

DECRETO Nº 2.417/2018, DE 16 MARÇO DE 2018.

**DISPÕE SOBRE AS INSPEÇÕES DE SAÚDE
FÍSICA E MENTAL NA ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA MUNICIPAL.**

KLAUS WERNER SCHNACK, Prefeito Municipal de Arroio do Meio, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais,

DECRETA:

Art. 1º Este Decreto regulamenta as inspeções de saúde física e mental realizadas na Administração Pública Municipal para fins de:

I - comprovação de aptidão para a admissão de pessoal em cargos de provimento efetivo e de provimento em comissão;

II - comprovação de aptidão para a contratação temporária de excepcional interesse público;

III - readaptação;

IV - aproveitamento de servidor que se encontra em disponibilidade há mais de 12 meses;

V - concessão de falta justificada ao serviço em virtude de doença;

VI - concessão de ausência remunerada a servidor para acompanhamento de pais com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e filhos menores de 12 (doze) anos;

Art. 2º As inspeções de saúde a que se refere o *caput* e incisos do artigo 1º serão realizadas a pedido do interessado ou de ofício.

§ 1º Quando a avaliação for a pedido do interessado, e este não tiver condições de apresentar-se pessoalmente no Departamento de Pessoal para requerê-la, poderá fazê-lo, por escrito, sendo que na impossibilidade de locomoção do servidor, a avaliação pericial será realizada no estabelecimento hospitalar onde ele se encontrar internado ou em seu domicílio, cabendo a junta médica designada se deslocar até o local.

§ 2º Nas hipóteses previstas nos incisos III e IV, faz-se necessária a avaliação por junta oficial, composta por um mínimo de três médicos e designada pelo Município.

§ 3º Nos demais casos a inspeção será realizada apenas por um médico.

§ 4º Poderão realizar as inspeções médicos não integrantes do quadro de pessoal do Município, desde que os atestados observem o modelo do Anexo I desse Decreto.

Art. 3º Para as inspeções de saúde a que se referem os incisos I e II do artigo 1º poderão ser exigidos os seguintes exames:

I - Hemograma Completo;

- II - Colesterol Total;
- III - Exame ECG;
- IV - Exame Citopatológico;
- V - Audiometria;
- VI - Ressonância Magnética da Coluna;
- VII - E.Q.U. (Urina);
- VII - Atestado de sanidade física e mental oriunda de psiquiatra);
- IX - Raio X de tórax AP e Perfil (c/ laudo);
- X - Laudo Oftalmológico.

§ 1º Quando for indispensável, poderão ser requisitados pela junta ou pelo médico designado, com as devidas justificativas, exames complementares, os quais deverão ser deferidos pela Administração.

§ 2º Os exames a que se referem o caput e o parágrafo 1º do presente artigo serão custeados pelo próprio interessado.

Art. 4º Ter-se-ão como válidas, para efeito deste Decreto, as inspeções realizadas por médicos e odontólogos, conforme o caso, nos termos do que dispõe a Resolução CFM nº 1.658/2002, que "Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências", alterada parcialmente pela Resolução CFM nº 1.851/2008.

Art. 5º Nos laudos periciais elaborados para efeito de inspeção de saúde deverá constar:

- I - a identificação do servidor ou do dependente e do profissional ou profissionais emitentes do laudo;
- II - o respectivo registro dos profissionais no conselho de classe;
- III - o código da Classificação Internacional de Doenças - CID;
- IV - a conclusão da avaliação; e
- V - o tempo provável e/ou necessário para o afastamento.

Art. 5º-A Sem prejuízo dos demais requisitos previstos especificamente para cada concessão ou licença, os atestados médicos apresentados para fins de concessão de licença para tratamento em pessoa da família, concessão de falta justificada ao serviço em virtude de doença, concessão de ausência remunerada a servidor para acompanhamento de pais com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e filhos menores de 12 (doze) anos ou inválidos deverá conter:

- I - a identificação do servidor e/ou do paciente e do profissional ou profissionais emitentes do atestado;
- II - o respectivo registro dos profissionais no conselho de classe;

III - o código da Classificação Internacional de Doenças - CID;

IV - a conclusão da avaliação; e

V - o tempo provável e/ou necessário para o afastamento.

