

**Gabinete do Secretário**

**RESOLUÇÃO SEAP N.º 6315/2024**

O Secretário de Estado da Administração e da Previdência, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 19.848/2019, alterada pela Lei nº 21.352/2023.

**RESOLVE:**

**Art. 1º.** Aprovar o novo Manual de Perícia Médica dos Servidores Cíveis efetivos, Militares e em Comissão da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Estado do Paraná.

**Art. 2º.** Com o objetivo de garantir uma divulgação eficaz e abrangente, considerando a amplitude e o alcance das plataformas, estabelece-se que a responsabilidade pela divulgação do Manual de Perícia Médica não cabe exclusivamente aos Recursos Humanos, mas também a todos os Chefes em qualquer nível hierárquico do Estado a seus subordinados.

**§ Único** – Para divulgação deste manual deverão lançar mão de todos os meios e recursos disponíveis na esfera digital e/ou outras preferencialmente no site governamental e outros canais relevantes com link de fácil acesso.

**Art. 3º.** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Resolução nº 6.105, de 24 de junho de 2005, e demais disposições em contrário.

Curitiba, 08 de agosto de 2024

Claudio Stabile

**Secretário de Estado da Administração e da Previdência**

Documento: **Resolucao6315\_2024.pdf**.

Assinatura Qualificada realizada por: **Claudio Stabile** em 08/08/2024 17:39.

Inserido ao protocolo **21.894.427-2** por: **Fabiola de Fatima Barroso Mascarenhas** em: 08/08/2024 15:37.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:  
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento> com o código:  
**f6ff2992d18e0f495110156e9d856d05**.



G O V E R N O   D O   E S T A D O

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO  
E DA PREVIDÊNCIA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO SERVIDOR  
DIVISÃO DE PERÍCIA MÉDICA

# MANUAL DE PERÍCIA MÉDICA

Revisão  
2024



Carlos Massa Ratinho Junior

**GOVERNADOR DO ESTADO PARANÁ**

Darci Piana

**VICE-GOVERNADOR DO ESTADO PARANÁ**

João Carlos Ortega

**CHEFE DA CASA CIVIL**

Lucio Mauro Tasso

**SUBCHEFE DA CASA CIVIL**

Claudio Stabile

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E DA PREVIDÊNCIA – SEAP**

Luiza Cabel Corteletti

**DIRETORA GERAL - SEAP**

Maria Carmen Carneiro de Melo Albanske

**DIRETORIA DE CONTRATAÇÕES E GERENCIAMENTO DE OPERAÇÕES**

Mariana Filgueiras dos Reis

**CHEFE DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO SERVIDOR – DSS**

Rafael Augusto Bertuol

**CHEFE DA DIVISÃO DE PERÍCIA MÉDICA – DPM**

**COORDENAÇÃO TÉCNICA DE ELABORAÇÃO**

Dr. Mauro Borges da Silva

Silmara de Lima Matioski

**EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO**

Ana Irene Gruber

Dra. Juliana Ribas Teixeira

Maria Luiza Dal Negro

Nikson Acioli Bonifácio Ferreira

Simone Dias Barbosa Bielen

Dra. Suzete Elizabeth Grassi Garbers

**E DEMAIS COMPONENTES DA DIVISÃO DE PERICIA MEDICA**

|     |                                                              |    |
|-----|--------------------------------------------------------------|----|
| 1.  | APRESENTAÇÃO .....                                           | 2  |
| 2.  | PÚBLICO ALVO .....                                           | 2  |
| 3.  | QUEM SOMOS .....                                             | 2  |
| 4.  | NOSSOS SERVIÇOS .....                                        | 2  |
| 5.  | ESTRUTURA DE ATENDIMENTO .....                               | 3  |
| 6.  | NOSSA COMPETÊNCIA .....                                      | 4  |
| 7.  | INFORMAÇÕES PARA FINS DE CONHECIMENTO E ENTENDIMENTO .....   | 4  |
| 8.  | MODALIDADES DE LICENÇA POR AVALIAÇÃO DOCUMENTAL .....        | 13 |
| 9.  | DAS MODALIDADES DE LICENÇAS – POR AVALIAÇÃO PRESENCIAL ..... | 32 |
| 10. | AVALIAÇÃO ADMISSIONAL .....                                  | 41 |
| 11. | AVALIAÇÃO PARA CUMPRIMENTO DE ORDEM JUDICIAL .....           | 41 |
| 12. | CONSIDERAÇÕES GERAIS .....                                   | 41 |
| 13. | FORMULÁRIOS .....                                            | 43 |
| 14. | ORIENTAÇÕES GERAIS .....                                     | 45 |
| 15. | LEIS, DECRETOS E RESOLUÇÕES .....                            | 60 |

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este manual tem como objetivo orientar para fins de conhecimento e aplicação das normas sobre os procedimentos necessários em caso de solicitação de concessão de benefícios por motivo de saúde, seja para realização de tratamento próprio ou para acompanhar familiar, a fim de validar o afastamento do trabalho. Destina-se a auxiliar tanto o servidor que busca benefícios concedidos por esta Divisão, quanto o servidor encarregado da gestão de pessoas ou áreas relacionadas na administração pública estadual, fornecendo informações essenciais sobre os serviços prestados pela Divisão de Perícia Médica e facilitando o acesso a esses serviços.

## **2. PÚBLICO ALVO**

Gestores de Recursos Humanos, Servidores Públicos Estaduais Civis Efetivos, Militares e em Comissão da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo Estadual e Conveniados.

## **3. QUEM SOMOS**

A Divisão de Perícia Médica (DPM) é uma unidade administrativa do nível de execução programática do Departamento de Saúde do Servidor (DSS) da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência (SEAP)

## **4. NOSSOS SERVIÇOS**

Conduzir o procedimento médico pericial destinado a avaliar a capacidade laborativa do servidor público estadual para fins de concessão de benefícios, visando atender aos interesses coletivo, da sociedade e da Administração Pública, garantindo que as decisões tomadas sejam justas e adequadas por meio dos setores: Médico Pericial, Psicossocial, Administrativo e Clínicas Prestadoras de Serviços os quais desempenham suas atividades conforme suas respectivas atribuições:

- a. Médico Pericial: Realização de avaliações médicas presenciais, individuais ou em junta médica, tanto de forma presencial quanto online, além de análises documentais. Essas avaliações podem ser destinadas a diversos fins, incluindo admissão, indenização e suporte em processos administrativos e judiciais, oferecendo orientação especializada entre outras demandas inerentes ao cargo.
- b. Psicossocial: Realização de avaliação psicológica da saúde mental utilizando instrumentos normatizados pelo Conselho Federal de Psicologia, fornecendo subsídios especializados ao médico perito. Monitoramento de servidores em licença e/ou afastamento devido a doenças relacionadas, visando a prevenção e o acompanhamento eficaz. Adicionalmente, englobando a realização de buscas sociais e outras atividades pertinentes ao cargo.
- c. Atribuição Administrativa: Presta informações e orientações por meio de atendimento ao público e canais de comunicação estabelecidos. Analisa demandas recebidas via e-protocolo, elabora documentos, recebe e insere documentos médicos no sistema apropriado, realiza arquivamento de documentos e emite relatórios estatísticos. Além disso, efetua o acompanhamento e a correção de inconsistências no sistema, oferece suporte administrativo ao médico perito, ao setor psicossocial e às clínicas prestadoras de serviços, e atende outras demandas conforme necessário.
- d. Para atendimento das atribuições desta DPM contamos com as Clínicas Prestadoras de Serviços: que realizam atendimento administrativo e Avaliação médica presencial dos servidores. Com base nessa avaliação, sugerem a redução ou ampliação da licença, visando à homologação pelo Órgão Pericial Oficial do Estado.

## 5. ESTRUTURA DE ATENDIMENTO

A sede da Divisão de Perícia Médica está localizada na capital do Estado do Paraná, uma Junta de Inspeção e Perícia Médica localizada na cidade de Ponta Grossa e até o momento 17 Clínicas Prestadoras de Serviços para atendimento dos servidores lotados no interior do Estado.

## 6. NOSSA COMPETÊNCIA

- Avaliar o servidor público para fins de concessão de benefícios médicos;
- Homologar e manifestar sobre laudos médicos;
- Planejar, normatizar e coordenar avaliações de capacidade laborativa de servidores da administração pública;
- Padronizar procedimentos e condutas relacionadas à perícia médica administrativa;
- Organizar, supervisionar e monitorar as ações das equipes de trabalho da DPM, JIPM e Clínicas Prestadoras de Serviços;
- Desenvolver e manter um sistema de informações sobre as ações de avaliações médico-periciais e capacidade laboral dos servidores, para diversos fins, como ingresso, readaptação, aposentadoria por incapacidade e concessão de licença.
- Sugerir aposentadoria por invalidez;
- Auxiliar na avaliação do estágio probatório seguindo os ritos normais de perícia médica até sua homologação ou denegação por motivo de saúde para efetivação do cargo público e função específica;

## 7. INFORMAÇÕES PARA FINS DE CONHECIMENTO E ENTENDIMENTO

### 7.1. MÉDICO PERITO X MÉDICO ASSISTENTE

O Médico Perito realiza uma análise minuciosa e imparcial das informações fornecidas pelo periciado, utilizando a observação do profissional de saúde assistente para embasar suas conclusões. Seu principal objetivo é avaliar de forma justa e precisa a capacidade do servidor



para o trabalho, seguindo os critérios estabelecidos pela legislação e regulamentação vigentes. Ao atuar nesse papel, o médico perito assegura que as decisões tomadas sejam justas e apropriadas.

Por sua vez, cabe ao Médico Assistente fornecer os dados necessários para subsidiar a avaliação pericial. Isso inclui obrigatoriamente o diagnóstico da doença, sua evolução, duração, tratamentos realizados e suas respostas, bem como exames comprobatórios e, quando possível, o prognóstico e tratamento instituído. O profissional assistente pode também sugerir o período estimado de afastamento do trabalho para a recuperação do paciente. No entanto, é importante ressaltar que deve ater-se ao disposto na Resolução CFM 1851/2008.

## **7.2. PERÍCIA SINGULAR X JUNTA MÉDICA**

Perícia Médica Singular é realizada por apenas um médico. Nesse caso, a avaliação é conduzida de forma individual, sem a participação de outros profissionais de saúde. Junta Médica refere-se à perícia oficial em saúde conduzida por um grupo de dois ou três médicos. Essa abordagem pode ser adotada em situações em que a complexidade do caso designe mais atenção. Este formato de avaliação permite uma abordagem colaborativa e multidisciplinar, visando uma análise mais abrangente e precisa da condição de saúde do servidor.

## **7.3. ATESTADO MÉDICO**

O atestado médico pode ser emitido por convênios, SUS, SAS ou particulares e é um documento redigido e assinado por um profissional médico ou odontólogo, que informa a necessidade do servidor se ausentar do trabalho por motivos de saúde ou para prestar assistência a familiar. Esse documento pode atestar a necessidade de apenas um dia de afastamento ou, em outras situações, apresentar um prazo maior, dependendo da condição de saúde do servidor ou do familiar assistido. Salientando que cabe ao Perito Médico estabelecer o prazo e o benefício mais adequado ao caso.

