



PREVIDÊNCIA SOCIAL

**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
DIRETORIA DE BENEFÍCIOS
COORDENAÇÃO-GERAL DE BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE**

Manual de Perícia Médica da Previdência Social

Versão 2

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

Lei n.º 8.213 de 24 de julho de 1991;
Lei n.º 8.212/91 de 24 de julho de 1991;
Lei n.º 8.112 de 11 de dezembro de 1990;
Lei n.º 8.742 de 07 de dezembro de 1993;
Lei n.º 9.720/98 de 30 de novembro de 1998;
Lei n.º 9.250 de 26 de dezembro de 1995;
Lei n.º 7.713 de 22 de dezembro de 1988;
Lei n.º 8.541 de 23 de dezembro de 1992;
Lei n.º 7.070 de 20 de dezembro de 1982;
Lei n.º 8.686 de 20 de julho de 1993;
Lei n.º 9.528 de 10 de dezembro de 1997;
Decreto n.º 3.048 de 06 de maio de 1999;
Decreto n.º 86.714 de 10 de dezembro de 1981;
Resolução/INSS/DC n.º 60 de 06 de Setembro de 2001;
Resolução n.º 1488/98 do CFM;
Resolução INSS/PR n.º 170 de 30 de agosto de 1993;
Resolução INSS/PR n.º 203 de 27 de abril de 1994;
Resolução n.º 734 de 31 de julho de 1989 do CNT (Cons. Nacional de Trânsito)

ÍNDICE

Capítulo I

Preceitos Básicos

1 – Preceitos Básicos	6
2 – Organização da Perícia Médica	6
3 – Setor de Perícia Médica	9
4 – Hierarquia Médico – Pericial e Atribuições	11
5 – Credenciamento e Descredenciamento de Médicos ou de Instituições Médicas	13
6 – Formação, Treinamento Aperfeiçoamento	15
7 – Cargas de Trabalho	16
8 – Codificação de Servidores da Área Médico-Pericial	17
9 - Supervisão e Controle das Atividades Médicos - Periciais	17
10 – Remuneração dos Médicos	18
11– Classificação e Codificação dos Exames Médicos - Periciais	19
12 – Sigilo Profissional	20
13 – Atuação da Perícia Médica Nas Determinações Judiciais Em Que o INSS Não é Parte ou Interessado	20
14 – Balancete Mensal de Desempenho (BMD2) e Boletins de Produção	21
15 – Sistema PRISMA-SUB Perícia Médica	21
16 – SABI - Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade	22
17 – Autenticação de Laudos e de Conclusões da Perícia Médica	23

Capítulo II
Encaminhamento do Segurado

1 – Encaminhamento de Segurado	24
2 – Prazos para Marcação e Comparecimento a Exame	24
3 – Local de Exame Médico – Pericial	25
4 – Conceitos de Incapacidade e de Invalidez	25
5 – Realização do Exame Médico – Pericial	26
6 – Fixação da Data do Início da Incapacidade (DII) e da Data do Início da Doença (DID)	31
7 – Isenção de Período de Carência	33
8 – Requisição de Exames	33
9 – Conclusão Médico – Pericial	35
10 – Comunicação de Resultado de Exame Médico	35
11 – Reanálise	36
12 – Atribuições dos Técnicos de Reabilitação Profissional	37
13 – Encaminhamento à Reabilitação Profissional	39
14 – Aposentadoria por Invalidez	42
15 – Cessação da Aposentadoria por Invalidez e Mensalidade de Recuperação (MR)	43
16 – Benefício de Prestação Continuada aos Idosos e aos Portadores de Deficiência	44
17 – Exame Médico – Pericial para Qualificação do Dependente Maior Inválido na Pensão por Morte e Auxílio – Reclusão	45
18 – Comprovação de Invalidez em Dependente Maior de 14 Anos para Fins de Recebimento de Salário – Família	46
19 – Aposentadoria por Invalidez com Isenção de Imposto de Renda na Fonte e Outras Situações que Isentam de Imposto de Renda	47
20 – Situações Especiais Ligadas ao Requerimento e à Conclusão do Auxílio – Doença e à aposentadoria por Invalidez	48
	49

21 – Pensão Mensal Vitalícia em Portadores da Síndrome de Talidomida	50
22 – Processo de Ofício	51
23 – Auxílio Para Deslocamento Fora do Domicílio	55
24 – Exames Médicos Fora da Jurisdição na Agência da Previdência Social e Transferência de Benefícios por Incapacidade em Manutenção	56
25 – Recursos às Juntas de Recursos e às câmaras de Julgamento	57
26 – Assessoramento à JR / CRPS	58
27 – As Decisões de JR e das CAJ podem ser	58
28 – Convênios	
Capítulo III Acidente de Trabalho e Doença Profissional	
1 – Acidente de Trabalho e Doença Profissional	61
Capítulo IV Atuação Médico Pericial Perante a Justiça	
1 – Atuação do Médico Pericial Perante a Justiça	73
2 – Incapacidade para Atos da Vida Civil (interdição e Curatela)	74
3 – A Perícia Médica e os Aeronautas	75
4 – Relação com o Conselho Nacional de Trânsito	79
5 – Informações Relacionadas com o Seguro Compreensivo Especial da Apólice de Seguro Habitacional	81
6 – Avaliação da Incapacidade de Beneficiários Residentes no Estrangeiro, Abrangidos por Acordos Internacionais	81
7 – COMPREV – Compensação Previdenciária	83
Capítulo V Aposentadoria Especial	
1 – Resumo Histórico	85
2 – Linhas de Corte – Direito Adquirido	86

3 – Conceitos de Habitualidade e Permanência	89
4 – Agentes Nocivos	90
5 – Agentes Químicos	93
6 – Agentes Biológicos	93
7 – Agente Ruído ou Nível de Pressão Sonora Elevado	93
8 – Rotinas para Análises de Processos de Aposentadorias Especiais	106
9 – Análise dos Formulários DIRBEN-8030/PPP	106
10 – Aposentadoria por Tempo de Contribuição	114
11 – Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP	115

CAPÍTULO I

1 – PRECEITOS BÁSICOS

1.1 – A atividade médico-pericial do INSS tem por finalidade precípua a emissão de parecer técnico conclusivo na avaliação da incapacidade laborativa, em face de situações previstas em lei, bem como a análise do requerimento dos benefícios das E. 42 e 46 em desp. 10 (aposentadoria especial).

Tem ainda a atribuição de analisar o requerimento de benefícios assistenciais, E. 87 (BPC-LOAS), e indenizatórios, E. 56 (portadores da síndrome de Talidomida).

1.2 – A execução e o controle dos atos médico-periciais, no âmbito da Previdência Social, competem à Perícia Médica/INSS.

1.2.1 – A execução da Perícia Médica está a cargo de profissional pertencente à categoria funcional da área médico-pericial do quadro de pessoal do INSS, com treinamento adequado, sob a supervisão direta das Chefias dos Serviços/Seções de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade das Gerências-Executivas.

1.2.2 – A execução da Perícia Médica poderá estar a cargo de médico perito credenciado, como mão de obra auxiliar ao quadro permanente, quando esgotada a carga de trabalho dos servidores do quadro.

1.3 – Pronunciamento sobre matéria médico-pericial – os profissionais da área médico-pericial se pronunciarão sobre a matéria, respondendo aos quesitos estabelecidos por dispositivos legais, ou por despachos e pareceres técnicos que lhes forem solicitados.

1.3.1 – No que se relaciona à parte técnica, somente as conclusões médico-periciais poderão prevalecer para efeito de concessão e manutenção dos benefícios por incapacidade.

1.3.2 – A realização de exames médico-periciais, bem como a revisão da conclusão médica, são de competência exclusiva dos setores de perícias médicas.

1.3.3 – Os atos médico-periciais implicam sempre pronunciamento de natureza médico-legal destinado a produzir um efeito na via administrativa do INSS, passível de contestação na via recursal da Previdência Social e na Justiça.

2 – ORGANIZAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA

2.1 – A organização do INSS/Perícia Médica compreende os seguintes níveis de ação:

a) Direção-Geral – com funções voltadas para o estabelecimento de objetivos gerais, planos estratégicos em consonância com as políticas e diretrizes emanadas do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), normatização das atividades e desenvolvimento de ação, em âmbito nacional;

b) Gerências-Executivas – com funções voltadas para a viabilização de programas e metas estabelecidas pela Direção-Geral, exercendo a supervisão, acompanhamento e apoio das atividades dos seus órgãos de execução.

2.1.1 – Na Direção-Geral, a Divisão de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícias Médicas e Reabilitação Profissional está subordinada à Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade, integrante da Diretoria de Benefícios.

