renal
2	60 – 89	1,5 – 2,0	IR leve ou funcional
3	30 – 59	2,1 – 6,0	IR moderada ou laboratorial
4	15 – 29	6,1 – 9,0	IR grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	IR terminal ou pré-dialítica

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

São consideradas nefropatias graves:

1 - As nefropatias incluídas no Estádio 3, desde que o periculado apresente sintomas e sinais que estejam produzindo incapacidade laborativa;

2 - As nefropatias incluídas nos Estádios 4 e 5.

Crterios de Enquadramento

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

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

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

Neoplasia Maligna

Conceito

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

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011

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

Avaliação Diagnóstica e Estadiamento

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

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

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

Prognóstico

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

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

Objetivos do Exame Pericial

O exame pericial objetiva comprovar:

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

Critérios de Enquadramento

A pericia 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;

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.
Em 26/12/2011

4 = Recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

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

1 = O tipo histopatológico da neoplasia;

2 = Sua localização;

3 = A presença ou não de metástases;

4 = O estadiamento clínico pelo sistema TNM, podendo ser utilizada outra classificação, em casos específicos, não contemplada por este sistema;

5 = Acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

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

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

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

Paralisia Irreversível e Incapacitante

Conceito

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

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

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

São equiparadas às paralisias as lesões osteomusculoesqueléticas, as vasculares graves e crônicas, e as parestias 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 osteomusculoesqueléticas envolvendo a coluna vertebral.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.I.
Em 26/12/2011

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, satisfazendo 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 citado na lei.

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

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

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

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)

Conceito

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) 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:

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.

Em 26/12/2011

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 ocular;

2 - Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;

3 - Candidíase orofaríngea;

4 - Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração);

Categoria "C":

Indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:

1 - Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;

2 - Criptococose extrapulmonar;

3 - Câncer cervical uterino;

4 - Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;

5 - Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;

6 - Histoplasmose disseminada;

7 - Isosporiose crônica;

8 - Micobacteriose atípica;

9 - Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;

10 - Pneumonia por *P. carinii*;

11 - Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;

12 - Bacteremia recorrente por "salmonella";

13 - Toxoplasmose cerebral;

14 - Leucoencefalopatia multifocal progressiva;

15 - Criptosporidiose intestinal crônica;

16 - Sarcoma de Kaposi;

17 - Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;

18 - Encefalopatia pelo HIV;

19 - Síndrome consumptiva pelo HIV.

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

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

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2011

2 • Grupo 2: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/ mm^3 .

3 • Grupo 3: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/ mm^3 .

Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial				
GRUPOS	LT - CD4+	CATEGORIAS CLÍNICAS		
		A	B	C
1	$>500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
2	200- 499/ mm^3	A2	B2	C2
3	$<200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

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

Critérios de Enquadramento:

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

2 • Serão considerados Incapazes temporariamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral pela perícia. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam com sorologia positiva e incapacitada para retorno ao trabalho, serão aposentados.

3 • A revisão da aposentadoria, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção médica pela Perícia Oficial em Saúde.

4 • Deverá constar, obrigatoriamente, nos laudos de aposentadoria, se o servidor é portador do HIV ou de Sida/Aids, mencionando, ainda, a sua classificação de acordo com o quadro acima (por exemplo: A1).

Tuberculose Ativa

Conceito

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

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

Certifico que foi publicado no
quadro de avisos da P.M.C.
Em 26/12/2011

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 I: indivíduo sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;
- 2 - Classe II: 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.
 - 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 tuberculosas são ditas curadas quando, após o tratamento regular com esquema triplice, durante seis meses, apresentem as características de inatividade descritas anteriormente.

Localização das Lesões:

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011



Tuberculose pulmonar

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

Tuberculose ganglionar

As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos cervicais. Tuberculose renal: O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizado por meio dos seguintes exames:

1 - Bacteriológico: comprovação da presença do *Mycobacterium tuberculosis*. "A comprovação bacteriológica é a única que pode afirmar o diagnóstico e a atividade das lesões, mas, nestes casos, só é positiva em 50% dos examinados".

2 - Radiológico: quando revela alterações renais, com lesão dos cálices (que podem chegar até a destruição total desses), dos hacinetas 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 Mai de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral, há, no exame radiológico, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais.

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

Critérios de Enquadramento

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

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

De modo a comprovar com segurança a atividade da doença, o pericia 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 pericia 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.

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011

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 fibroclatrical 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 pulmonalis" 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 nos 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.

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 hemorragias digestivas. 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, asterix, 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;

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011



- 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. Panцитopenia (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 da bilirrubinas;
- b. Transaminases elevadas;
- d. Fosfatase alcalina e gama-GT elevadas;
- c. Albumina reduzida.

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 esofágicas 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:

Certifico que foi publicado no

quadro de aviso da P.M.C.

Em 26/12/2011



- 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	$\geq 3,5g\%$	$3,0 \text{ a } 3,5g\%$	$< 3,0g\%$
Bilirrubina	$< 2,0mg\%$	$< 2,0mg\%$ 2,0 a $3,0mg\%$	$> 3,0mg\%$
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Gravidade de encefalopatia	Não	Leve	Grave
Tempo de protrombina	$> 75\%$	50 a 74%	$< 50\%$

CLASSE	TOTAL DE PONTOS
A	05 a 06
B	07 a 09
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 graduação:

- 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;

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011

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

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

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

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

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

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

Contaminação por Radiação

Conceito

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

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

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011



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 - Hematopoietico: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose;

2 - Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrólítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e

3 - Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy. Os quadros clínicos decorrentes do acúmulo de pequenas doses de exposição por longo período de tempo não são considerados quadros de síndrome aguda da radiação. Nestes casos, a perícia oficial em saúde deverá considerar os mesmos parâmetros de avaliação estabelecidos para a síndrome aguda da radiação.

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

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

2 - Grau II ou moderada (exposição > 12,0 Gy a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com ulcera tardia;

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

Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011

4 - Grau IV ou muito grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

Diagnóstico

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

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

Critérios de Enquadramento

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

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

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

 Certifico que foi publicado no
quadro de aviso da P.M.C.
Em 26/12/2011