#### **7.4. DECLARAÇÃO MÉDICA**

A declaração médica é um documento informativo que, ao contrário do atestado médico, apenas descreve uma determinada situação. Por exemplo, ela pode certificar o comparecimento para uma consulta ou a realização de algum exame, justificando a ausência por um período de até quatro horas. As declarações de comparecimento podem ser assinadas por funcionários, sem a necessidade de carimbo com o número de registro no Conselho Profissional ou identificação e descrição do CID. Cabendo a responsabilidade do órgão de lotação do servidor o controle das declarações apresentadas.

#### **7.5. PERÍCIA MÉDICA**

É um procedimento médico destinado a avaliar a capacidade laboral dos servidores com o objetivo de atender às necessidades do servidor, do coletivo, da sociedade e da Administração Pública. Seu propósito é assegurar que os benefícios sejam concedidos de acordo com a condição de saúde do servidor, possibilitando a concessão ou não do benefício pleiteado.

#### **7.6. HOMOLOGAÇÃO**

O laudo de afastamento só produzirá efeito depois de homologado pela Divisão de Perícia Médica. A homologação do benefício ao servidor pode ser prejudicada se constar lançamento por exemplo: de férias, licença especial, faltas e outras circunstâncias administrativas que gere conflito entre os benefícios.

#### **7.7. CONCESSÃO DE LICENÇA**

O número de dias recomendados para licença médica no atestado fornecido pelo profissional: médico assistente ou odontólogo (seja de convênios, SUS, SAS ou particulares) é uma sugestão ou orientação. A determinação do período de afastamento por motivos médicos é de competência da Divisão de Perícia Médica, podendo a duração ser igual, maior ou menor do que a sugerida pelo médico assistente, conforme estabelece a Resolução CFM nº 1.851/2008.

## **7.8. DATA INÍCIO, TÉRMINO, RETORNO AO TRABALHO E FALTAS**

A licença se inicia na data que consta na sua homologação e termina no dia anterior a data na qual o trabalho é retomado.

O retorno ao trabalho deve ocorrer apenas após o período da licença. Caso o servidor se sinta em condições de retorno ao trabalho antes do término da licença, poderá solicitar nova avaliação com documentação pertinente para fins de comprovar boa saúde.

A ausência no trabalho sem licença, ou após expiração da mesma, poderá ser considerada como falta.

## **7.9. RESPONSABILIDADE DO SERVIDOR**

É responsabilidade do servidor requerente da Licença Médica, ou, em caso de incapacidade devido a doença, à pessoa que o auxilie, realizar os procedimentos e apresentar os documentos que se fizerem necessários, acompanhar os resultados dos comprovantes de licenças, cumprir os prazos e as exigências documentais.

## **7.10.COMPROVANTE DE LICENÇA**

O comprovante de licença é um documento exclusivamente administrativo diferentemente de laudo pericial, não requer a inclusão do CID (Código Internacional de Doenças) nem a assinatura de um médico perito, tendo utilidade para apresentação à sua Chefia Imediata com o objetivo de informar sobre o período eventual da sua ausência ao trabalho e ou concessão ou não do benefício por esta Divisão de Perícia Médica.

Para obtenção do Comprovante de Licença Médica, o servidor poderá acessar o Portal do Servidor da mesma forma que acessa seu contracheque. Qualquer intercorrência buscar junto a sua unidade de Recursos Humanos informações de como proceder.

### **7.11.PERÍCIAS PARA SERVIDORES DE OUTROS ESTADOS/ORGÃOS FEDERAIS/MUNICIPAIS**

Devido à contratação de serviços externos que implicam custos, e com cada Secretaria responsável pelo pagamento de seus próprios servidores atendidos, além da implementação de um sistema digital, esta DPM não oferece atendimento a servidores de outros estados ou de órgãos federais e municipais que não estejam prestando serviços ao Governo do Estado do Paraná.

Os servidores do Governo do Estado do Paraná não estão autorizados a realizar avaliação pericial em outro Estado seja esta de Órgão Federal, Estadual ou Municipal.

### **7.12.TRATAMENTO PRÓPRIO OU PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA A FAMILIAR FORA DO PAÍS**

Para tratamento próprio ou para prestar assistência a familiar doente no exterior, é necessário que os documentos usados para fins periciais sejam acompanhados de tradução juramentada, atendam aos prazos e as exigências documentais.

### **7.13.SERVIDORES PSS**

Os atestados Médicos devem ser apresentados ao setor de Recursos Humanos de sua lotação;

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, deve ser encaminhada diretamente ao INSS; Não há previsão legal de licença para acompanhamento de tratamento de saúde de pessoa da família.

### **7.14.CARGO EM COMISSÃO**

O servidor ocupante de cargo em comissão que necessitar se afastar do trabalho por

motivo de saúde de 04 (quatro) a 15 (quinze) dias, deverá seguir as orientações do site

<https://www.administracao.pr.gov.br/SAS/Pagina/Pericias-Medicas>.

Para o servidor ocupante de cargo em comissão, é permitido concessão de licença médica no máximo de até 15 (quinze) dias em um prazo de 60 (sessenta) dias. Quando os atestados ultrapassarem os 15 (quinze) dias, o servidor deve dirigir-se ao INSS, para obter licença médica e auxílio-doença.

### **7.15.A IMPORTANCIA DA LICENÇA MÉDICA**

A licença médica desempenha um papel fundamental na proteção do bem-estar dos servidores públicos, na continuidade e eficácia dos serviços públicos e na promoção de um ambiente de trabalho saudável e produtivo, visando atender aos interesses da Administração Pública em fornecer serviços de qualidade e garantir o funcionamento eficiente das instituições públicas.

### **7.16.ATESTADOS DE 01 A 03 DIAS**

Quando o servidor se afasta do trabalho devido a doença própria ou para prestar assistência a familiar por até 03 (três) dias no mês, consecutivos ou não, é obrigatório justificar sua ausência perante sua chefia imediata ou à unidade de recursos humanos do seu órgão de origem, que seguirá as normas vigentes na Resolução 05 de 14/01/2020 CGE– especificamente ao Art. 3º. Isso deve ser feito por meio da apresentação de atestado médico. Nestes casos, não é necessário incluir o CID (Classificação Internacional de Doenças) no atestado médico;

### **7.17.CONVOCAÇÃO PARA PERÍCIA MÉDICA**

Os servidores cujos antecedentes médicos revelarem alta frequência de licenças para tratamento de saúde própria ou de pessoa da família, afastamento de função e horas para terapia,

podem ser convocados pela DPM para exames de revisão, concluindo pela manutenção ou suspensão do benefício. Os servidores demandados para realizar avaliação pericial na DPM em Curitiba, devem proceder com o agendamento através do e-mail:

[agendamentospericia@seap.pr.gov.br](mailto:agendamentospericia@seap.pr.gov.br), devendo seguir os prazos e normas legais.

Lei 6174/70 - Art. 279 - São deveres do funcionário: XV - Submeter-se a inspeção médica que for determinada pela autoridade competente;

#### **7.18.AVALIAÇÃO PARA FINS DE INDENIZAÇÃO**

Dispõe sobre as modalidades, limites e exigências para o pagamento da indenização criada pela Lei nº 14.268, de 22/12/2003, para casos de morte ou invalidez de integrantes dos quadros da Polícia Civil e da Polícia Militar do Estado e das carreiras de Agente Penitenciário e de Agente de Execução, na função de Educador Social, alocado no Instituto de Ação Social do Paraná e nas Unidades Privativas de Liberdade do Quadro Próprio do Poder Executivo, conforme Decreto 3494/2004.

#### **7.19.AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORAL**

Capacidade Laborativa é o conjunto de condições físicas e mentais que determinam se um servidor está apto a desempenhar as atividades inerentes ao seu cargo. Ao avaliar a capacidade laborativa do servidor, é essencial considerar o impacto que sua doença ou lesão pode ter no desempenho das atividades laborais.

A Avaliação de Capacidade Laborativa é realizada pela Divisão de Perícia Médica, a pedido da Chefia Imediata ou responsáveis pela gestão de pessoas, com o intuito de:

Verificar se um servidor tem ou não condições de saúde para continuar exercendo suas atividades de trabalho,

- Subsidiar decisões administrativas;
- Subsidiar a adoção de eventuais medidas disciplinares;
- Entre outras necessidades que porventura exijam este tipo de avaliação.

## **7.20.CÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO**

O servidor que necessite cópia do Prontuário Médico, poderá por si próprio ou por seu representante legal, devidamente autorizado por procuração com poderes específicos para este fim, solicitar através de requerimento padrão, encaminhando através do e- Protocolo <https://www.eProtocolo.pr.gov.br/> para SEAP/DSS/DPM (devendo constar informação de e-mail para envio das cópias solicitadas).

## **7.21.RECURSO PARA FINS DE RECONSIDERAÇÃO**

O recurso contra decisão pericial é um instrumento que possibilita o questionamento da decisão deferida. Esse recurso pode ser utilizado por servidores ou por seu representante legal, devidamente autorizado por procuração com poderes específicos para impetrar o respectivo recurso e acessar informação de caráter sigiloso, que desejam contestar uma decisão pericial. Para interpor o recurso, o servidor ou seu representante legal deve enviar à Divisão de Perícia Médica, através do sistema e-Protocolo <https://www.eProtocolo.pr.gov.br/> para SEAP/DSS/DPM, no prazo de 24 horas a partir da homologação do resultado, com descrição do motivo do recurso e documentos complementares relevantes que fundamentem o pedido.

O servidor periciado ou seu representante legal tem o direito de interpor, uma única vez, pedido de reconsideração acerca do mesmo fato gerador.

Em caso de deferimento do pedido de reconsideração ou recurso, os efeitos da decisão retroagirão à data do ato impugnado.

Em caso de indeferimento, os dias em que o servidor não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas não justificadas.

O acompanhamento do pedido de reconsideração é de responsabilidade do servidor e/ou representante legal, utilizando os meios adequados para este fim.

A Divisão de Perícia Médica revisará e decidirá sobre exceções com base em critérios específicos e circunstâncias individuais.

## **7.22.SIGILO PROFISSIONAL**

Os profissionais que trabalham nas unidades de atenção à saúde do servidor, devem, quando do manuseio dos documentos oficiais, guardar sigilo sobre os assuntos de que têm ciência em razão do cargo, emprego ou função. Conforme prevê a Lei 6174/70 - Art. 279 - São deveres do funcionário: XII - Guardar sigilo sobre a documentação e os assuntos de natureza reservada de que tenha conhecimento em razão do cargo ou função;

## **7.23.OUVIDORIA**

Para fins de elogio, reclamação, sugestão ou denúncia poderá acessar o meio eletrônico: <https://www.administracao.pr.gov.br/Pagina/Ouvidoria-SEAP>

Art. 279. São deveres do funcionário: VIII - Levar ao conhecimento de autoridade superior irregularidades de que tiver ciência em razão do cargo ou função;

## **7.24.DPM-ONLINE**

LINK PARA ACESSO

<https://www.administracao.pr.gov.br/SAS/Pagina/Pericias> - OBS.: PODENDO ACESSAR TODOS OS DIAS DA SEMANA, INCLUSIVE AOS SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS – 24 (VINTE E



**QUATRO) HORAS.**

- As licenças via Perícia Documental estão sujeitas a avaliação presencial a critério da Divisão de Perícia Médica.
- Todas as informações relacionadas aos locais de atendimento médico pericial, endereços, contatos, documentação, prazos, formas de agendamento, envio de documentações e outros detalhes podem ser acessados no site da perícia médica pelo meio eletrônico: <https://www.administracao.pr.gov.br/SAS/Pagina/Pericias-Medicas> - que pode ser acessado todos os dias, incluindo sábado, domingo ou feriado, a qualquer horário.