2.1.2 – Nas Gerências-Executivas que representam projeções da Direção-Geral, estão as Chefias de Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade, responsáveis pela execução e controle das atividades especializadas de perícia médica e reabilitação profissional.

2.2 – Competência dos Órgãos e das Unidades da Direção-Geral, dos Órgãos Descentralizados e dos Órgãos de Execução Local

2.2.1 – À Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade compete:

- a) orientar, controlar e supervisionar os serviços de Perícias Médicas e Reabilitação Profissional;
- b) elaborar normas pertinentes à sua área de atuação;
- c) avaliar os resultados dos programas e propor medidas necessárias ao aperfeiçoamento do sistema de perícias médicas e reabilitação profissional;
- d) representar a Instituição em eventos pertinentes.

2.2.2 – À Divisão de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícia Médica e Reabilitação Profissional compete:

- a) promover estudos com vistas à elaboração de projetos de normas relativos aos serviços médico-periciais;
- b) orientar as Gerências Executivas nos estados e no Distrito Federal sobre assuntos de sua área de competência;
- c) elaborar e divulgar normas técnicas e manuais de serviço;
- d) acompanhar a execução das atividades em consonância com as normas estabelecidas;
- e) avaliar, controlar, supervisionar e divulgar os resultados das atividades médico-periciais das Gerências-Executivas;
- f) promover treinamento e aperfeiçoamento em serviço, conjuntamente com a Coordenação-Geral de Recursos Humanos, sempre que possível;
- g) atender diligências e emitir parecer determinado por autoridade superior;
- h) manter atualizado o cadastro nacional dos servidores pertencentes à categoria funcional da área médico-pericial do quadro de pessoal do INSS;
- i) manter atualizado o cadastro de profissionais médicos e instituições credenciadas pelo INSS;

e) representar a Instituição em eventos pertinentes.

2.2.3 – Ao Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade das Gerências-Executivas compete:

a) orientar, controlar, supervisionar e responsabilizar-se tecnicamente pelas atividades médico-periciais;

b) implantar e acompanhar a execução de projetos de sua área de competência;

c) orientar os órgãos de execução;

d) distribuir manuais de serviço;

e) decidir sobre a matéria de sua especialidade que exceda a competência dos órgãos de execução;

f) assistir tecnicamente os servidores que lhe estão subordinados;

g) acompanhar a execução das atividades em consonância com as normas estabelecidas pela Direção-Geral, propondo correções quando necessário;

h) manter o cadastro dos servidores das Gerências-Executivas atualizado;

i) avaliar as necessidades de pessoal dos setores a ela subordinados e controlar os pagamentos de honorários dos médicos credenciados;

j) realizar cursos de reciclagem e aperfeiçoamento médico-pericial em conjunto com a Coordenação – Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos;

l) realizar estudos estatísticos, revisões analíticas, análises qualitativas e outras tarefas necessárias e atribuídas pelos órgãos superiores, visando à supervisão e ao acompanhamento de execução;

m) autorizar e acompanhar revisões analíticas;

n) cumprir e fazer cumprir determinações emanadas de autoridades superiores;

o) homologar as concessões do auxílio-acidente, a aposentadoria por invalidez e o acréscimo de 25%, o dependente maior inválido, o enquadramento do BPC/LOAS (E-87), a análise das aposentadorias especiais, bem como delegar competências de acordo com os atos vigentes;

p) encaminhar à Divisão de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícia Médica e Reabilitação Profissional os boletins estatísticos, relatórios e outros documentos de apuração quantitativa e qualitativa do trabalho médico-pericial;

q) executar outras tarefas determinadas pelas chefias superiores;

r) assessorar tecnicamente as Procuradorias e as JR/CRPS;

s) trabalhar com a Fiscalização na identificação da presença de agentes nocivos nos ambientes de trabalho.

t) divulgação de normas, atos e rotinas.

2.2.4 – Competência da perícia médica:

a) cumprir os programas e as normas de trabalho emanados dos órgãos superiores;

b) realizar revisão analítica, quando devidamente autorizada pela chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade, no prazo e condições permitidas, dando ciência formal dos resultados;

c) assegurar o entrosamento entre o Setor e os demais órgãos da área nas diversas atividades;

d) realizar os atos médico-periciais, conforme o disposto neste ato ou os especificamente delegados por autoridade hierarquicamente competente;

e) dispor de setor administrativo de modo a manter organizados e atualizados os arquivos de antecedentes médico-periciais;

f) promover a homologação dos atos médico-periciais de sua competência.

3 – SETOR DE PERÍCIA MÉDICA

3.1 – O Setor de Perícia Médica é a área dentro da Agência da Previdência Social ou da Unidade de Administração Avançada (APS/UAA) destinada à execução da atividade médico-pericial.

3.2 – O enfoque atual para as Agências da Previdência Social prevê que tais setores sejam organizados numa rede padronizada de atendimento (comportamento, linguagem, estrutura gerencial, sistemas e métodos, módulos funcionais e rotinas), tornando-os capazes da execução plena de todas as tarefas concernentes aos benefícios e serviços, visando a um programa de melhoria de atendimento.

3.2.1 – A Agência da Previdência Social expressa objetivamente o relacionamento da Instituição com o usuário e se integra com a rede mundial de computadores (Internet), Bancos, Empresas e outros, como Sindicatos e Associações, cobrindo todo o território nacional, coordenado e supervisionado pela Gerência Regional. O padrão de desempenho da Agência da Previdência Social depende da funcionalidade e da interação entre os diversos setores que o compõem, com ênfase na melhoria da qualidade de atendimento e do conforto do usuário.

3.2.2 – Com a finalidade de propiciar condições adequadas ao perfeito desenvolvimento dos trabalhos, a estrutura da Agência, dentro do novo conceito, será organizada em módulos:

a) orientação previdenciária (recepção);

- b) benefícios (reconhecimento inicial de direitos ou habilitação/concessão e de manutenção de direitos);
- c) atividades de perícia médica e Reabilitação Profissional;
- d) fiscalização/arrecadação;
- e) apoio logístico.

3.3 – O Setor de Perícia Médica é parte integrante da área física da Agência e será dimensionada de acordo com padrões preestabelecidos, constituindo-se em área técnica e área administrativa.

3.4 – O Setor de Perícia Médica obedecerá a características determinadas, visando a proporcionar conforto e segurança ambiental tanto para os servidores quanto para os usuários:

- a) será dimensionada de acordo com o porte da Agência da Previdência Social, tendo tantos consultórios médicos e salas de atendimento para os demais setores quantos forem necessários;
- b) localização de fácil acesso, inclusive para deficientes e idosos;
- c) pisos de material resistente, não escorregadio, lavável e de acordo com as condições climáticas;
- d) paredes e teto de fácil conservação, duráveis e sem aspereza;
- e) divisórias de cores claras, material leve e removível que facilite modificações necessárias para adaptação ou expansão dos setores;
- f) aeração e iluminação, se possível naturais, e na impossibilidade, a iluminação artificial;
- g) instalação elétrica planejada e dimensionada para ligar todos os equipamentos técnicos dos consultórios médicos e os específicos da unidade;
- h) instalações sanitárias masculinas e femininas para servidores, independentes das destinadas ao público, sendo que estas deverão ser localizadas próximo às áreas de espera, facilitando a utilização pelos usuários.

3.4.1 – Sala de espera – as salas de espera nas Agências da Previdência Social serão dimensionadas de acordo com padrão preestabelecido, localizando-se ao lado dos consultórios.

3.4.2 – Salas de exames médicos – as salas de exames médicos terão área de, no mínimo, 9 m².

3.4.3 – Mobiliário, equipamentos técnicos e material de consumo do Setor :

- a) para os consultórios médicos: escrivaninha, cadeira giratória, mesa de exame clínico com o respectivo colchonete, escadinha para a mesa clínica, cadeira comum

para o examinado, armário guarda-roupa com chave e cabide, cesta de papéis, porta-toalhas, lavatório com a respectiva instalação hidráulica, lençóis (em número de dois), escova de mãos, ventilador ou aparelho de ar condicionado, balança antropométrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, negatoscópio, termômetro clínico, *flash-light*, martelo de *Babinsky* ou de *Dejerine*, fita métrica, régua milimetrada transparente, abaixadores de língua descartáveis, dois uniformes completos para cada técnico e duas toalhas de mão, no caso do não fornecimento de papel-toalha;

b) para a sala de espera: ventilador tipo comercial ou aparelho de ar condicionado, bebedouro e cadeiras (ou bancos em número suficiente), no caso de Unidades de Administração Local e de acordo com o *layout* padronizado das Agências da Previdência Social.

3.4.4 – Telefone: todas as unidades de perícia médica possuirão telefones, preferencialmente com linha direta e ramais.