§ Único. A ausência de qualquer dos requisitos acima descritos acarretará a recusa do atestado médico e a falta será lançada como injustificada.

Art. 6º O atestado médico dos servidores do Município de Arroio do Meio será apresentado no Protocolo Geral, isento de taxa e encaminhado por esse ao Departamento de Recursos Humanos, conforme o caso.

§ 1º Ao(s) profissional(is) responsáveis pela elaboração do laudo de inspeção de saúde, bem como aos servidores do Departamento de Pessoal compete preservar o sigilo e a segurança das informações nele constantes.

§ 2º Na hipótese do inciso V do artigo 1º, o atestado médico deverá ser apresentado no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do retorno a atividade, sob pena da falta ser considerada injustificada.

§ 3º No caso previsto no inciso VI o atestado deverá ser apresentado no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do afastamento, sob pena da falta de ser considerada injustificada.

Art. 7º Além das finalidades especificamente descritas no art. 1º, a inspeção de saúde poderá ser realizada por outros motivos, justificadamente, à critério da Administração.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE ARROIO DO MEIO, em 16 de março de 2018.

KLAUS WERNER SCHNACK
Prefeito Municipal

REGISTRE-SE E PUBLIQUE-SE
Data Supra

ELUISE HAMMES
Vice-Prefeita Municipal
Coordenadora da Secretaria da Administração

ANEXO I

MODELO DE ATESTADO MÉDICO COM AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL PARA REGISTRO DO CID

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que _____ (nome do paciente) _____, portador do RG _____, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo portador da doença registrada no CID _____.

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de _____ (numeral) _____ (nº de dias por extenso) dias, a partir desta data.

Arroio do Meio, _____ de _____ de 20____

Assinatura e carimbo do Médico com registro no CRM.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso nesse atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável

ANEXO II

MODELO DE AUTORIZAÇÃO INDIVIDUAL DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL PARA REGISTRO DO CID A SER DISPONIBILIZADO AO EMITENTE DO ATESTADO.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, brasileiro, estado civil _____, profissão _____, RG _____, CPF _____, residente e domiciliado na _____, nº _____, Bairro _____, Município de _____, autorizo o Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso nesse atestado médico.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente ou responsável

ANEXO III

Sugestões de quesitos a serem apresentados à junta médica:

1 - O servidor apresenta-se inválido, física ou mentalmente, para o desempenho de suas funções junto ao Município? No caso de necessidade de exames complementares indique-os justificadamente.

2 - Qual(is) a(s) enfermidade(s) que acomete(m) o servidor? Indique a Classificação Internacional da(s) Doença(s) - CID relativamente a ela(s).

3 - A invalidez é permanente ou temporária?

3.1 - Sendo temporária a invalidez, qual o prazo de afastamento necessário para a recuperação da enfermidade ou para nova avaliação médica pericial?

3.2 - Sendo permanente a invalidez, qual o impacto desta no desempenho das atribuições do cargo titulado pelo servidor? Indique, justificadamente, se a conclusão é:

3.2.1 - Pela impossibilidade do desempenho de somente algumas das atribuições do cargo titulado. Neste caso, indique justificadamente quais são estas atividades:

3.2.2 - Pela impossibilidade do desempenho, exclusivamente, das atribuições do cargo titulado. Neste caso, indique quais as outras atividades - em tese - compatíveis com a limitação física ou mental apresentada pelo servidor:

3.2.3 - Pela impossibilidade do desempenho de qualquer atividade junto ao Município.

4 - Sendo permanente a invalidez, e sobretudo se impossibilitar o desempenho de qualquer atividade junto ao Município, indique se a(s) doença(s) determinante(s) é(são) alguma(s) das arroladas a seguir:

I - tuberculose ativa;

II - hanseníase;

III - alienação mental;

IV - neoplasia maligna;

V - cegueira;

VI - paralisia irreversível e incapacitante;

VII - cardiopatia grave;

VIII - doença de Parkinson;

IX - espondiloartrose anquilosante;

X - nefropatia grave;

XI - estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante);

XII - síndrome da deficiência imunológica adquirida - Aids;

XIII - contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada;

XIV - hepatopatia.