**8. MODALIDADES DE LICENÇA POR AVALIAÇÃO DOCUMENTAL****8.1. LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA**

Lei nº 6174/70, art. 237 (Estatuto dos Funcionários Cíveis do Paraná).

Art. 237, o funcionário pode obter licença por motivo de doença em pessoa da família, na condição de cônjuge, filho, pai, mãe ou irmão, desde que prove ser indispensável a sua assistência pessoal, incompatível com o exercício do cargo.

§ 1º A concessão da licença depende de inspeção médica do órgão pericial oficial do Estado, na forma prevista no art. 211.

§ 2º. A licença de que trata este artigo, é concedida com vencimento ou remuneração, até 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, compreendidos no período de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 3º. Ultrapassado o período de 90 dias, consecutivos ou não, a licença de que trata este artigo será concedida com os seguintes descontos:

I - de 50 % (cinquenta por cento) do vencimento, quando exceder de 90 (noventa) dias até 180 (cento e oitenta) dias;

II - Sem vencimento ou remuneração, quando exceder de 180 (cento e oitenta) dias até 360 (trezentos e sessenta) dias, limite da licença;

§ 4º. Em caso do inciso II do parágrafo anterior, só poderá ser concedida nova licença, transcorridos 2 (dois) anos do término da licença anterior.

§ 5º. No curso de licença por motivo de doença em pessoa da família, o

funcionário abster-se-á de quaisquer atividades remuneradas, sob pena de interrupção da licença, com perda total do vencimento ou remuneração, até que reassuma o cargo.

- Servidor em cargo de comissão terá direito a esta licença com vencimentos integrais por somente 15 dias no intervalo de 60 (sessenta dias);
- A critério da equipe médica da DPM, mediante formulário, poder-se-á conceder licença administrativamente, não isentando de verificação futura do enfermo;
- Não há previsão legal para a concessão desta modalidade de licença aos servidores em Regime Especial de Processo Seletivo Simplificado (PSS);
- A Equipe Técnica desta DPM poderá entrar em contato nos casos de afastamento prolongado, ou para dirimir dúvidas da licença;
- Considerando tratar-se de cuidados permanente durante o período da licença, poderá ser efetuada visita no domicílio sem prévio agendamento;
- Em caso de falecimento do familiar ou, mudança de cuidador submetido aos referidos

cuidados, o servidor deverá informar imediatamente esta DPM para a cessação da licença, mediante envio de certidão de óbito ou documento médico atestando não ser mais necessário os cuidados pelo servidor.

**A LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA É DESTINADA ESPECIFICAMENTE AOS CASOS MENCIONADOS ABAIXO:**

- Cirurgias ortopédicas de coluna, quadril e joelhos;
- Politraumatismos e Grandes Queimados;
- Cirurgias Cardiológicas e insuficiência cardíaca grave;
- Cirurgias Neurológicas e sequelas;
- Quadros Demenciais;
- Parkinson;
- Cirurgias oncológicas e procedimentos de quimioterapia e radioterapia;
- Para e Tetraplegia;
- Esclerose Múltipla;
- Cegueira;
- Aids Terminal;
- Cirurgias Pediátricas: concessão de 07 (sete) dias á genitora (na sua ausência ao genitor ou responsável legal).

**Esta modalidade de licença só poderá ser concedida a um único servidor para prestar assistência ao familiar enfermo.**

**Não há previsão para concessão desta licença para acompanhar familiar parturiente.**

#### **PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS:**

O servidor interessado em obter esta modalidade de licença deve buscar o formulário específico utilizando do meio eletrônico **“DPM Online”**, através do link:

<https://www.administracao.pr.gov.br/SAS/Pagina/Pericias-Medicas.>

Em FORMULÁRIOS.

Encaminhar ao médico responsável pelo familiar para o preenchimento das informações, carimbar e assinar.

Após o preenchimento, encaminhar através do meio eletrônico “DPM Online”, através do link: <https://www.administracao.pr.gov.br/SAS/Pagina/Pericias-Medicas.>

O envio deste formulário deve ocorrer até 03 dias - contando da data de emissão (conta-se do dia da emissão e não da hora de emissão).

Não há necessidade do envio de atestado médico, somente o formulário específico desde que conste todas as informações, assinatura e identificação através de carimbo do médico emissor.

**Às CLÍNICAS prestadoras de serviço, não estão autorizadas a receber este documento ou realizar avaliação pericial no familiar.**

## **8.2. LICENÇA EM HORAS PARA ACOMPANHAR FAMILIAR EM TERAPIAS (DESDE QUE NÃO SE ENQUADRE NA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA E NÃO ULTRAPASSE MAIS QUE DUAS HORAS.**

Para concessão de licença em HORAS PARA TERAPIA DE FAMILIAR: (casos que não são abrangidos pelo Decreto 3003/2015 - Redução de Carga Horária e não excedam mais que duas horas para acompanhamento),

Esta modalidade de licença só poderá ser concedida a um único servidor para acompanhar o familiar. Sendo concedida por um período de no máximo de três horas, determinado para permitir o afastamento das atividades laborais para realização de tratamento de familiar por uma patologia. Por no máximo 3 (três) vezes por semana mesmo que com terapias diversas concomitantes, excepcionalmente até 5 (cinco) vezes por semana em caso de Pós Operatório recente (comprovadamente) por até 60 dias.

Tal modalidade de licença será concedida pelo prazo máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, num período de 5 (cinco) anos.

### **PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS:**

Enviar diretamente para DPM-ONLINE no prazo legal. O envio deve ocorrer até 03 dias - da data de emissão (conta-se do dia de emissão e não da hora de emissão). Deve constar obrigatoriamente no Atestado Médico:

- NOME COMPLETO DO SERVIDOR,
- NOME COMPLETO DO FAMILIAR,
- GRAU DE PARENTESCO,
- IDADE DO FAMILIAR,

- CID ESPECÍFICO DA PATOLOGIA DO FAMILIAR,
- Indicação da terapia, a necessidade do acompanhante (nome do servidor) e o tempo necessário (nº de sessões) para realização das mesmas;
- juntamente com o comprovante dos agendamentos que poderá ser emitido pelo profissional prestador do serviço com a devida identificação e assinatura ou pela clínica com a devida identificação, nome, cargo e assinatura do emissor onde realiza as terapias, constando os dias da semana e horários da realização das terapias e o nome do acompanhante (servidor) do familiar.

A solicitação deve ser feita via DPM-ONLINE, no prazo legal;

As clínicas terceirizadas não estão autorizadas a receber esta documentação e avaliar familiar para fins dessa modalidade de licença em horas.

**Servidor em cargo de comissão** terá direito a esta modalidade de licença com vencimentos integrais por somente 15 dias no intervalo de 60 (sessenta dias); A critério da equipe médica da DPM, mediante atestado e declaração das terapias, poder-se-á conceder licença administrativamente, não isentando de verificação futura do acompanhamento ao familiar;

**Servidores em Regime Especial de Processo Seletivo Simplificado (PSS)** não tem previsão legal para a referida modalidade de licença;

A Equipe Técnica desta DPM poderá entrar em contato nos casos de afastamento prolongado, ou para dirimir dúvidas desta modalidade de licença; Considerando tratar-se de cuidados permanente durante o período desta modalidade de licença, poderá ser efetuada visita no domicílio ou clínica sem prévio agendamento;

### **8.3. LICENÇA GESTAÇÃO (PÓS-PARTO)**

Lei nº 6174/70, art. 236 (Estatuto dos Funcionários Cíveis do Paraná), Lei Estadual nº 16.176, de 14 de julho de 2009, Decreto nº 4.058/94, de 26 de setembro de 1994).

Será concedida licença de 180 (cento e oitenta) dias à funcionária gestante, após a 36ª (trigésima sexta) semana. Em caso de licença para tratamento de saúde, após a 36ª semana, é imposto que seja concedida a licença gestação. Antes da 36ª semana, as licenças devem seguir os critérios da licença para tratamento de saúde.

### **PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS**

Em caso de licença pós-parto, o encaminhamento deve ser realizado via DPM online com certidão de nascimento da criança e atestado médico informando o CID referente ao parto realizado.

### **PRAZO DE ENVIO**

Até 30 dias a partir do dia do nascimento da criança,

As clínicas terceirizadas não estão autorizadas a receber esta documentação.

### **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 40, 12 DE DEZEMBRO DE 2018**

Súmula: Acrescenta os incisos XXIII, XXIV e XXV ao art. 34 da Constituição do Estado do Paraná, para estabelecer como direitos dos servidores públicos a licença à gestante em caso de aborto, natimorto e óbito neonatal;

Art. 1.º Acrescenta os incisos XXIII, XXIV e XXV ao art. 34 da Constituição do Estado do Paraná, com a seguinte redação:

XXIII.– licença à gestante em caso de aborto, sem prejuízo do cargo ou emprego e dos vencimentos ou subsídios, com duração de trinta dias;

XXIV.– licença à gestante em caso de natimorto e óbito neonatal, sem prejuízo do cargo ou emprego e dos vencimentos ou subsídios, com duração de sessenta dias;

- a. Havendo óbito da criança no curso da licença à gestante, a servidora poderá reassumir suas funções, se assim o desejar, mediante avaliação da DPM, ou cumprir integralmente o prazo de licença à gestante.
- b. No momento, não há previsão legal que a licença gestacional seja concedida apenas quando a criança prematura receber alta hospitalar ou prorrogada para incluir os dias entre a data de nascimento e a alta da criança. Esta DPM não se exime de conceder para esses casos, desde que demandados por via judicial.

#### **8.4. LICENÇA ADOÇÃO – PREVISÃO ADMINISTRATIVA**

Lei nº 6174/70, art. 221 a 231 (Estatuto dos Funcionários Cíveis do Paraná), Lei Estadual nº 16.176, de 14 de julho de 2009; Decreto nº 4058, de 26 de setembro de 1994.

Será concedida licença para fins de adoção legal, pelo prazo de 180 (cento e oitenta dias à servidor (a) que adotar criança ou adolescente a partir da data da sentença ou autorização judicial.

#### **PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS**

O servidor interessado em obter esta modalidade de licença deve encaminhar os documentos à DPM, utilizando-se do meio eletrônico “DPM Online”.



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Termo de Guarda Provisório ou Cópia da Sentença;

Para não haver prejuízo nos dias concedidos, devido o início da concessão ser da data da assinatura pelo Juiz, sugerimos encaminhar o mais breve possível.

Conforme o artigo 42, parágrafo 1º, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ascendentes e irmãos não têm permissão para adotar, o que implica que os avós não podem adotar seus netos. No entanto, é possível que solicitem licença para cuidar da saúde de um familiar que esteja sob seus cuidados neste caso específico, desde que haja comprovação legal.

Quando ambos os dois adotantes forem servidores públicos estaduais do Estado do Paraná, esta licença será concedida somente a um dos dois.

### 8.5. LICENÇA EM HORAS PARA TRATAMENTO PRÓPRIO

Esta licença é concedida por um período de no **máximo de três horas**, determinado para permitir o afastamento das atividades laborais para realização de tratamento de uma patologia, desde que não haja incapacidade. Por no **máximo 3 (três) vezes por semana mesmo** que com terapias diversas concomitantes, **excepcionalmente até 5 (cinco) vezes por semana** em caso de Pós Operatório recente (comprovadamente) **por até 60 dias**.

Esta licença é concedida em horas para permitir a realização de fisioterapia, fonoaudiologia, psicoterapia e outras terapias relevantes.