3.5 – Os locais destinados aos serviços administrativos estarão ligados internamente aos consultórios, sendo isolada a área de circulação e permanência dos usuários da área de uso do pessoal técnico-administrativo, com entrada e saída dos funcionários independente da sala de espera.

3.6 – A provisão de mobiliário e outras necessidades do setor administrativo será feita por meio do Setor Administrativo das Gerências-Executivas.

3.7 – Todos os setores de Administração Local serão dotados de sistema informatizado. Este Sistema permite a interligação entre todos os setores da Agência e desta com a Gerência-Executiva e a Direção-Geral do INSS, facilitando e agilizando os procedimentos administrativos e técnicos na Instituição.

4 – HIERARQUIA MÉDICO-PERICIAL E ATRIBUIÇÕES

Os profissionais da área médica do quadro permanente do INSS para efeito de desempenho de suas atividades poderão ser designados pelos Chefes do Serviço ou Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade a ocuparem atribuições com a finalidade técnica e pedagógica de orientação, supervisão, avaliação e controle do trabalho médico-pericial .

4.1 – As tarefas médico-periciais serão desempenhadas por servidores pertencentes a área médica do quadro permanente do INSS ou por profissionais autorizados sob a forma de credenciamento ou de convênio.

4.2 – O servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS é o profissional com a atribuição de se pronunciar conclusivamente sobre condições de saúde e capacidade laborativa do examinado, para fins de enquadramento em situação legal pertinente. Deve ter sólida formação clínica, amplo domínio da legislação de previdência social, conhecimento de profissiografia, disciplina técnica e administrativa e alguns atributos de personalidade e caráter destacando-se a integridade e independência de atitudes, além da facilidade de comunicação e de relacionamento.

4.3 – Atribuições da Perícia Médica – Quadro Permanente:

- a) realizar exames médico-periciais nos próprios estabelecimentos do INSS, em domicílio ou em hospitais;
- b) fazer visitas de inspeção no local de trabalho para o reconhecimento do nexo técnico, nos casos de doença profissional e de doenças do trabalho e para fins de concessão de aposentadoria especial;
- c) requisitar, quando necessário, exames complementares e pareceres especializados;
- d) preencher o laudo e os campos da conclusão de perícia médica de sua competência;
- e) preencher e entregar ao segurado a Comunicação de Resultado de Exame Médico (CREM) ou a Comunicação de Resultado de Exame e Requerimento (CRER);
- f) orientar o segurado, nos casos de inconformismo, para interposição de recurso à JR/CRPS;
- g) avaliar o potencial laborativo do segurado em gozo de benefício por incapacidade, com vistas ao encaminhamento à readaptação/reabilitação profissional;
- h) participar de Junta Médica nos casos de exame médico-pericial em fase de recurso;
- i) zelar pela observância do Código de Ética Médica;
- j) comunicar a chefia imediata, obrigatoriamente, qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;
- l) manter-se atualizado sobre Normas Técnicas, Atos Normativos e Legislação Previdenciária referentes à concessão de benefícios por incapacidade;
- m) emitir parecer técnico em juízo quando convocado ou indicado como Assistente Técnico do INSS;
- n) participar das revisões de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, LOAS;
- o) analisar o laudo técnico e o formulário emitidos pela empresa, com vistas a concessão do benefício (aposentadoria especial);
- p) assessorar tecnicamente a área de benefícios sempre que necessário;
- q) prestar informações quantitativas e qualitativas sobre o andamento dos trabalhos nos Setor de Perícia Médica da APS/UAA à Gerência e à chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade.

4.4– Atribuições da Perícia Médica – Credenciada :

- a) realizar exames médico-periciais para o INSS em consultórios particulares, domicílios ou hospitais, preenchendo os laudos médicos nos modelos próprios do Instituto;
- b) sugerir, quando necessário, exames complementares e pareceres especializados;

- c) preencher o laudo e os campos da conclusão de perícia médica de sua competência;
- d) preencher e entregar ao segurado a Comunicação de Resultado de Exame Médico (CREM) ou a Comunicação de Resultado de Exame e Requerimento (CRER);
- e) orientar o segurado, nos casos de inconformismo, para interposição de recurso à JR/CRPS;
- f) avaliar o potencial laborativo do segurado em gozo de benefício por incapacidade, com vistas ao encaminhamento à readaptação/reabilitação profissional, quando for o caso;
- g) participar de Junta Médica nos casos de exame médico-pericial em fase de recurso, conforme atos vigentes;
- h) zelar pela observância do Código de Ética Médica;
- i) comunicar a APS/UAA, obrigatoriamente, qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;
- j) manter-se atualizado sobre Normas Técnicas, Atos Normativos e Legislação Previdenciária referentes à concessão de benefícios por incapacidade/deficiência;
- l) emitir parecer técnico em juízo, quando indicado como Assistente Técnico do INSS;
- m) participar das revisões de auxílio-doença e LOAS;

4.5 – Atribuições do Médico Especialista – Credenciado em especialidades diversas, incumbe-se de emitir pareceres especializados ou de realizar exames complementares, atendendo solicitação da Perícia Médica, sem atribuição de concluir sobre a capacidade laborativa do segurado. Deve ater-se às manifestações técnicas sobre a doença e não deve manifestar-se sobre a incapacidade.

5 – CREDENCIAMENTO E DESCREDENCIAMENTO DE MÉDICOS OU DE INSTITUIÇÕES MÉDICAS

5.1 – Situações em que é permitido o credenciamento de médico ou de instituição médica para prestação de serviços à Perícia Médica do INSS – será admitido o credenciamento de médico ou instituição médica nas seguintes situações:

5.1.1 – Necessidade de utilização de profissionais médicos em que a demanda se justifique, esgotada a carga de trabalho dos servidores do quadro.

5.1.2 – Necessidade de utilização de serviços de profissionais médicos na jurisdição das Agências da Previdência Social, que não possui servidor pertencente à categoria funcional da área médica pericial do quadro de pessoal do INSS.

5.1.3 – Necessidade de médico especialista e/ou de serviço especializado para atender as requisições dos servidores do quadro.

5.1.4 – Necessidade de atendimento às Varas de Acidentes de Trabalho.

5.2 – Credenciamentos e descredenciamentos – Níveis de competência/justificativas.

5.2.1 – O credenciamento e o descredenciamento serão efetivados por meio de processos individuais, tanto de pessoa física quanto jurídica, a partir de demanda justificada ou necessidade de serviço, com parecer do Chefe do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade das Gerências-Executivas.

5.2.2 – O processo de descredenciamento poderá ocorrer por iniciativa do próprio profissional médico ou do INSS, este representado pelo Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade.

5.2.2.1 – Quando o descredenciamento for a pedido, fica dispensada a aprovação por parte do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade, devendo o mesmo procedimento ser adotado nos casos de óbito, quando se suspenderá, imediatamente, a credencial pelo Sistema Informatizado por meio das opções CADMED-CADCRE .

5.3 – É vedado o trabalho em regime de credencial:

5.3.1 – Em dependências ou setores próprios do INSS.

5.3.2 – De profissionais da área médica pertencentes ao quadro permanente do INSS, em atividade, excepcionalmente como assistente técnico em juízo, conforme ORIENTAÇÃO INTERNA/INSS/DIRBEN n.º 061, de 06 de setembro de 2001.

5.3.3 – De pessoa detentora de cargo eletivo ou de registro oficial para tal cargo.

5.3.4 – De servidor público ocupante de função gratificada.

5.4 – O credenciamento, com prévio conhecimento e anuência do profissional ou serviço, em nenhuma hipótese poderá se configurar em vínculo empregatício, devendo ser preenchido o modelo de declaração pertinente ao assunto.

5.5 – Categorias de credenciados/atribuições

5.5.1– Médico-Especialista – realiza exames especializados e/ou complementares como pessoa física ou jurídica pertencente a serviço devidamente autorizado e por solicitação da Perícia Médica, com a devida justificativa técnica.

5.5.2 – Assistente Técnico – realiza exames médico-periciais junto às Varas de Acidente de Trabalho, esgotadas as possibilidades de participação dos servidores do quadro.

5.5.3 – Médico-Perito Credenciado – possui autorização de realizar exames médico-periciais.

5.6 – Especialidades autorizadas para credenciamento – códigos:

(01) Perícia Médica

(12) Proctologia

(02) Cardiologia
(03) Dermatologia
(04) Eletrocardiografia
(05) Eletroencefalografia
(06) Neurologia
(07) Ginecologia
(08) Oftalmologia
(09) Ortopedia
(10) Otorrinolaringologia
(11) Patologia Clínica

(13)Psiquiatria
(14) Radiologia Clínica
(15) Pneumologia
(16) Urologia
(17) Gastroenterologia
(18) Ergonomia
(19) Eletromiografia
(20) Ecocardiografia
(21) Geneticista

5.7 – A proposta de credenciamento será efetuada mediante o preenchimento da Solicitação de Credencial (SC) Perícia Médica, atendendo ao ato específico da Diretoria Colegiada (RS nº 41/2000).