Tal modalidade de licença será concedida pelo prazo máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, num período de 5 (cinco) anos.

## PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS

A solicitação deve ser feita via DPM-ONLINE, no prazo legal (o envio deve ocorrer até 03 dias - contando da data de emissão (conta-se do dia da emissão e não da hora de emissão)).

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- a. Atestado Médico identificando o servidor, a indicação da terapia, o tempo necessário (nº de sessões), CID da patologia que gerou a necessidade da terapia devidamente identificado e assinado pelo Médico Assistente;

OU

- b. Solicitação por Guia de Serviço identificando o servidor, constando o tempo necessário (nº de sessões), CID da patologia que gerou a necessidade da terapia, devidamente identificado e assinado pelo Médico Assistente;

E

- c. Comprovante dos agendamentos identificando o servidor que poderá ser emitido pelo profissional prestador do serviço com a devida identificação e assinatura ou pela clínica com a devida identificação, nome, cargo e assinatura do emissor onde realiza as terapias, constando os dias da semana e horários da realização das terapias;

Nos casos de afastamento prolongado, ou para dirimir dúvidas, o servidor poderá ser convocado para realização de avaliação presencial.

As clínicas terceirizadas não estão autorizadas a receber esta documentação para fins de licença em horas.

## **SITUAÇÕES ESPECÍFICAS**

### **8.6. LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE PÓS-CIRÚRGICO**

Refere-se ao período após uma intervenção cirúrgica, durante o qual o servidor está se recuperando e pode exigir cuidados específicos e monitoramento contínuo.

#### **PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS**

A solicitação deve ser feita através do DPM-ONLINE pelo servidor requerente da licença médica ou, em caso de incapacidade devido à cirurgia, pela pessoa que o auxilie, dentro do prazo legal. O envio deve ocorrer até 03 dias após a data de emissão do documento (contando a partir do dia da emissão e não da hora de emissão).

#### **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

Atestado Médico constando identificação do servidor, CID da patologia que levou ao procedimento cirúrgico e o CID de cirurgia ou descrição cirúrgica;

Será concedido um período mínimo necessário para a recuperação do servidor, e se for necessária prorrogação, deverá agendar avaliação presencial no local mais próximo de sua residência, apresentando documentação médica atualizada observando os prazos e exigências legais.

No caso do servidor não se encontrar em condições de realizar avaliação presencial ao final da licença concedida, seja por incapacidade ou hospitalização contínua, será necessário envio de relatório médico detalhado e atualizado, juntamente com exames complementares que demonstrem essa condição. Este envio deve ser feito através do DPM online, observando os prazos e exigências legais.

## DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

As doenças infectocontagiosas são causadas por agentes biológicos, como vírus, bactérias ou parasitas. Esses patógenos podem se espalhar facilmente de uma pessoa para outra por meio de contato direto com secreções corporais, como saliva, muco, espirro ou sangue. Para adotar medidas preventivas e evitar a propagação dessas infecções o servidor deve seguir:

### PROCEDIMENTOS DE ENVIO

O envio deve ser feito através do DPM-ONLINE pelo servidor requerente da licença médica ou, em caso de incapacidade devido ao quadro apresentado, pela pessoa que o auxilie, dentro do prazo legal. O envio deve ocorrer até 03 dias após a data de emissão do documento (contando a partir do dia da emissão e não da hora de emissão).

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Atestado Médico contendo o CID – Código Internacional de Doenças e sugestão do período de afastamento;
- Exame complementar correlato compatível com a patologia informada no atestado médico.

**Obs.:** Em momentos de crise de saúde pública, a Divisão de Perícia Médica passará por adaptações para assegurar a segurança tanto dos servidores quanto dos profissionais envolvidos.

### 8.3. ATESTADOS MÉDICOS DE ATÉ 03 DIAS

A priori a apresentação deverá ser ao RH. Excepcionalmente se fará o envio para a Divisão de Perícia Médica.

Este envio é aplicável somente aos casos em que já foram apresentados atestados médicos

que totalizem 03 dias de ausência no local de trabalho para justificar as faltas.

## **PROCEDIMENTOS DE ENVIO**

Necessitando de novo atestado no mesmo mês (este deve constar o CID específico), e for de 01 até 3 dias, proceder com o envio para DPM-ONLINE;

O envio do atestado deve ocorrer nas seguintes condições:

- Da data de emissão (atestado de 01 a 02 dias);
- Da data de emissão até a data final dos 03 dias constante no atestado médico; (conta-se da data da emissão e não da hora de emissão), e deve constar o CID específico da patologia.

Após a apresentação de atestado médico de 03 dias no local de trabalho outros atestados faz-se o envio através do DPM-ONLINE;

Existindo motivo de doença com sugestão de maior período de afastamentos ao trabalho, no mesmo mês. O servidor deverá agendar avaliação presencial em clínica credenciada da sua região mediante comprovação do envio mencionado logo acima.

O agendamento deve ocorrer nas seguintes condições;

- Na data de emissão (atestado de 01 até 03 dias);
- Da data de emissão até a data correspondente ao terceiro dia do atestado médico que sugerem mais que 03 dias;

**(conta-se da data da emissão e não da hora de emissão)**

- Constar obrigatoriamente o CID específico da patologia.

Verificado alta frequência de envio, por esta forma, o servidor poderá ser convocado a comparecer para avaliação presencial na DPM em Curitiba ou realização de Junta de forma online.

#### **8.7. PARA SERVIDORES QUE TRABALHAM EM REGIME DE PLANTÃO**

- a. O atestado de 01 (um) para justificar falta ao trabalho, equivale a 02 (dois) dias (devido ao regime de trabalho), e, portanto, a partir de um segundo atestado de 01 (um) dia de afastamento (equivale a quatro dias), devendo encaminhar através da DPM-ONLINE, na mesma data de emissão do atestado médico.
- b. Existindo a necessidade de novo atestado médico de 01 até 3 dias, deve enviar para DPM-ONLINE no prazo da data de emissão;

Lembrando que a DPM-ONLINE pode ser acessada todos os dias incluindo sábado, domingo ou feriado sem restrição de horário.

Verificado alta frequência de envio, por esta forma, o servidor poderá ser convocado a comparecer para avaliação presencial na DPM em Curitiba.

Após cessado o envio explanado na letra a e b, e necessitando de mais dias devido a atestado médico, deverá proceder com o agendamento de perícia presencial na clínica credenciada da sua região, o agendamento deve ocorrer da data de emissão até a data correspondente ao terceiro dia do atestado médico mediante comprovação do envio na forma elucidada nas letras a e b.

**(conta-se do dia da emissão e não da hora de emissão).**

Obs.: Nos casos em que o agendamento ocorra após os dias sugeridos no atestado médico,

o servidor realizará a avaliação presencial no dia agendado e concedido somente

o sugerido no atestado médico. Caso o servidor ainda não detenha condições de trabalho por motivo de saúde até a data do agendamento, deverá comprovar através de documentação médica complementar atualizada para extensão da licença até a data do agendamento ou verificado necessidade de maior prazo de concessão de licença.

#### **8.8. REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA – DECRETO 3003 DE 08/12/2015**

Decreto 3003 de 08/12/2015 – Fixa os critérios e procedimentos a serem adotados para a concessão da redução de carga horária, nos termos do art. 63 da Lei n.º 18.419, de 7 de janeiro de 2015.

A redução da carga horária é um benefício concedido a funcionários públicos e militares estaduais que são responsáveis por cuidar de pessoas com deficiência, incluindo pais, mães, filhos, filhas, cônjuges, companheiros (as), tutores (as), curadores (as) e responsáveis legais.

Para solicitar essa redução, é necessário apresentar os documentos constantes ao Decreto, incluindo o formulário de requerimento preenchido, atestados médicos de deficiência e de acompanhamento, além de comprovantes de vínculo com as pessoas com deficiência e documentos de identificação.

Os documentos devem ser encaminhados à Unidade de Recursos Humanos do órgão de origem do requerente, que, por sua vez, envia o pedido através do e-Protocolo à Divisão de Perícia Médica para avaliação da documentação apresentada, podendo esta DPM solicitar documentos adicionais complementares ou a convocação do servidor juntamente com o familiar para realização de avaliação presencial.

Essa redução cessa imediatamente quando não há mais necessidade, seja por término do motivo que a determinou ou por constatação de irregularidades na concessão do benefício.

O Decreto 3003/2015 – pode ser acessado através do link <https://www.administracao.pr.gov.br/SAS/Pagina/Pericias-Medicas> ou solicitado ao setor de Recursos Humanos do órgão de origem do servidor.

#### **8.9. PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO PRÓPRIO OU PRESTAR ASSISTÊNCIA FAMILIAR FORA DO ESTADO**

##### **ART. 218 DA LEI 6174/70 E LEI Nº 6174/70, ART. 237**

Para os servidores do Estado do Paraná que necessitem realizar tratamento médico em outro estado ou prestar assistência a familiar (desde que comprovem ser indispensável sua assistência pessoal, incompatível com o exercício do cargo), é necessário encaminhar a documentação médica por meio eletrônico utilizando o sistema "DPM Online",

Os critérios e prazos para cada modalidade de licença devem ser seguidos conforme estabelecido.

##### **PARA TRATAMENTO PRÓPRIO DO SERVIDOR:**

Será concedido um tempo mínimo necessário seguindo os parâmetros de concessão por patologia para a recuperação do servidor, e caso seja necessário prorrogação, este será convocado para avaliação presencial no Estado do Paraná.

Esta licença abrange, servidores em disposição funcional ou permuta, tratamento médico especializado, viagens a serviço para o Governo do Estado do Paraná em outras unidades da federação.

##### **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**

Relatório Médico pormenorizado constando informação que justifique a realização de



tratamento fora do Estado;

Exames Complementares.

O envio desta documentação deve ocorrer até 03 dias - contando da data de emissão (conta-se do dia da emissão e não da hora de emissão).

Exceções serão administradas caso a caso, importando ressaltar que o paciente/servidor pode realizar tratamento onde entender ser mais adequado à sua saúde, porém, a avaliação pericial é determinada no local e prazos definidos pela DPM.

As CLÍNICAS prestadoras de serviço a qual denominamos como terceirizadas, não estão autorizadas a receber este documento.

#### **PARA TRATAMENTO DE FAMILIAR:**

Lei nº 6174/70, art. 237 (Estatuto dos Funcionários Cíveis do Paraná).

Art. 237, o funcionário pode obter licença por motivo de doença em pessoa da família, na condição de cônjuge, filho, pai, mãe ou irmão, desde que prove ser indispensável a sua assistência pessoal, incompatível com o exercício do cargo.

#### **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**

O servidor interessado em obter esta modalidade de licença deve buscar o formulário específico utilizando-se do meio eletrônico “DPM Online”,

Em FORMULÁRIOS.

Após o preenchimento de todas as informações, carimbado e assinado, encaminhar através do meio eletrônico “DPM Online”, através do link:

-

<https://www.administracao.pr.gov.br/SAS/Pagina/Pericias-Medicas.>

O envio deste formulário deve ocorrer até 03 dias - contando da data de emissão (conta-se do dia da emissão e não da hora de emissão).

Não há necessidade do envio de atestado médico, somente o formulário específico desde que conste todas as informações, assinatura e identificação mediante carimbo do médico emissor.

As CLÍNICAS prestadoras de serviço, não estão autorizadas a receber este documento.