5.8 – Após a aprovação do credenciamento, deverá o Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade implementar o treinamento do profissional credenciado, antes do início da execução dos trabalhos.

5.8.1 – O desempenho dos profissionais credenciados deverá ser controlado pelos Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade, pela análise dos aspectos quantitativos, por meio dos instrumentos estatísticos e dos qualitativos mediante a análise dos laudos e conclusões sugeridas. Esses resultados deverão motivar sistematicamente a reciclagem e o aperfeiçoamento do trabalho dos credenciados.

5.8.2 – A Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) disponibilizará os dados relativos ao credenciado, mensalmente, com o objetivo de que as atividades desenvolvidas pelos mesmos possam ser analisadas.

5.9 – Os exames a serem realizados pelo profissional ou por instituição credenciada, bem como a respectiva remuneração, estão especificados em ato próprio, não se aceitando em hipótese alguma, para efeito de ressarcimento, exames ou valores que não estejam incluídos no mesmo.

5.9.1 – O pagamento dos credenciados será efetuado no âmbito das Regionais.

5.10 – Os processos de credenciamento/descredenciamento, devidamente instruídos, deverão ser arquivados nos Serviços/Seções de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade das Gerências-Executivas.

6 – FORMAÇÃO, TREINAMENTO E APERFEIÇOAMENTO

6.1 – O treinamento e aperfeiçoamento dos servidores pertencentes à área médica pericial serão promovidos periodicamente pela Divisão de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícias Médicas e Reabilitação Profissional, em ação conjunta com os Chefes dos Serviços/Seções de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade das Gerências-Executivas.

6.2 – Cursos a serem desenvolvidos:

a) de informação básica, tratando de assuntos sobre a filosofia de trabalho, a história, os objetivos da Perícia Médica, as finalidades, a legislação e a organização previdenciária e sobre deveres e obrigações dos servidores, a serem ministrados aos médicos que ingressam na Previdência Social como servidores, credenciados ou conveniados com empresas;

b) de atualização e aperfeiçoamento, para os servidores já em exercício e os credenciados, visando a mantê-los informados sobre as rotinas e atos referentes aos benefícios por incapacidade.

6.3 – Os cursos de reciclagem terão caráter oficial e serão promovidos pelas Chefias ou Gerências Regionais competentes. Os mesmos terão duração variável de acordo com o aproveitamento individual e repetidos ou prorrogados quando necessário.

6.4 – As palestras e reuniões serão feitas pelos órgãos de supervisão para orientação direta, entrosamento entre as APS/UAA, avaliação e controle de resultados.

6.5 – A divulgação de atos será feita pelos órgãos centrais às Gerências-Executivas e dessas às áreas de execução.

6.6 – As publicações elaboradas pela Coordenação-Geral de Benefícios por Incapacidade e Divisão de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícia Médica e Reabilitação Profissional compreendem:

a) normas técnicas para avaliação da incapacidade laborativa;

b) manual do médico-perito da Previdência Social dando conhecimento sobre a atividade médico-pericial e os procedimentos a serem seguidos;

c) publicações diversas de interesse no desempenho da atividade médico-pericial.

6.7 – Sempre que necessário poderá ser criado Grupo-Tarefa, por proposta da DOUPPR à Diretoria de Benefícios, por meio da CGBENIN, com a participação de servidores pertencentes à área médico-pericial das diversas regiões, atuando para o aperfeiçoamento da linha.

6.8 – Deverá ser estimulada, pelas Gerências-Executivas, a criação de Centros de Estudo para debater os problemas de interesse da Perícia Médica, com o objetivo de aprimoramento e integração intra e extra-institucional, utilizando-se de recursos informatizados como Intranet, fórum de discussão, treinamento à distância, entre outros.

6.9 – Cursos de Pós-Graduação/Especialização, especialmente em Medicina do Trabalho, Ergonomia e Perícia Ambiental.

7 – CARGAS DE TRABALHO

7.1 – A conceituação de carga de trabalho entende-se as tarefas a serem executadas pelos servidores do INSS pertencentes à área médico-pericial, durante a jornada diária de 4 (quatro) ou 8 (oito) horas a que estão sujeitos.

7.1.1 – A carga regular de trabalho corresponde ao número médio compatível de atendimentos, resguardadas as condições de tranqüilidade e segurança para o desempenho da atividade médico-pericial e, por conseguinte, pressupõe a permanência dos servidores durante o tempo integral de sua jornada de trabalho no local de atendimento.

7.1.2 – Essa carga de trabalho diária será estabelecida de acordo com a conveniência do serviço e adequada à demanda do momento, tomando por base a peculiaridade do ato médico-pericial.

7.1.3 – Para efeito de cômputo na carga de trabalho, o exame médico-pericial que implicar a requisição de exames complementares e especializados só será computado no dia de sua realização.

7.1.4 – A carga normal de trabalho de servidor que faz visitas domiciliares será de acordo com as peculiaridades locais e necessidades de serviço, devendo corresponder ao máximo de 04 (quatro) exames/dia.

7.1.5 – Nas inspeções em locais de trabalho para o estabelecimento do nexo técnico das doenças profissionais e as do trabalho a cargo da Perícia Médica, bem como a participação em outras atividades como assistente técnico do INSS em ações ordinárias na Justiça serão consideradas equivalentes a uma jornada de 4 (quatro) horas diária.

7.1.6 – Caso o servidor termine suas tarefas antes de se esgotar a jornada de trabalho, em decorrência das peculiaridades locais, a Chefia do Setor poderá incumbi-lo da realização de outros exames ou tarefas especializadas de perícia médica, treinamento em serviço, discussão de casos, estudo de rotinas e normas, apreciação de resultados estatísticos e orientação sobre aspectos técnicos da perícia médica.

8 – CODIFICAÇÃO DE SERVIDORES DA ÁREA MÉDICO-PERICIAL

8.1 – Todo servidor pertencente à área médico-pericial do quadro de pessoal do INSS e o profissional credenciado serão codificados numericamente.

8.2 – O código numérico será usado, obrigatoriamente, quando da assinatura dos relatórios médicos e de quaisquer outros formulários que contenham conclusões médicas.

8.3 – O código será fornecido automaticamente pelo sistema informatizado de perícia médica no momento do cadastramento, que deverá ser realizado pelos Serviços/Seções de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade.

8.4 – Os servidores pertencentes à área médico-pericial que se transferirem para outra localidade no mesmo estado conservarão o mesmo código numérico.

9 – SUPERVISÃO E CONTROLE DAS ATIVIDADES MÉDICO-PERICIAIS

9.1 – A supervisão e o controle das atividades médico-periciais, em âmbito Nacional, compete à Divisão de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícia Médica e Reabilitação Profissional e aos Serviços/Seções de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade nas Gerências-Executivas.

9.1.1 – A Divisão de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícia Médica e Reabilitação Profissional acompanhará e analisará o desempenho das atividades de perícia médica das Gerências-Executivas, do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

9.1.2 – Aos Serviços/Seções de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade caberão acompanhar, avaliar e controlar os resultados dos seus órgãos locais, qualitativa e quantitativamente, bem como avaliar o desempenho dos servidores pertencentes à área médico-pericial do quadro e dos credenciados.

9.2 – A supervisão e o controle das atividades médico-periciais devem ser realizados:

a) diretamente, pelo acompanhamento da execução dos atos pertinentes ao setor;

b) indiretamente, pela análise de apurações estatísticas, sendo o controle e a avaliação do desempenho da perícia médica demonstrados por relatórios ou planilhas elaboradas pelos Serviços/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade e encaminhadas a CGBENIN/DOUPPR .

9.3 – O acompanhamento da execução será realizado pelos Serviços/Seções de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade das Gerências Executivas, por amostragem.

9.4 – Controle qualitativo da execução – será realizado pela revisão direta do trabalho individual, das equipes e de toda a Gerência, visando à observância das normas técnicas médico-periciais.

10 – REMUNERAÇÃO DOS MÉDICOS

10.1 – A remuneração dos médicos servidores do Instituto dar-se-à pelos órgãos próprios de pessoal.

10.2 – A remuneração dos médicos prestadores de serviços em regime de credenciamento será em conformidade com o que estabelece a Tabela de Honorários Médicos – Perícia Médica (THM-PM) e dentro da rotina estabelecida pelo sistema de pagamentos de credenciados, PRISMA/SUB (PAGMED).

10.3 – À visita domiciliar ou à empresa para estabelecimento de nexos técnicos realizada por servidor da área médico-pericial, cabe apenas a indenização das despesas de locomoção, mesmo que o segurado não seja encontrado.

10.4 – A remuneração da visita domiciliar realizada por médico credenciado tem rubrica própria, correspondente na tabela de credenciados da Perícia Médica.

10.4.1 – Quando o segurado não for encontrado caberá apenas a indenização da locomoção.

11 – CLASSIFICAÇÃO E CODIFICAÇÃO DOS EXAMES MÉDICO-PERICIAIS

11.1 – Os exames médico-periciais classificam-se quanto a espécie do benefício, a fase e a ordem do exame.

11.2 – De acordo com a respectiva classificação, os exames serão codificados numericamente a fim de permitir apurações e facilitar a execução na forma que se segue.

11.2.1 – Codificação quanto a espécie de benefício:

(E 21) Pensão por morte	(E 87) Amparo Social a Pessoa
(E 25) Pensão auxílio-reclusão	Portadora de Deficiência
(E 31) Auxílio-doença previdenciário	(E 91) Auxílio-Doença
(E 32) Aposentadoria por invalidez	acidentário
(E 33) Aposentadoria por invalidez	(E 92) Aposentadoria Invalidez
Aeronauta	Acid. Trabalho
(E 36) Auxílio-acidente de qualquer natureza	(E 93) Pensão por morte Acidente de Trabalho
(E 46) Aposentadoria Especial	(E 94) Auxílio-Acidente
(E 80) Salário-Maternidade	
(E 56) Pensão Especial Vítimas Talidomida	

Nota : Nas espécies 21, 25 e 93 a atuação da perícia médica se restringe à comprovação de invalidez em dependente maior.

11.2.2 – Quanto a ordem, os exames médico-periciais são codificados em:

(Ax 01) Exame médico-pericial inicial para auxílio-doença e pensão

(Axs 02, 03... n) Exame médico-pericial subsequente

Nota : O exame inicial 01 é o primeiro exame médico realizado para verificação das condições morfofisiológicas do examinado. Os exames 02 em diante são realizados tendo em vista a Data da Comprovação de Incapacidade (DCI) fixada anteriormente.

11.2.3 – Quanto a fase de processamento do benefício, os exames médico-periciais podem ser:

(0) Exame médico-pericial para fins de concessão, manutenção ou cessação de benefício

(2) Exame médico-pericial para instruir recursos à Junta de Recursos (JR)

(4) Exame médico-pericial para fins de revisão analítica – conclusão médica com base nos antecedentes médicos existentes e realizada com a finalidade de manter ou modificar decisões anteriores, conforme o descrito no capítulo correspondente

(5) Antecipação de limite. Exame médico-pericial para cessação do benefício a pedido

(6) Encaminhamento em Programa de Reabilitação Profissional

(7) Desligamento de Programa de Reabilitação Profissional

(8) Restabelecimento do benefício

12.1 – Documentos sigilosos – os laudos de perícia médica, bem como a documentação que contenha registro de diagnóstico, serão tratados como documentos sigilosos.

12.2 – Procedimento quando os documentos sigilosos transitarem fora do Setor de Perícias Médicas. Nesta situação, deverão ser mantidos em envelopes fechados que só poderão ser abertos por autoridade médica competente.

12.2.1 – Os responsáveis pela abertura dos envelopes deverão, após exame da documentação e sua reinclusão, apor sua assinatura próximo ao local em que forem abertos e fechá-los com fita adesiva transparente para cobrir a assinatura.

12.3 – Os servidores administrativos e técnicos que manipulam documentos com as características mencionadas no subitem 12.1 estão igualmente sujeitos à guarda do sigilo profissional, bem como ficam obrigados a fornecer ao Instituto quaisquer dados colhidos no exercício de suas atividades que sejam de interesse da instituição.

12.3.1 – É vedada a manipulação de documentos sigilosos nos Setores de Perícia Médica e na Direção-Geral por pessoal não autorizado.

12.4 – Procedimento do médico-perito em Juízo – se o médico for pessoalmente indicado para prestar depoimento em processo criminal, deverá comparecer a Juízo e declarar ao Juiz que está proibido de depor nos termos do Código de Processo Penal. Tal proibição pode deixar de existir se o profissional for desobrigado do sigilo pela parte interessada (art. 207 do Código Penal). Isso, porém, não privará a Justiça Pública de obter os laudos relativos a pessoas examinadas pelos médicos do Instituto (Parecer PGC – 1.138/74, publicado no BS/DG n.º 29, de 14 de fevereiro de 1975). Porém, se o médico-perito for nomeado judicialmente como assistente técnico para responder quesitos em uma ação ordinária, deve proceder conforme foi mencionado em 12.3.1.

12.4.1 – O juiz poderá requisitar o laudo existente ao Instituto que tem a obrigação de fornecê-lo, não o médico. Ainda que no momento da requisição o autor do laudo já não esteja em exercício, persiste a obrigação do INSS de atender à mesma.

Em ações judiciais, o prontuário médico, exames complementares ou outros documentos poderão ser liberados por autorização expressa (por escrito) do próprio assistido ou segurado (RES CFM, 1.488/98, art 9º).

12.5 – Entrega de cópia do laudo ao segurado – Quando o segurado solicita cópia do Laudo Médico-Pericial e/ou seus exames complementares, o Instituto tem a obrigação de fornecê-lo desde que o segurado solicitante seja devidamente identificado; em atenção ao dispositivo constitucional contido no art. 5º inciso II: “Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa se não em virtude da Lei” e inciso XXXIII “Todos têm o direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral que serão prestadas no prazo da Lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado”. As informações contidas na documentação médica pertencem ao segurado e ao INSS que mantém a sua posse no sentido físico e é responsável pela sua guarda, por período indeterminado, podendo o segurado ter acesso ao que lhe diz respeito. O fornecimento de cópias parciais ou completas dos referidos documentos médicos não implica qualquer infração ética ou na quebra do sigilo profissional, desde que atenda ao interesse do segurado, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e

do Estado, bem como a inviolabilidade da vida privada, da honra e da imagem das pessoas.

13 – ATUAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA NAS DETERMINAÇÕES JUDICIAIS EM QUE O INSS NÃO É PARTE OU INTERESSADO

13.1 - A despeito da autoridade judicial, não constitui atribuição da Perícia Médica do INSS atuar em demandas judiciais em que o Instituto não é parte ou interessado.

13.1.1 – De acordo com o CPC, em princípio, o Juiz é livre na nomeação e escolha do perito (art. 421, CPC), desde que o mesmo disponha de conhecimento técnico e científico para o caso (art. 145, CPC) e tenha inscrição no órgão de classe correspondente (art. 145, § 10, CPC).

13.1.2 – Diante da indicação do Juiz para que o INSS faça perícia, a única possibilidade reside na norma do art. 423 c/c art. 146 do CPC que estabelecem, *verbis* :

“ Art. 146 – o perito tem o dever de cumprir o ofício, no prazo que lhe assina a lei, empregando toda sua diligência; pode, todavia, escusar-se do encargo alegando motivo legítimo”

“ Art. 423 – o perito pode escusar-se (art. 146) ou ser recusado por impedimento ou suspeição (art. 138, III) ao aceitar a escusa ou julgar a impugnação, o Juiz nomeará novo perito”.

13.1.3 – Nesse sentido, caberá à Gerência ou à Procuradoria locais apontarem o motivo legítimo (sobrecarga dos peritos nas causas do INSS ou outros porventura existentes), para a escusa do perito.

13.1.4 – As Gerências-Executivas que receberem essas solicitações devem encaminhar à Procuradoria da Previdência Social que lhes assiste, para que a PPS esclareça ao Juiz que aqueles servidores não podem ser compelidos pelo Instituto, em razão do cargo que ocupam, ao desempenho de tarefas não constantes das suas atribuições funcionais estranhas ao interesse do Instituto.

13.1.5 – Nenhuma objeção poderá ser feita à nomeação que o Juiz fizer ao profissional autônomo médico, que seja também servidor do INSS, para atuar como perito nessas causas, na forma disposta no Código de Processo Civil.

Obs: Extraídos do despacho DCBEN n.º 393/2000 e despacho DCBEN n.º 62/2001, contidos no Memorando-Circular INSS/DIRBEN N.º 027 de 20 de fevereiro de 2001.

14 – BALANCETE MENSAL DE DESEMPENHO (BMD2) e BOLETINS DE PRODUÇÃO

14.1 – O Balancete Mensal de Desempenho (BMD2) é um instrumento gerencial para permitir o acompanhamento e avaliação de desempenho das unidades do seguro social.