#### **8.10.LICENÇA PARA TRATAMENTO PRÓPRIO OU PRESTAR ASSISTÊNCIA A FAMILIAR FORA DO PAÍS -**

**ART. 218 DA LEI 6174/70 E LEI Nº 6174/70, ART. 237**

Para os servidores do Estado do Paraná que necessitem realizar tratamento médico em outro País é necessário encaminhar a documentação médica por meio eletrônico utilizando o sistema "DPM Online". Os critérios e prazos devem ser seguidos conforme estabelecido.

#### **LICENÇA PARA TRATAMENTO PROPRIO**

Será concedido um tempo necessário para a recuperação do servidor, e caso seja necessário prorrogação, será solicitado documentação complementar ou em casos de concessão de um número elevado de licenças, o servidor poderá ser convocado para avaliação presencial no Estado do Paraná. Esta licença abrange, tratamento médico especializado mediante documentação comprobatória a critério desta DPM.

É necessário que os documentos solicitados sejam acompanhados de tradução juramentada, atendam aos prazos e as exigências documentais.

Relatório Médico pormenorizado constando informação que justifique a realização de tratamento fora do País;

Exames Complementares.

O envio desta documentação deve ocorrer até 03 dias - contando da data de emissão (conta-se do dia da emissão e não da hora de emissão).

#### **PRESTAR ASSISTENCIA A FAMILIAR FORA DO PAÍS:**

Para os servidores do Estado do Paraná que necessitem prestar assistência a familiar (desde que comprovem ser indispensável sua assistência pessoal, incompatível com o exercício do cargo), em outro País, é necessário encaminhar a documentação médica por meio eletrônico utilizando o sistema "DPM Online". Os critérios e prazos devem ser seguidos conforme estabelecido para esta modalidade de licença.

O servidor interessado em obter esta modalidade de licença deve encaminhar documentação específica utilizando-se do meio eletrônico "DPM Online", através do link:

<https://www.administracao.pr.gov.br/SAS/Pagina/Pericias-Medicas>.

É necessário que os documentos sejam acompanhados de tradução juramentada, atendam aos prazos e as exigências documentais.

As CLÍNICAS prestadoras de serviço, não estão autorizadas a receber este documento.

Exceções serão administradas caso a caso, importando ressaltar que o paciente/servidor pode realizar tratamento onde entender ser mais adequado à sua saúde, porém, a avaliação pericial é determinada no local e prazos definidos pela DPM.

## **9. DAS MODALIDADES DE LICENÇAS – POR AVALIAÇÃO PRESENCIAL**

### **9.1. LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE PRÓPRIO LEI 6174/70 Art. 221 A 231**

O servidor que necessitar de licença para tratamento de saúde poderá acessar a “DPM online”, buscar pela clínica prestadora de serviço mais próxima de sua residência, acessar o contato indicado para cada clínica e proceder com agendamento.

Para o agendamento o atestado médico assistente deverá se encontrar no período vigente, sendo este, de até 03 (três) dias da data de emissão, constar o CID codificado ou por extenso, sugestão dos dias necessários para licença, identificação e assinatura do médico ou odontólogo emitente;

Comparecer no dia, horário e endereço indicado pela clínica prestadora de serviço no agendamento com documento de identificação, atestado médico original e exames complementares.

É responsabilidade do servidor requerente da Licença Médica, realizar os procedimentos que se fizerem necessários, acompanhando os resultados dos comprovantes de Licenças, cumprir os prazos e as exigências documentais.

Os servidores demandados para realizar avaliação pericial na DPM em Curitiba, devem proceder com o agendamento através do e-mail: [agendamentospericia@seap.pr.gov.br](mailto:agendamentospericia@seap.pr.gov.br), devendo seguir os prazos e normas legais.

Lei 6174/70 - Art. 279 - São deveres do funcionário: XV - Submeter-se a inspeção médica que for determinada pela autoridade competente;

## **9.2. LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO - LEI 10.692/93**

Acidente de trabalho é caracterizado pela ocorrência de lesão corporal ou perturbação funcional durante as atividades laborais, resultando na morte, perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho. Além disso, é considerado acidente de trabalho qualquer incidente que ocorra no trajeto habitual de ida ou volta para o trabalho, desde que dentro do percurso comum.

É responsabilidade da chefia imediata quando o servidor não detenha condições, comunicar imediatamente qualquer acidente de trabalho ao órgão pericial oficial do Estado dos servidores efetivos e de cargos em comissão, no máximo até o terceiro dia após o ocorrido.

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser apresentada utilizando o formulário

- CAT da DPM ou do INSS, garantindo que todos os campos, incluindo a parte médica, estejam devidamente preenchidos, assinados, carimbados e datados.

A Comunicação de Acidente de Trabalho destinada apenas ao registro, sem implicar em afastamento do trabalho, ou que exija até 03 (três) dias de afastamento, pode ser enviada via 'DPM Online' até o terceiro dia após a ocorrência do acidente.

A Comunicação de Acidente de Trabalho que resulte em afastamento do trabalho por mais de 03 (três) dias requer uma avaliação presencial, seguindo os mesmos critérios exigidos para obtenção de perícia presencial da licença para tratamento de saúde própria. Havendo impossibilidade do servidor em realizar avaliação presencial devido hospitalização deverá seguir os trâmites de envio DPM-ONLINE.

Só será considerado para fins de registro ou concessão de licença por acidente de trabalho o formulário CAT que estiver preenchido corretamente conforme exigido. Caso contrário, se necessário afastamento, será concedida licença médica para tratamento de saúde, ou então o registro não será efetuado.

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) está disponível para acesso através da página da perícia médica, no sistema 'DPM Online'.

#### **COMPETE À DIVISÃO DE PERÍCIA MÉDICA:**

Como atribuição legal autenticar os casos de doenças profissionais, desencadeadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade, bem como as doenças do trabalho, adquiridas ou desencadeadas em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e se relaciona diretamente com ele.

### **9.3. LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DA GESTANTE**

#### **ART. 236 DA LEI 6174/70**

A servidora que necessitar de licença para tratamento de saúde e que não se encontre na 36ª semana de gestação, poderá solicitar licença acessando a “DPM online”, buscar pela clínica prestadora de serviço mais próxima de sua residência, acessar o contato indicado para cada clínica e proceder com o agendamento.

Para o agendamento o atestado médico assistente deverá se encontrar no período vigente, sendo este, de até 03 (três) dias da data de emissão, constar o CID codificado ou por extenso, indicação do período gestacional, sugestão dos dias necessários para licença, identificação e assinatura do médico emitente;

Na ausência de indicação do período gestacional no atestado médico, é necessário apresentar carteira de pré-natal.

Comparecer no dia, horário e endereço indicado pela clínica prestadora de serviço no agendamento, com documento de identificação, atestado médico original e exames complementares.

É responsabilidade da servidora requerente da Licença Médica, realizar os procedimentos e apresentar os documentos que se fizerem necessários, acompanhar os resultados dos comprovantes de licenças, cumprir os prazos e as exigências documentais.

#### **9.4. LICENÇA PARA TRÂMITE DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ**

##### **ART. 138, 212 E 224 DA LEI 6174/70**

A aposentadoria por invalidez será sempre precedida de licença por período não inferior a vinte e quatro meses, salvo quando a Junta Médica declarar a incapacidade definitiva para o serviço ou na hipótese do art. 224, § 4º. Será aposentado o funcionário

que for considerado inválido para o serviço e não puder ser readaptado, conforme estipulado no art. 212.

A iniciativa e sugestão para a aposentadoria por invalidez é competência da Divisão de Perícia Médica, seguida de avaliação médica e homologação pela ParanaPrevidência, desde que o servidor cumpra o que estabelece a Lei dos Servidores Públicos do Estado do Paraná e os critérios periciais. Não é necessário solicitar através de processo administrativo.

O prazo concedido é definido com base na razoabilidade para o trâmite e processamento da aposentadoria na PRPrev.

O servidor deve passar por avaliação seguindo os trâmites normais até atender aos critérios necessários para a indicação de aposentadoria por invalidez.

Se a indicação da aposentadoria por invalidez for indeferida pelo ParanaPrevidência, o servidor deve retornar às suas funções. Uma nova licença só será concedida se houver apresentação de novos fatos ou agravamento do quadro anterior, comprovados por documentação médica e avaliação pericial

## **9.5. AFASTAMENTO DE FUNÇÃO / READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO –**

### **LEI 6174/70 – ART. 212, 213 - DECRETO 6805/2012**

- a. O afastamento temporário de função e a readaptação imputam à mudança de função dentro do mesmo cargo público, envolvendo atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação física e/ou psíquica, conforme verificado por meio da inspeção médica realizada pelo Órgão competente. Esse processo ocorre quando a concessão de licença para tratamento de saúde ou aposentadoria por invalidez não se justifica mais. Para isso, o servidor deve cumprir o Decreto 6805, de 19 de dezembro de 2012.
- b. Compete à perícia médica oficial do Estado avaliar os casos que resultem em afastamento temporário de função ou readaptação de servidores públicos estaduais.
- c. A perícia médica oficial do Estado não tem competência para avaliar casos de afastamento temporário de função ou readaptação de servidores com cargos comissionados amparados pelo Regime Geral da Previdência Social e contratados em regime especial pela Lei Complementar nº 108/05.
- d. Ao servidor em estágio probatório será concedido licença para tratamento de saúde de acordo com a avaliação pericial, com possibilidade de afastamento temporário de função ou readaptação apenas em casos de acidente de trabalho.
- e. O afastamento temporário de função e a readaptação ex officio serão iniciados pela perícia médica oficial do Estado.
- f. Em qualquer fase do processo de afastamento temporário de função ou readaptação, o servidor poderá ser convocado para comparecer perante a perícia médica do Estado para reavaliação e acompanhamento multiprofissional.



- g. O servidor readaptado pode ser reavaliado a cada 2 (dois) anos.
- h. Quando convocado, o servidor em licença médica ou afastamento temporário de função ou readaptado deverá comparecer obrigatoriamente na perícia médica do Estado no dia e horário marcados, sob pena incidência das penalidades previstas e infração disciplinar.
- i. Quando o médico assistente recomendar o afastamento de determinadas atividades relacionadas ao trabalho, o servidor deverá solicitar avaliação pericial através da plataforma "dpm online", seguindo os mesmos critérios exigidos para obtenção de perícia presencial da licença para tratamento de saúde própria ou seja nas clínicas prestadoras de serviços. A critério médico, poderá ser concedido afastamento temporário da função ou readaptação. Em ambos os casos, o servidor continuará trabalhando.
- j. No processo de afastamento temporário de função, cabe a Divisão de Perícia Médica solicitar o envio através de anotação no comprovante de licença da RAF – Relatório de Afastamento de Função;
- k. Compete a Divisão de Perícia Médica indicar as restrições laborais relacionadas a determinadas atividades que possam ocasionar agravamento de limitação da capacidade física e/ou psíquica do servidor, não estando nesta competência remoção de local e/ou troca de turno e/ou redução de jornada de trabalho dos servidores que não estejam previstas em lei;
- l. Compete a Chefia Imediata ao setor de Recursos Humanos a implementação observância dos seguimentos das restrições.

## **RECONDUÇÃO AO CARGO APÓS READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO**

### **SITUAÇÃO ESPECÍFICA - DECRETO 6805/2012 – ART. 20**

A recondução ao cargo poderá acontecer nos casos de:

A pedido do servidor, da Chefia Imediata ou da Divisão de Perícia Médica, na ocorrência das seguintes situações:

I - quando houver melhora ou cura das condições de saúde do servidor;

II.- quando for promovida a adequação de seu local de trabalho;

III.- quando houver informações de que o servidor trabalha fora do serviço público em funções semelhantes daquelas que geraram o afastamento de função ou readaptação.

### **PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS**

Quando o servidor se sentir em condições de trabalho na sua função de origem e desejar recondução deve solicitar através do e-protocolo <https://www.eProtocolo.pr.gov.br/-> para SEAP/DSS/DPM através de requerimento padrão do Estado – solicitação de avaliação presencial para este fim;

### **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

Relatório Médico pormenorizado com data atualizada que deve ser emitido pelo médico assistente que sugeriu a readaptação de função, informando o Estado atual do servidor, o tratamento realizado e que o servidor não apresenta qualquer restrição para retorno a função de origem e envio de exames complementares atualizados;

Em caso de impossibilidade de a emissão do relatório médico ser pelo médico assistente que sugeriu a readaptação de função, a emissão deve ser por médico especialista na área da patologia em que o servidor foi readaptado.

Constar informação de e-mail e telefone válido para convocação do servidor para avaliação presencial para este fim.

Quando esta DPM tiver conhecimento de que o servidor trabalha fora do serviço público em funções semelhantes daquelas que geraram o afastamento de função ou readaptação. Procederá com a convocação do servidor para avaliação presencial em Junta Médica. Cabendo ao servidor convocado comprovar a condição de saúde ensejadora do eventual afastamento.

Está avaliação tem por embasamento, condição de saúde, evolução e recuperação da patologia não abrangendo questões administrativas e/ou econômico financeiras.

#### **9.6. AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORAL**

A capacidade laboral refere-se à habilidade de uma pessoa para realizar o trabalho de forma eficiente e produtiva, levando em consideração suas habilidades físicas, mentais e emocionais. Ela é influenciada por vários fatores, como condições de saúde, nível de experiência, treinamento e ambiente de trabalho. A avaliação da capacidade laboral é importante para garantir que os servidores estejam aptos a desempenhar suas funções de maneira segura e adequada.

A Avaliação de Capacidade Laboral deve ser solicitada sempre que houver dúvidas sobre a aptidão do servidor para desempenhar suas funções devido a questões de saúde física, mental ou emocional.

A solicitação deve ser feita por meio do e-protocolo pela Chefia Imediata, responsáveis pela gestão de pessoas e setor jurídico do órgão em que o servidor faz parte, direcionada à Divisão de Perícia Médica, com o intuito de:

- Verificar se um servidor tem ou não condições de saúde para continuar exercendo suas atividades de trabalho;
- Subsidiar decisões administrativas;
- Subsidiar a adoção de eventuais medidas disciplinares;
- Entre outras necessidades que porventura exijam este tipo de avaliação.

Na solicitação, deverá constar informações que justifiquem esta solicitação por questões médicas, incluindo contatos para convocação do servidor nos casos cabíveis e documentação médica que sustente a necessidade da avaliação.

#### **9.7. AVALIAÇÃO PARA FINS DE INDENIZAÇÃO**

##### **(LEI Nº 14.268/03 – DECRETO 3494/2004)**

Terão direito à indenização por morte ou invalidez permanente, parcial ou total, decorrente de ato ou fato ocorrido no efetivo exercício de suas funções, na forma do art. 1º, da Lei nº 14.268, de 22 de dezembro de 2003, os servidores integrantes dos Quadros

da Polícia Civil e da Polícia Militar do Estado e das carreiras de agente penitenciário e agente de execução, na função de Educador Social, alocado no Instituto de Ação Social do Paraná e unidades privativas de liberdade, do Quadro Próprio do Poder Executivo Estadual.

A invalidez permanente será avaliada e declarada pela Divisão de Perícia Médica da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência, devendo o servidor apresentar todos os exames realizados que comprovem sua invalidez permanente.

A Divisão de Perícia Médica só procederá com a convocação para a avaliação para fins de indenização mediante o envio do processo pelos canais apropriados para este fim.

## **10. AVALIAÇÃO ADMISSIONAL**

A Divisão de Perícia Médica conduzirá avaliações para fins admissionais de candidatos conforme estabelecido em Edital Específico, podendo ser realizadas de forma presencial ou documental, dependendo dos critérios constituídos para o processo seletivo.

## **11. AVALIAÇÃO PARA CUMPRIMENTO DE ORDEM JUDICIAL**

A Divisão de Perícia Médica cumprirá as demandas estabelecidas em Ordem Judicial, podendo realizar avaliações de forma presencial ou documental, conforme determinado pela ordem judicial específica.

## **12. CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Os esclarecimentos formais a cargo da DPM são dotados de fé pública, com supedâneo no art. 160 da Lei-Federal Nº 8.112, de 1990.

Os funcionários públicos, no exercício de suas atribuições, não estão sujeitos à ação penal por ofensa irrogada em informações, pareceres ou quaisquer outros escritos de natureza administrativa, que, para este fim, são equiparados às alegações produzidas em juízo art. 359 da Lei- Estadual nº 6.174 de novembro de 1970.

Os casos omissos serão definidos pela equipe desta DPM.

Ao termino da licença o servidor deve reassumir o seu exercício.

Exceto quando da solicitação de prorrogação de licença que fasear-se-á nos moldes da solicitação de licença atendendo-se o § 1º do Art. 215 da Lei 6174/70.

Art. 214 da Lei 6174/70 – Terminada a licença, ou funcionário reassumirá imediatamente o exercício, ressalvado o caso do § 1º do Art. 215.

No transcorrer da licença o servidor não pode exercer atividade remunerada. Ao fazê-lo incorre em cancelamento da licença com perda total do vencimento ou remuneração até reassumir o cargo.

Art. 226 da Lei 6174/70 – No curso da licença para tratamento de saúde, o funcionário abster-se-á de atividades remuneradas, sob pena de interrupção da licença, com perda total do vencimento ou remuneração, até que reassuma o cargo.

Parágrafo Único. Os dias correspondentes à perda de vencimentos ou remuneração de que trata este artigo serão considerados como de licença sem vencimento, na forma do inciso VII do art. 208.

O servidor não pode negar-se a convocação para inspeção médico pericial sob pena de suspensão do vencimento ou remuneração até a realização desta.

Art. 229 da Lei 6174/70– O funcionário não poderá recusar a inspeção médica, sob pena de suspensão de pagamento de vencimento ou remuneração, até que se realize a inspeção. – vide arts. 279, XV e 295, desta lei.

O servidor que necessitar de tratamento de saúde durante o período de férias, não terá suas férias interrompidas. Após o término, havendo necessidade deverá solicitar avaliação pericial pelos trâmites normais, devendo apresentar documentação médica com data atualizada.

O servidor que entrar de licença por motivo de saúde até o dia anterior ao início de suas férias terá suas férias suspensas enquanto durar o afastamento, e remarcadas. À suspensão somente para esta situação, deve ser solicitada ao setor de recursos humanos antes do envio da documentação.

### 13. FORMULÁRIOS

#### LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_

Vínculo: (        ) Estatutário    (        ) Comissionado

Domicílio do Servidor: \_\_\_\_\_ Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Nome do Familiar Convalescente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com o servidor : \_\_\_\_\_

Domicílio do Familiar: \_\_\_\_\_ Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Elencar nome, idade e grau de parentesco dos que moram com familiar (acima de 16 anos), e especificar todos os responsáveis pelo cuidado do familiar :

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

#### PREENCHIMENTO DO MÉDICO ASSISTENTE

Patologia vinculada a concessão de licença: CIDs \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Z76.3

Procedimento Cirúrgico? (    ) S (    ) N

Especificar: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vídeo (    ) S (    ) N

Prognóstico (incluir tempo necessário para cuidados): \_\_\_\_\_

Home Care (    ) Sim (    ) Não    Período (    ) diurno (    ) noturno

Medicamentos em uso:

---

---

---

### ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ESCORE DE KATZ)

| ATIVIDADE         | INDEPENDENTE                                                                                         | SIM | NÃO |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1.Banho           | Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para 01 parte do corpo                                      |     |     |
| 2. Vestir-se      | Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda,exceto para amarrar os sapatos                          |     |     |
| 3.Higiene Pessoal | Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador e bengala) |     |     |
| 4.Transferência   | Consegue deitar na cama , sentar na cadeira e levantar sem ajuda ( pode usar andador ou bengala )    |     |     |
| 5.Continência     | Controla completamente urina e fezes                                                                 |     |     |
| 6.Alimentação     | Leva comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.         |     |     |

**Escore: 6 pontos ( independência para AVD); 4 pontos (dependência parcial); 2 pontos (dependência importante )**

*Modificada de Katz et al. Gerontologist*

Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, bem como estou ciente que posso ser responsabilizado nas esferas administrativa, civil e criminal pela incorreção dessas informações.

---

**Assinatura do Médico Assistente mediante carimbo de identificação**

---

**Assinatura do servidor solicitante**



## 14. ORIENTAÇÕES GERAIS

### 1. São elegíveis para Licença para Tratamento de Pessoa da Família:

- Cirurgias ortopédicas de coluna, quadril e joelhos;
- Politraumatismos e Grandes Queimados;
- Cirurgias Cardiológicas e insuficiência cardíaca grave;
- Cirurgias Neurológicas e sequelas;
- Quadros Demenciais;
- Parkinson;
- Cirurgias oncológicas e procedimentos de quimioterapia e radioterapia;
- Paraplegia e Tetraplegia;
- Esclerose Múltipla;
- Cegueira;
- Aids Terminal;
- Cirurgias Pediátricas: concessão de 07 (sete) dias á genitora (na sua ausência ao genitor ou responsável legal)

2. Conforme Estatuto do Servidor, Art. 237, o funcionário pode obter licença por motivo de doença em pessoa da família, na condição de cônjuge, filho, pai, mãe ou irmão, desde que prove ser indispensável a sua assistência pessoal, incompatível com o exercício do cargo.

Parágrafo 1º. A concessão da licença depende de inspeção médica do órgão pericial oficial do Estado, na forma prevista no art. 211.

Parágrafo 2º. A licença de que trata este artigo, é concedida com vencimento ou remuneração, até 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, compreendidos no período de 24 (vinte e quatro) meses.

Parágrafo 3º. Ultrapassado o período de 90 dias, consecutivos ou não, a licença de que trata este artigo será concedida com os seguintes descontos:

- I. de 50 % (cinquenta por cento) do vencimento, quando exceder de 90 (noventa) dias até 180 (cento e oitenta) dias;
- II. Sem vencimento ou remuneração, quando exceder de 180 (cento e oitenta) dias até 360 (trezentos e sessenta) dias, limite da licença;

Parágrafo 4º. Em caso do inciso II do parágrafo anterior, só poderá ser concedida nova licença, transcorridos 2 (dois) anos do término da licença anterior.

Parágrafo 5º. No curso de licença por motivo de doença em pessoa da família, o funcionário abster-se-á de quaisquer atividades remuneradas, sob pena de interrupção da licença, com perda total do vencimento ou

remuneração, até que reassuma o cargo.