14.2 – O BMD2 tem como principais objetivos:

a) incorporar indicadores de correção e produtividade;

b) modernizar rotinas operacionais;

- c) facilitar tomada de decisões;
- d) fixar normas e padrões de acompanhamento e correção;
- e) apontar necessidade de auditoria e treinamento do corpo funcional;
- f) incentivar o cumprimento da política de qualidade e produtividade.

14.3 – A obtenção dos dados que permitirão atingir os objetivos do BMD2 é feita utilizando-se Indicadores de Concessão, de Manutenção e de Perícia Médica conforme Manual do BMD2.

15 – SISTEMA PRISMA/SUB PERÍCIA MÉDICA

15.1 – O Projeto de Regionalização de Informações e Sistemas (PRISMA/SUB) é um sistema que se destina aos servidores da Previdência Social para utilização em suas unidades de atendimento para a obtenção da concessão de benefícios.

15.2 – A Tela de Conclusão Médico-Pericial é dividida em quatro módulos:

- ◆ Concessão;
- ◆ Alteração;
- ◆ Atualização;
- ◆ Impressão de COM.

15.2.1. – O Módulo de Concessão pode ser de dois tipos – Concessão de Titular e de Dependente do exame inicial (AX-1 e JR).

15.2.1.1 – No Módulo de Atualização, serão cadastradas as novas perícias dos exames subsequentes.

15.2.1.2 – O Módulo de Alteração de Concessão corrige perícias caso haja erro nas informações.

15.2.1.3 – O Módulo de Impressão é destinado à impressão dos formulários .

15.2.2 – A Tela de Exame Complementar é subdividida em segurado da Previdência e dependente, com as opções de requisição de exames, impressão de RE e confirmação de exames realizados.

15.3 – Os Módulos Consulta de Perícia Médica Titular e Dependentes informarão a ordem do exame e a situação do segurado no Sistema.

15.4 – O Módulo de Benefício com DCI vencida permite a suspensão pelo não comparecimento do segurado ao exame médico-pericial.

15.5 – O Módulo Relação de Benefícios "Aguardando Perícia", disponibiliza os exames liberados pela Concessão, para o cadastramento do resultado do próximo exame, no Módulo de Atualização.

15.6 – O Módulo Relação de Requisição de Exames controla o número de solicitações para cada médico credenciado;

15.6.1 – As Requisições de Contingências poderão ser emitidas com a autorização da gerência, quando for o caso.

16 - SABI – SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

Encontra-se em fase de implantação e desenvolvimento um novo modelo informatizado de concessão de Benefício por Incapacidade.

O SABI é composto pelos seguintes módulos:

I – MÓDULOS

- (1) Atendimento ao cliente;
- (2) Atendimento médico;
- (3) Controle Operacional;
- (4) Modelo de Gestão (em fase de conceituação);
- (5) Apoio;
- (6) Segurança do Sistema;

II – OBJETIVOS DE CADA MÓDULO

1 – Atendimento ao cliente – objetiva realizar todas as etapas administrativas da concessão do benefício, efetuando os levantamentos e críticas quanto à legalidade do pedido e agendando a realização do atendimento médico.

2 – Atendimento médico – responsável pelas etapas de avaliação médica do segurado, estando atrelado a um protocolo médico pré-definido que critica os limites estabelecidos e os diagnósticos fixados, visando a uma uniformidade de procedimento e uma análise mais criteriosa do direito ou não ao afastamento. A conclusão do laudo médico desse módulo é que determina a concessão ou indeferimento do requerimento.

3 – Controle operacional – objetiva o acompanhamento pelo Serviço de Benefícios, particularmente do CGBENIN, das atividades desenvolvidas no SABI pelas APS. Está contido neste módulo também todos os trâmites necessários para o encaminhamento dos recursos para a JR, bem como o parecer conclusivo com relação à concessão de Auxílio-Acidente e Aposentadoria por Invalidez.

4 – Módulo de Gestão – objetiva acompanhar em todos os níveis gerenciais do MPAS e do INSS, as atividades desenvolvidas no que tange a concessão de benefícios por incapacidade. Por este módulo pode-se fazer um acompanhamento preventivo e imediato das atividades desenvolvidas de forma descentralizada com atualização diária e em alguns casos *on line*.

5 – Módulo de apoio – subsidia o CGBENIN do ponto de vista normativo. Neste módulo estão os dispositivos normativos e as tabelas de códigos utilizados no sistema, bem como os previstos pelo SUB.

6 – Módulo de Segurança – realiza o cadastramento dos técnicos que vão trabalhar no sistema, atribuindo os níveis aos quais os mesmos terão acesso, bem como as funcionalidades que serão disponibilizadas para os mesmos.

17 – AUTENTICAÇÃO DE LAUDOS E DE CONCLUSÕES DA PERÍCIA MÉDICA

17.1 – A autenticação dos laudos e conclusões de Perícia Médica são de competência dos setores de benefício, ao encaminharem segurados para fins de exame inicial, quando no modelo não informatizado, mediante assinatura e carimbo do funcionário responsável, no campo "Obs. Setor Benefícios" do Laudo de Perícia Médica, da Conclusão de Perícia Médica.

17.1.1 – Quando ocorrer erro ou rasura nesses documentos, o setor administrativo de perícias médicas fará a sua inutilização, anexando-o aos que serão por ela emitidos, em substituição aos originais inutilizados.

17.2 – Nos casos de sugestão de limite indefinido, o Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade, ou por delegação, confirmará no campo próprio da CPM a concessão de limite indefinido.

CAPÍTULO II

1 – ENCAMINHAMENTO DO SEGURADO

1.1 – O encaminhamento do segurado ao exame médico pericial será feito:

I – pelos setores de benefícios nos casos a seguir discriminados:

- a) exame inicial de auxílio-doença: (E-31) – avaliação de incapacidade;
- b) exame das pessoas portadoras de deficiência (E-87) – LOAS;
- c) pensão por morte e auxílio-reclusão: (E-21, E-25) – verificação de invalidez, nos casos de comprovação de dependência de maior inválido;
- d) salário-família – verificação de invalidez em filho maior de 14 anos, quando o segurado estiver aposentado pelo INSS, em gozo de auxílio-doença ou quando optar pelo pagamento através do INSS, em casos de convênios. Quando o segurado for empregado, a iniciativa da apresentação ou do encaminhamento ao setor administrativo de perícias médicas será da competência do próprio ou da empresa e, quando avulso, do sindicato respectivo.

II – pelos setores administrativos de perícias médicas nos casos de exames de prorrogação de auxílio-doença (E-31, E-91), bem como nos decorrentes de Pedido de Reconsideração às Juntas de Recursos (JR/CRPS);

III – pelas autoridades hierarquicamente competentes.

1.2 – Os procedimentos nos casos de convênio obedecem a uma rotina própria.

2 – PRAZOS PARA MARCAÇÃO E COMPARECIMENTO A EXAME

2.1 – No exame inicial a marcação de exame e o comparecimento do segurado/requerente deverá ser de preferência imediato.

2.2 – O exame de prorrogação será considerado dentro do prazo quando realizado 10 (dez) dias antes ou 5 (cinco) dias após o limite fixado no exame anterior (DCI) ou ainda, até 15 (quinze) dias após a DCB, nos casos de interposição de recurso a JR/CRPS.

2.3 – O não comparecimento a exame, no prazo previsto, determinará as seguintes providências:

- a) encerramento do processo de benefício decorrente de requerimento inicial;
- b) suspensão do benefício no limite (DCI);

2.3.1 – Exceção na observância do prazo para marcação de exame e comparecimento do segurado:

- a) administrativamente e em caráter excepcional, poderá ser relevada a observância do prazo previsto no subitem 2.2, se ficar comprovado que o atraso deu-se por motivo

alheio à vontade do examinado, mediante justificativa a ser registrada no Campo "Observações" da CPM;

b) do ponto de vista médico, quando a justificativa couber à Perícia, compreende-se, por excepcional, uma agravamento súbito do quadro, uma cirurgia imprevista ou outro fato que explique amplamente o atraso no comparecimento ou na comunicação do ocorrido.

2.4 – Os demais tipos de exames realizados pela Perícia Médica obedecerão aos critérios fixados para os exames iniciais.

3 – LOCAL DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

3.1 -- Os exames médico-periciais são realizados no próprio Instituto, nos consultórios dos médicos credenciados, no domicílio do segurado a ser examinado ou no hospital e nas empresas com as quais o INSS mantém convênio.

3.1.1 – De preferência, os exames médico-periciais serão realizados por servidores pertencentes a área médico-pericial do quadro permanente do INSS.

3.2 – O exame médico-pericial é realizado por médico credenciado, em seu consultório, quando a demanda estiver acima da capacidade de atendimento no Setor de Perícia Médica ou em localidade onde não exista servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS, sendo proibido ao médico credenciado realizar exames médico-periciais nas instalações do INSS.