3. Conforme Manual de Perícia Médica, o ocupante de cargo em comissão terá direito a esta licença com vencimentos integrais por somente 15 dias no intervalo de 60 (sessenta dias);
4. Para obter licença por motivo de doença em pessoa da família, o servidor estatutário ou em cargo de comissão, deverá provar ser indispensável a sua assistência pessoal, incompatível com o exercício do cargo;
5. A critério da equipe médica da DPM, mediante atestado médico, poder-se-á conceder licença administrativamente, não isentando de verificação futura do enfermo;
6. Servidores em Regime Especial de Processo Seletivo Simplificado (PSS) não tem previsão legal à referida licença;
7. A Assistência Social desta DPM poderá entrar em contato nos casos de afastamento prolongado, ou para dirimir dúvidas ao início da licença;
8. Considerando tratar-se de cuidados permanente durante o período da licença, poderá ser efetuada visita no domicílio sem prévio agendamento;
9. Em caso de falecimento do familiar ou, mudança de cuidador submetido aos referidos cuidados, o servidor deverá informar imediatamente esta DPM para a cessação da licença.

**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA****DIVISÃO DE PERÍCIA MÉDICA – DPM****SERVIÇO DE PSICOLOGIA****RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE AFASTAMENTO DE FUNÇÃO - RAF****DATA DE RECEBIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**I. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Função cargo efetivo: \_\_\_\_\_

Função cargo atual: \_\_\_\_\_ Tempo de Serviço Efetivo no Estado: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalha neste local? \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_

**As informações serão mantidas em sigilo. Em caso de dúvidas no preenchimento deste formulário, favor entrar em contato com o Setor de Psicologia Fone: (41)3883-6302 no período da manhã.**

**II. NOME DA CHEFIA DO SERVIDOR:** \_\_\_\_\_

HÁ QUANTO TEMPO CONHECE O SERVIDOR? \_\_\_\_\_

**III. HÁ QUANTO TEMPO O SERVIDOR ESTÁ EM AFASTAMENTO DE FUNÇÃO?**

\_\_\_\_\_

**IV. TEM CONHECIMENTO SE O SERVIDOR REALIZA NO MOMENTO ALGUM TRATAMENTO DE SAÚDE?**

( ) Não            ( ) Sim            ( ) Médico            ( ) Psicológico

( ) Se médico, identifique a especialidade: \_\_\_\_\_

( ) Outros \_\_\_\_\_

HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ EM TRATAMENTO? \_\_\_\_\_

**V. QUAIS ATIVIDADES O SERVIDOR DESEMPENHA NA ATUAL FUNÇÃO?**

DESCREVA:

---

---

**VI. NO DESEMPENHO DO SERVIDOR NA ATUAL FUNÇÃO, OBSERVA-SE:**

1. ORGANIZAÇÃO NO TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO
2. FLEXIBILIDADE NO ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES NOVAS ( ) SIM ( ) NÃO
3. CONSEGUE ADMINISTRAR O TEMPO ( ) SIM ( ) NÃO
4. DEMONSTRA COMPROMETIMENTO NO TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO
5. APRESENTA FALTAS NO TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO
6. DEMONSTRA INTERESSE EM APRIMORAR SEU TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO
7. DEMONSTRA SATISFAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

8. É PONTUAL ( ) SIM ( ) NÃO

9. QUEIXA-SE COM FREQUÊNCIA DE ALGUMA DIFICULDADE NO TRABALHO ( ) SIM

( ) NÃO QUAIS? \_\_\_\_\_

10. CONSEGUE CONCLUIR TAREFAS A SEREM DESEMPENHADAS ( ) SIM ( ) NÃO

11. DEMONSTRA IRRITABILIDADE COM COLEGAS OU TERCEIROS ( ) SIM ( ) NÃO

12. ISOLA-SE DOS COLEGAS ( ) SIM ( ) NÃO

13. APRESENTA QUEIXAS DE SAÚDE ( ) SIM ( ) NÃO

QUAIS? \_\_\_\_\_

14. EXISTEM SINTOMAS QUE DIFICULTAM O DESEMPENHO DA FUNÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

QUAIS? \_\_\_\_\_

15. APRESENTA ATESTADOS DE ATÉ TRÊS DIAS FREQUENTEMENTE? ( ) SIM ( ) NÃO

\_\_\_\_\_

I. NA SUA OBSERVAÇÃO, EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO DO SERVIDOR, VERIFICA NO MOMENTO, A AUSÊNCIA DE QUEIXAS E SINTOMAS QUE MOTIVARAM O AFASTAMENTO DE FUNÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO.

II. EM CASO AFIRMATIVO, CONSIDERA QUE A AUSÊNCIA DOS SINTOMAS FAVOREÇA O RETORNO A FUNÇÃO PARA A QUAL FOI EFETIVADO?

( ) SIM ( ) NÃO.

DESCREVA A RAZÃO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. O SERVIDOR MANIFESTOU O INTERESSE EM RETORNAR A FUNÇÃO PARA A QUAL FOI EFETIVADO?**

(    ) SIM (    ) NÃO.

DESCREVA A RAZÃO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV. O SERVIDOR APRESENTA DIFICULDADES QUE IMPEDEM O DESEMPENHO DA ATUAL FUNÇÃO:**

(    ) SIM (    ) NÃO.

DESCREVA A RAZÃO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro que as informações acima descritas foram por mim prestadas e correspondem a verdade.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura chefia

Carimbo

\_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor



## GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

Secretaria de Estado da Administração e da Previdência Divisão  
de Perícia Médica

### Comunicação de Acidente do Trabalho - Servidor Estatutário - CAT

#### 1. Identificação do funcionário

|                             |                                              |
|-----------------------------|----------------------------------------------|
| Nome: _____                 |                                              |
| RG: _____                   | Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ |
| Cargo: _____                |                                              |
| Função Exercida: _____      |                                              |
| Endereço Residencial: _____ |                                              |
| Bairro: _____               | Telefone Residencial: _____                  |
| CEP.: _____                 | Município: _____                             |

#### 2. Formação Escolar

|                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. ( ) Analfabeto         | 5. ( ) 2º Grau Incompleto |
| 2. ( ) Alfabetizado       | 6. ( ) 2º Grau Completo   |
| 3. ( ) 1º Grau Incompleto | 7. ( ) Superior           |
| 4. ( ) 1º Grau Completo   | 8. ( ) Pós-graduação      |

#### 3. Identificação do Órgão

|                                  |
|----------------------------------|
| Órgão / Unidade Admin.: _____    |
| Município: _____ Telefone: _____ |

#### 4. Informações sobre o Acidente

#### 5. Tipo do Acidente

|                                                                      |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Data do Acidente: ____ / ____ / ____ . Hora do Acidente: ____ : ____ | 1. ( ) Típico (no trabalho)                                       |
| Número de horas trabalhadas até o acidente: ____ : ____ horas        | 2. ( ) Trajeto (Deslocamento: casa p/ trabalho; Trabalho p/ casa) |
| 1. ( ) Com afastamento ( ) Sem afastamento 2. ( ) Com Óbito          | 3. ( ) Doença Profissional (competência exclusiva da DPM)         |

#### 6. Descrição do Acidente (Preenchimento obrigatório pelo SESMT ou Chefia imediata)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

#### Parte(s) do corpo atingida(s)

|                                         |                             |
|-----------------------------------------|-----------------------------|
| 1 ( ) Cabeça (exceto olhos)             | 5. ( ) Mãos                 |
| 2 ( ) Olhos                             | 6. ( ) Membros .            |
| 3 ( ) Tronco                            | 7. ( ) Sistemas e aparelhos |
| 4. ( ) Membros superiores (exceto mãos) | 8. ( ) Múltiplas partes     |

A Comunicação de Acidente de Trabalho deve ser encaminhada DPM no prazo máximo de 24 horas da ocorrência do acidente.



### 7. Laudo de Exame Médico

|                                                                                                                                           |  |                      |  |                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|
| Serviço Médico: _____                                                                                                                     |  | Data: ____/____/____ |  | Hora: _____           |  |
| Descrição da(s) Lesão(s): _____                                                                                                           |  |                      |  |                       |  |
| Diagnóstico provável – CID: _____                                                                                                         |  |                      |  |                       |  |
| Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) Lesão(s) e a data do acidente declarada?<br>( ) SIM ( ) NÃO                            |  |                      |  |                       |  |
| Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(s) e o histórico do acidente que a(s) teriam provocado?<br>( ) SIM ( ) NÃO |  |                      |  |                       |  |
| Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado.                                                                               |  | ( ) Hospitalar       |  | ( ) Ambulatorial      |  |
| Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho ?                                                                       |  | ( ) SIM              |  | ( ) NÃO               |  |
| Condições patológicas preexistentes ao acidente: _____                                                                                    |  |                      |  |                       |  |
| Observações: _____                                                                                                                        |  |                      |  |                       |  |
| Localidade: _____                                                                                                                         |  |                      |  | Data: ____/____/____. |  |
| Médico Assistente (assinatura e carimbo)                                                                                                  |  |                      |  |                       |  |

### 8. De uso exclusivo da DPM

|                                                |                    |                       |                             |
|------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------------|
| <b>Investigação do Acidente - (codificado)</b> |                    |                       |                             |
| ( ) Natureza do Acidente                       | ( ) Causa da Lesão | ( ) Natureza da Lesão | ( ) Parte do corpo atingida |
| Observações: _____                             |                    |                       |                             |

### Testemunhas do Acidente

|                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| Nome: _____     | Assinatura: _____ |
| Endereço: _____ |                   |
| Nome: _____     | Assinatura: _____ |
| Endereço: _____ |                   |

|                                                          |                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chefia Imediata: Data: ____/____/____<br><br>Nome: _____ | Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas.<br><br><br><br><br><br><br><div style="text-align: right;">Assinatura do Servidor</div> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Publicado em: 19/04/2021 | Edição: 72 | Seção: 1 | Página: 44

Órgão: Ministério da Economia/Secretaria Especial de Previdência e Trabalho

### **PORTARIA SEPRT/ME Nº 4.334, DE 15 DE ABRIL DE 2021**

Dispõe sobre o procedimento e as informações para a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), de que trata o art. 22 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. (Processo nº 10132.100084/2021-71).

O SECRETÁRIO ESPECIAL DE PREVIDÊNCIA E TRABALHO DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 71, incisos I e II, "a" e o art. 180 do Anexo I do Decreto nº 9.745, de 8 de abril de 2019, resolve:

Art. 1º A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), de que trata o art. 22 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, será cadastrada exclusivamente em meio eletrônico:

I - pelo eSocial, na forma estabelecida no Manual de Orientação do eSocial (MOS), disponível no sítio eletrônico do eSocial na internet, a partir da obrigatoriedade do evento S-2210 para o emissor da CAT, nos seguintes casos:

- a) o empregador, em relação aos seus empregados;
- b) o empregador doméstico, em relação aos seus empregados domésticos; e
- c) a empresa tomadora de serviço ou, na sua falta, o sindicato da categoria ou o órgão gestor de mão-de-obra, em relação ao trabalhador avulso; e

II - para os demais autorizados à formalização do documento, exclusivamente pela aplicação disponível no sítio eletrônico da Previdência Social, nos termos do disposto no § 2º do art. 22 da Lei nº 8.213, de 1991.

Parágrafo único. Para os responsáveis mencionados no inciso I do caput, enquanto não obrigados ao envio do evento S-2210 no eSocial, será aplicada a forma de envio prevista no inciso II.

Art. 2º A CAT, a partir da vigência desta Portaria, somente poderá ser encaminhada pelos meios previstos no art. 1º, não sendo possível o protocolo físico do documento nas Agências da Previdência Social.

§ 1º O cadastramento da CAT nos termos do art. 1º corresponde ao cumprimento do disposto no art. 22 da Lei nº 8.213, de 1991.

§ 2º Todos os campos da CAT deverão ser preenchidos com a transcrição fiel dos dados informados no atestado médico.