3.3 – Os exames médico-periciais serão realizados no hospital ou no domicílio nos casos de impossibilidade de locomoção do segurado, devidamente configurada.

3.4 – Os exames médico-periciais poderão ser realizados nas empresas, sindicatos, entidades de aposentados e outras de acordo com as normas aprovadas nos respectivos convênios.

4 – CONCEITO DE INCAPACIDADE E DE INVALIDEZ

4.1 – Incapacidade laborativa é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfosicofisiológicas provocadas por doença ou acidente.

4.1.1 – O risco de vida, para si ou para terceiros, ou de agravamento, que a permanência em atividade possa acarretar, será implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável e indiscutível.

4.2 – O conceito de incapacidade deve ser analisado quanto ao grau, à duração e à profissão desempenhada.

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

a) será considerado como parcial o grau de incapacidade que ainda permita o desempenho de atividade, sem risco de vida ou agravamento maior e que seja compatível

com a percepção de salário aproximado daquele que o interessado auferia antes da doença ou acidente;

b) será considerada como total a incapacidade que gera a impossibilidade de permanecer no trabalho, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada, em condições normais, pelos trabalhadores da categoria do examinado.

4.2.2 – Quanto à duração a incapacidade laborativa pode ser temporária ou de duração indefinida

a) considera-se temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível;

b) a incapacidade indefinida é aquela insuscetível de alteração em prazo previsível com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis à época.

4.2.3 – Quanto à profissão a incapacidade laborativa pode ser:

a) uniprofissional – aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica;

b) multiprofissional – aquela em que o impedimento abrange diversas atividades profissionais;

c) omni-profissional – aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa, sendo conceito essencialmente teórico, salvo quando em caráter transitório.

4.3 – A invalidez pode ser conceituada como a incapacidade laborativa total, indefinida e multiprofissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, que corresponde à incapacidade geral de ganho, em consequência de doença ou acidente.

4.4 – A avaliação da capacidade laborativa dos segurados é feita pela perícia médica e destina-se a permitir resposta aos quesitos estabelecidos, atendidos os conceitos e os critérios legais e regulamentares.

5 – REALIZAÇÃO DO EXAME MÉDICO-PERICIAL

5.1 - O exame médico-pericial tem como finalidade a avaliação laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais freqüente é a habilitação a um benefício por incapacidade.

5.2 – Os dados obtidos nesse exame devem ser registrados no Laudo Médico Pericial (LPM), que é a peça médico-legal básica do processo, quanto à sua parte técnica. O servidor da área médico-pericial do INSS, ao preencher um laudo de perícia médica, terá sempre em mente que este é um documento decisivo para o interessado e para o INSS, destinado a produzir um efeito, podendo transitar na via recursal da previdência ou mesmo em juízo, com caráter de documento médico legal. Não basta examinar bem e nem chegar a uma conclusão correta. É preciso registrar, no Laudo de Perícia Médica, com clareza e exatidão, todos os dados fundamentais e os pormenores importantes, de forma a permitir à

autoridade competente que deva manuseá-lo, inteirar-se dos dados do exame e conferir a conclusão emitida.

O Laudo Médico Pericial compõem-se de duas partes:

I – Relatório de Exame Médico-Pericial (meramente descritivo com registro das informações colhidas):

Rotina de preenchimento :

a) O anverso do LMP é igual ao da Conclusão da Perícia Médica e é preenchido conforme o descrito no subitem 5.2, inciso II.

b) O verso do LMP corresponde ao Relatório de Exame Médico-Pericial, que se destina ao registro do exame médico-pericial e é preenchido em uma só via pelo profissional da área médica (servidor, credenciado ou conveniado) que examinar o segurado e permanecerá em poder do Setor de Perícias Médicas. Todo o conteúdo do exame médico-pericial deve ser registrado de forma legível. A linguagem deve ser clara e objetiva, com todos os espaços do relatório preenchidos. Quando nada de anormal for encontrado, deverão ser anotadas as expressões que traduzem o dado normal encontrado. É expressamente vedado preencher espaços do relatório com simples traço, que nenhum valor encerra e nem pressupõem exame feito.

Os dados de identificação serão registrados da forma mais minuciosa e completa possível. Podem-se usar abreviações para estado civil, sexo e cor, com a primeira letra, a exemplo: Solteiro – "S". No quadro situação funcional, "E" significa empregado; "D", desempregado; e "A", autônomo. No local de exame, "I" é instituto; "C", consultório; "D" domicílio; e "E", empresa. Coloca-se um "X" no quadro correspondente conforme o caso. Todas as datas constantes do laudo serão preenchidas com oito dígitos (dd/mm/aaaa). No quadro "Exames Diversos" assinalar os itens "A" ou "B", conforme o caso, sendo que os do quadro "B" deverão ser transcritos no relatório do quadro abaixo de forma a permitir um diagnóstico e uma conclusão clara e precisa.

Nas considerações sobre a capacidade laborativa deverá sempre estar justificada adequadamente a existência ou não da incapacidade laboral frente a atividade declarada.

Deve constar local, data, assinatura e carimbo do profissional da área médica que examinou o segurado.

O Laudo de Perícia Médica (LPM) é utilizado para o registro da observação clínica em qualquer espécie de benefício por incapacidade.

II – Conclusão da Perícia-Médica – tem cunho nitidamente pericial e é onde se registra o parecer médico-pericial através de respostas a quesitos:

a) preenchimento do formulário de conclusão de perícia médica: destina-se à identificação do segurado, à conclusão médico-pericial e à comunicação dos elementos necessários à concessão, manutenção ou cessação dos benefícios por incapacidade, na área urbana e rural.

b) a emissão será efetuada pelo setor de perícias médicas, ou pelo setor administrativo das empresas conveniadas.

Significado das abreviaturas: DME (Data da Marcação do Exame); DN (Data Nascimento); DIB (Data do Início do Benefício); DER (Data da Entrada do Requerimento); DAT (Data do Afastamento do Trabalho); DUT (Data do Último dia trabalhado); DRE (Data de Realização do Exame); os demais estão escritos por extenso e são preenchidos da mesma forma.

A identificação do segurado deve ser de forma completa.

O código da profissão deve ser registrado no campo próprio da CPM, no exame inicial pela perícia médica que verificará também se o segurado exerce mais de uma profissão. Documento de Identidade: registrar o número, série e órgão expedidor do documento de identidade oficial. Convênio: registrar o número do código da empresa conveniada, ou inutilizar o campo com um traço, se não for convênio.

Os impressos destinados à Conclusão Médico-Pericial e ao Laudo Médico são emitidos e têm os cabeçalhos preenchidos pelo Sistema informatizado, de forma precisa, atendendo ao contido no programa PRISMA-SUB, Módulo Perícia Médica; os dados da Conclusão de Perícia Médica ficam armazenados na memória do computador.

III – Outros anexos:

Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) – No impresso constam os elementos necessários para o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT e do Atestado Médico. O preenchimento da CAT deve ser feito pelo empregador ou sindicato ou ainda por autoridade pública, pelo médico assistente, pelo acidentado ou seus familiares. Todos os campos da CAT devem estar preenchidos para que ela seja aceita e registrada.

O Atestado Médico é preenchido pelo médico que examinou ou atendeu o segurado. No caso de acidente com morte, o preenchimento é dispensável, devendo ser apresentada a certidão de óbito e, quando houver, o laudo de necropsia. Nestes documentos devem constar a assinatura do médico e o seu carimbo com o número da sua inscrição no Conselho Regional de Medicina –CRM.

5.3 – Critérios para a realização de exames médico-periciais:

5.3.1– O LPM é um documento que, além de ser objeto de análise por parte de médicos peritos pode, eventualmente, ser requisitado pelo Poder Judiciário ou Conselho Federal/Regional de Medicina, devendo permitir leitura fluente em grafia clara e sem abreviaturas.

5.3.2 – Em todos os exames médico-periciais, deve ser exigida a dupla identificação do examinado, ou seja, a exigência de um documento com foto e a aposição de sua assinatura ou impressão digital na margem lateral do LPM. O profissional da área médico-pericial não realizará exame algum sem ter previamente apurado, conferido e anotado a prova de identidade do examinado, através de documento legal, de preferência a Carteira de Trabalho de Previdência Social.

5.3.3 – O registro da data do nascimento e idade é elemento indispensável para a conclusão médico-pericial, devendo ser corretamente preenchido . Registrar dia, mês e ano de nascimento do examinado, no formato dd/mm/aaaa.

5.3.4 – A Data do Afastamento do Trabalho (DAT) deve ser assinalada em todos os exames e corresponde ao dia seguinte ao do último dia trabalhado, ou seja o DUT.