Art. 3º As informações a serem prestadas na CAT são as constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. As orientações para o preenchimento da CAT constarão no Manual de Orientação do eSocial (MOS) e no sítio eletrônico da Previdência Social.

Art. 4º O cumprimento do disposto no § 1º do art. 22 da Lei nº 8.213, de 1991, ocorrerá:

I - para a CAT formalizada na forma do inciso I do art. 1º, por meio da entrega de formulário com o modelo definido no anexo a esta Portaria, com cópia fiel dos dados enviados ao ambiente nacional do eSocial; e

II - para a CAT formalizada na forma do inciso II e do parágrafo único do art. 1º, pela impressão do formulário disponibilizado pelo sistema após o preenchimento do documento.

Art. 5º Caberá ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS):

I - disciplinar procedimentos operacionais para o envio da CAT; e

II - adotar as providências necessárias para que o novo formato das informações esteja implantado até 8 de junho de 2021.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 5.817, de 6 de outubro de 1999, do extinto Ministério da Previdência e Assistência Social.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor em 8 de junho de 2021.

**BRUNO BIANCO LEAL**

## ANEXO

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 1 - Emissor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Empregador doméstico <input type="checkbox"/> Tomador de serviço avulso ou órgão gestor de mão de obra<br><input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Trabalhador <input type="checkbox"/> Dependentes <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Autoridade Pública |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 2 - Tipo de CAT:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Reabertura <input type="checkbox"/> Comunicação de óbito                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 3 - Iniciativa da CAT:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Iniciativa do empregador<br><input type="checkbox"/> Ordem judicial<br><input type="checkbox"/> Determinação de órgão fiscalizador                                                                                                                                                                                                     |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 4 - Fonte do Cadastramento: <input type="checkbox"/> eSocial <input type="checkbox"/> CatWeb                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 5 - Número da CAT:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 6 - Número do recibo do evento no eSocial da CAT de origem (somente deve ser preenchido em caso de retificação ou exclusão)                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| <b>II - EMITENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| <b>EMPREGADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 7 - Razão Social / Nome:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 8 - Tipo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        | 9 - Número de Inscrição:                                                |                                                                                                                                                                           | 10 - CNAE                                                    |
| <input type="checkbox"/> CNPJ - <input type="checkbox"/> CNO - <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> CAEPF - <input type="checkbox"/> CPF                                                                                                                                                                                                        |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| <b>ACIDENTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 11 - Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 12 - CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 13 - Data de Nascimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        | 14 - Sexo                                                               | 15 - Estado Civil                                                                                                                                                         |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo<br><input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado |                                                              |
| 16 - CBO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 17 - Filiação à Previdência Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                                                                         | 18 - Áreas                                                                                                                                                                |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregado doméstico <input type="checkbox"/> Trabalhador Avulso<br><input type="checkbox"/> Segurado Especial                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                         | <input type="checkbox"/> Urbana<br><input type="checkbox"/> Rural                                                                                                         |                                                              |
| <b>ACIDENTE OU DOENÇA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |
| 19 - Data do Acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 20 - Hora do Acidente  | 21 - Após quantas horas de trabalho?                                    | 22 - Tipo                                                                                                                                                                 | 23 - Houve afastamento?                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                                                                         | <input type="checkbox"/> Típico<br><input type="checkbox"/> Doença<br><input type="checkbox"/> Trajeto                                                                    | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |
| 24 - Último dia trabalhado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 25 - Local do acidente | 26 - Especificação do local do acidente                                 | 27 - CNPJ/CAEPF/ CNO do local do acidente (somente se acidente ocorreu no Brasil)                                                                                         | 28 - UF (somente se acidente ocorreu no Brasil)              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                              |

|                                                                                                                   |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29 - Município do local do acidente (somente se acidente ocorreu no Brasil)                                       | 30 - País                                  | 31 - Parte do corpo atingida (conforme códigos e descrição identificados no eSocial) | 32 - Agente causador (conforme códigos e descrição identificados no eSocial)                                                          | 33 - Lateralidade<br><input type="checkbox"/> Não aplicável<br><input type="checkbox"/> Esquerda<br><input type="checkbox"/> Direita<br><input type="checkbox"/> Ambas |
| 34 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença (conforme códigos e descrição identificados no eSocial) |                                            |                                                                                      | 35 - Houve registro policial?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                         |                                                                                                                                                                        |
| 36 - Houve morte?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                 |                                            |                                                                                      | 37 - Data do óbito:                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |
| 38 - Observações                                                                                                  |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| 39 - Data do Recebimento:                                                                                         |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>III - INFORMAÇÕES DO ATESTADO MÉDICO</b>                                                                       |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>ATENDIMENTO</b>                                                                                                |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| 40 - Data                                                                                                         |                                            |                                                                                      | 41 - Hora                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |
| 42 - Houve internação?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                            | 43 - Provável duração do tratamento (dias) |                                                                                      | 44 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |                                                                                                                                                                        |
| <b>LESÃO</b>                                                                                                      |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| 45 - Descrição e natureza da lesão                                                                                |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| 46 - Diagnóstico provável                                                                                         |                                            |                                                                                      | 47 - CID-10                                                                                                                           |                                                                                                                                                                        |
| 48 - Local e Data                                                                                                 |                                            |                                                                                      | 49 - Nome do médico, CRM e UF                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |
| 50 - Observações:                                                                                                 |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.</b>            |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>FORMULÁRIO ASSINADO ELETRONICAMENTE - DISPENSA ASSINATURA E CARIMBO</b>                                        |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

## ANEXO

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 1 - Emitente:<br><input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Empregador doméstico <input type="checkbox"/> Tomador de serviço avulso ou órgão gestor de mão de obra<br><input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Trabalhador <input type="checkbox"/> Dependentes <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Autoridade Pública |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 2 - Tipo de CAT:<br><input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Reabertura <input type="checkbox"/> Comunicação de óbito                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 3 - Iniciativa da CAT:<br><input type="checkbox"/> Iniciativa do empregador<br><input type="checkbox"/> Ordem judicial<br><input type="checkbox"/> Determinação de órgão fiscalizador                                                                                                                                                                                            |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 4 - Fonte do Cadastramento: <input type="checkbox"/> eSocial <input type="checkbox"/> CatWeb                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 5 - Número da CAT:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 6 - Número do recibo do evento no eSocial da CAT de origem (somente deve ser preenchido em caso de retificação ou exclusão)                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| <b>II - EMPREENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| <b>EMPREGADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 7- Razão Social / Nome:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 8- Tipo<br><input type="checkbox"/> CNPJ - <input type="checkbox"/> CNO - <input type="checkbox"/> CAEPF - <input type="checkbox"/> CPF                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                      | 9- Número de Inscrição:                                                                                                                                                                        |                                                                                   | 10- CNAE                                                                                |
| <b>ACIDENTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 11 - Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 12 - CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 13 - Data de Nascimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 14 - Sexo<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Feminino | 15 - Estado Civil<br><input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo<br><input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado |                                                                                   |                                                                                         |
| 16 - CBO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 17 - Filiação à Previdência Social<br><input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregado doméstico <input type="checkbox"/> Trabalhador Avulso<br><input type="checkbox"/> Segurado Especial                                                                                                                                                                  |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   | 18 - Áreas<br><input type="checkbox"/> Urbana<br><input type="checkbox"/> Rural         |
| <b>ACIDENTE OU DOENÇA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |                                                                                         |
| 19 - Data do Acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 20 - Hora do Acidente                                                                | 21 - Após quantas horas de trabalho?                                                                                                                                                           | 22 - Tipo<br>1 - Típico<br>2 - Doença<br>3 - Trajeto                              | 23 - Houve afastamento?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |
| 24 - Último dia trabalhado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 25 - Local do acidente                                                               | 26 - Especificação do local do acidente                                                                                                                                                        | 27 - CNPJ/CAEPF/ CNO do local do acidente (somente se acidente ocorreu no Brasil) | 28 - UF (somente se acidente ocorreu no Brasil)                                         |

|                                                                                                                                                                                      |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29 - Município do local do acidente (somente se acidente ocorreu no Brasil)                                                                                                          | 30 - País                                  | 31 - Parte do corpo atingida (conforme códigos e descrição identificados no eSocial) | 32 - Agente causador (conforme códigos e descrição identificados no eSocial)                                                          | 33 - Lateralidade<br><input type="checkbox"/> Não aplicável<br><input type="checkbox"/> Esquerda<br><input type="checkbox"/> Direita<br><input type="checkbox"/> Ambas |
| 34 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença (conforme códigos e descrição identificados no eSocial)                                                                    |                                            |                                                                                      | 35 - Houve registro policial?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                         |                                                                                                                                                                        |
| 36 - Houve morte?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                    |                                            |                                                                                      | 37 - Data do óbito:                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |
| 38 - Observações                                                                                                                                                                     |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| 39 - Data do Recebimento:                                                                                                                                                            |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>III - INFORMAÇÕES DO ATESTADO MÉDICO</b>                                                                                                                                          |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>ATENDIMENTO</b>                                                                                                                                                                   |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| 40 - Data                                                                                                                                                                            |                                            |                                                                                      | 41 - Hora                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |
| 42 - Houve internação?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                               | 43 - Provável duração do tratamento (dias) |                                                                                      | 44 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |                                                                                                                                                                        |
| <b>LESÃO</b>                                                                                                                                                                         |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| 45 - Descrição e natureza da lesão                                                                                                                                                   |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                   |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| 46 - Diagnóstico provável                                                                                                                                                            |                                            |                                                                                      | 47 - C <sub>1</sub> D-10                                                                                                              |                                                                                                                                                                        |
| 48 - Local e Data                                                                                                                                                                    |                                            |                                                                                      | 49 - Nome do médico, CRM e UF                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |
| 50 - Observações:                                                                                                                                                                    |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.</b><br><b>FORMULÁRIO ASSINADO ELETRONICAMENTE - DISPENSA ASSINATURA E CARIMBO</b> |                                            |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

## 15. LEIS, DECRETOS E RESOLUÇÕES

Obs.: Sempre que houver alterações ou complementações nas Leis, Decretos e Resoluções esta DPM atualizará as informações em sua página."

01. Estatuto do servidor Público Lei Estatual 6174/70;
02. Resolução 1851 /2008 - que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências;
03. Resolução 05/2020 CGE - Normatiza atestados até 03 dias;
04. Emenda Constitucional nº40 de 12/12/2018 Direitos - licença à gestante em caso de aborto, natimorto e óbito neonatal;
05. Lei 16176/2009 Licença Adoção;
06. Decreto 4058/94 Licença Adoção;
07. Decreto 3003/2015 Redução de Carga Horária;
08. Lei 10.692/93 Acidente de Trabalho;
09. Decreto 6805/2012 Readaptação de Função;
10. Lei 14.268/03 Indenização Plicial Civil, Militar e Educador Social;
11. Decreto 3494/2004 Tabela para Aplicação da Indenização;
12. Lei 8112/1990 Art. 160 Ação Penal Servidor Público.



*Servidor Público, é essencial que você esteja familiarizado com o seu Estatuto, bem como com as Resoluções e Decretos pertinentes, a fim de garantir plenamente os seus direitos e responsabilidades. Pois, compreendendo essas normativas e informações, estará capacitado para desempenhar suas funções de forma eficaz e ética, contribuindo, assim, para o bom funcionamento do serviço público e para o desenvolvimento de uma carreira pública virtuosa.*

**Atenciosamente,**

**Equipe da Divisão de Perícia Médica**