5.3.5 – A anotação da profissão ou ocupação do examinado deve ser feita de forma a caracterizar adequadamente o tipo de atividade por ele exercido à época do afastamento do trabalho. Devem ser evitadas expressões genéricas como "ajudante". Faz-se necessário especificar: que tipo de ajudante, nunca usar expressões vagas ou genéricas, como operário, servente, bancário, comerciário. Procurar caracterizar a atividade específica, tecelão, servente de serviços gerais, caixa de banco, vendedor balconista etc. No caso do segurado estar desempregado, essa situação deverá ser anotada no local indicado e merecerá do médico toda a atenção, visto constituir problema social importante, muitas vezes motivador exclusivo do requerimento do benefício. O perito necessita investigar cuidadosamente o tipo de atividade, as condições em que é exercida, se em pé, se sentado, se exigindo prolongados e ou grandes esforços físicos, atenção continuada, etc. As condições do ambiente em que o trabalho é exercido podem, também, fornecer subsídios importante à avaliação.

5.3.6 – Tempo de profissão – utilizando-se os registros da Carteira Profissional do examinado, anotar o tempo de atividade na ocupação atual, e não se valer apenas das informações do examinado ou do acompanhante.

5.3.7– Deve ser anotada a causa real de afastamento do trabalho, por exemplo: Doença ou Acidente. Se houve demissão, além da palavra desemprego deve constar, também, a queixa que motivou o requerimento. Na verdade o segurado pode estar afastado por desemprego ou por outro motivo e vir a contrair, posteriormente, a doença incapacitante.

5.3.8 – Assinalar a situação funcional do trabalhador, anotando se, empregado (E), desempregado (D), ou autônomo (A).

5.3.9 – Marcar o local em que foi realizado o exame correspondendo “ I “ (no INSS); “C” (consultório de credenciado); “D” (domicílio); e “E” (Empresa).

5.3.10 – Registrar a existência ou não de benefício anterior ao pleiteado.

5.3.11 – Os sintomas ou doenças informados como sendo a causa do afastamento do trabalho devem ser minuciosamente caracterizados, pois a simples listagem dos mesmos não permite, na maioria das vezes, chegar a uma hipótese diagnóstica fidedigna. Os sintomas devem ser caracterizados com respeito à localização, intensidade, freqüência, fatores de exacerbação ou atenuantes. Deve-se registrar, ainda, a evolução da doença, tratamentos realizados, internações hospitalares, etc. As informações documentais, além de anotadas, devem ser anexadas aos antecedentes médico-periciais.

5.3.12 – Registrar todos os antecedentes mórbidos pessoais que tenham significado para a abordagem Médico-Pericial situando-os no tempo/evolução.

5.3.13 – A pressão arterial, pulso, peso e altura devem ser registrados em campo próprio, bem como o aspecto geral, com termos claros e objetivos.

5.3.14 – Devem ser descritos os dados pertinentes à observação por palpação, percussão e ausculta referentes aos aparelhos e sistemas afetados. Sempre que possível esses dados devem ser qualificados/quantificados. Deve ser dada a ênfase principalmente aos elementos que guardam relação direta com a atividade laborativa.

5.3.15 – Ao término de um exame clínico cuidadoso e bem conduzido, o profissional da área médico-pericial, quase sempre tem condições de firmar um diagnóstico provável, pelo menos genérico ou sindrômico, de modo a lhe permitir uma avaliação de capacidade funcional e de capacidade laborativa. Quando o resultado do exame clínico não for convincente e as dúvidas puderem ser aclaradas por exames subsidiários, poderão estes ser requisitados, mas restritos ao mínimo indispensável à avaliação da capacidade laborativa. Requisições desnecessárias geram despesas inúteis, atrasam conclusões e acarretam prejuízos aos examinados e à Previdência Social. Somente serão solicitados quando indispensáveis para a conclusão médico-pericial. Os Sistemas PRISMA/SABI não permitem a solicitação de exames/pareceres na perícia inicial. Entendendo-se que, cabe ao segurado o ônus da prova de sua doença, o qual no momento da solicitação do requerimento inicial deverá ter um diagnóstico e tratamento devidamente instituído com os exames complementares que comprovam sua causa mórbida, fica a Perícia Médica dispensada das solicitações dos respectivos exames. Nos exames subseqüentes, no estrito objetivo de dirimir dúvidas quanto a manutenção do benefício, poderão ser solicitados os exames complementares indispensáveis.

5.3.16 – Registrar o diagnóstico da patologia que motivou o afastamento do trabalho, procurando usar termos precisos.

5.3.17 – Anotar o diagnóstico de outra patologia que possa ter significado para a abordagem médico-pericial.

5.3.18 – A capacidade laborativa deve ser definida o mais precisamente possível, considerando-se os dados clínicos da história, exame físico apresentado e a atividade exercida.

5.3.19 – A fixação da Data do Início da Doença (DID), deve ser obrigatoriamente feita no exame inicial para concessão do benefício por incapacidade (Ax-1), bem como nos pedidos de recursos à JR/CRPS bem como em todos os casos de sugestão de limite indefinido.

5.3.20 – A Data do Início da Incapacidade (DII) deve ser obrigatória e corretamente fixada nas mesmas situações assinaladas para a DID. É a data em que as manifestações da doença provocaram um volume de alterações morfofisiológicas que impedem o desempenho das funções específicas de uma profissão, obrigando ao afastamento do trabalho. Deve ser fixada em todos os casos de exame inicial para concessão de benefício por incapacidade, bem como nos pedidos de recursos à JR/CRPS desde que exista incapacidade para o trabalho, isto é, nas conclusões tipo 2 ou tipo 4.

Esses dois dados são fundamentais para decisões em caso de benefícios com dispensa de período de carência, ou em casos de doenças com início anterior ao ingresso na Previdência Social.

5.4 – Preenchimento da Conclusão de Perícia Médica (CPM) :

5.4.1 – A Conclusão do exame Médico-pericial resultará das respostas aos quesitos da CPM.

5.4.2 – As datas, prazos ou limites deverão sempre ser expressas na CPM com oito algarismos (dd/mm/aaaa).

5.4.3 – Os quesitos com respostas prejudicadas terão as quadrículas correspondentes inutilizadas com traço horizontal.

5.4.4 – São terminantemente vedadas rasuras ou emendas nas vias da CPM que vão gerar os efeitos legais e administrativos.

5.4.5 – Após a execução do exame médico-pericial e o preenchimento dos quesitos da CPM a cargo do profissional da área médico-pericial que realizou o exame, fica dispensada a sua homologação, cabendo ao médico do quadro a revisão quando for julgada necessária prevalecendo nesse caso a conclusão após novo exame médico.

5.4.5.1 – A resposta ao quesito "isenção de carência" é obrigatória em todos os exames iniciais bem como em todos os casos de conclusão com Limite Indefinido (LI).

5.4.5.2 – Nos casos de concessão de Limite Indefinido (LI) é obrigatória a resposta ao quesito que indica majoração da Aposentadoria por Invalidez (25%).

5.4.5.3 – Nos exames iniciais é obrigatório resposta aos quesitos de DID e DII quando o parecer for favorável (E-21, E-31, E-91).

5.4.5.4 – Nos casos iniciais de Acidentes de Trabalho/Doença Ocupacional ou do Trabalho, obrigatoriamente, se deverá responder o quesito referente ao Nexo Técnico.

5.5 – Códigos Especiais para exames médico-periciais:

5.5.1 – A conclusão médico-pericial com Limite Indefinido (LI) será codificada com seis dígitos "88 88 88", permanecendo a codificação "99 99 99", quando da inexistência de incapacidade laborativa.

6 – FIXAÇÃO DA DATA DO INÍCIO DA INCAPACIDADE (DII) E DA DATA DO INÍCIO DA DOENÇA (DID)

6.1 – As datas do início da incapacidade (DII) e do início da doença (DID) serão obrigatoriamente fixadas, no ato da conclusão médico-pericial, nos seguintes casos:

a) exames iniciais destinados a instruir processos de concessão de auxílio-doença (AX-1);

b) exames iniciais de dependentes ou pensionistas que se habilitem na condição de inválidos;

c) exames médicos realizados em fase de recurso à JR por benefício inicial indeferido e que tenham conclusão médico-pericial favorável quando da sua instrução ou quando do cumprimento de diligência.

6.2 – De acordo com as datas fixadas, três situações podem se apresentar:

SITUAÇÃO	PARECER MÉDICO-PERICIAL	SOLUÇÃO ADMINISTRATIVA
A	DID – antes da 1 ^a contribuição DII – antes da 12 ^a contribuição	Doença pré-existente. Indeferimento do benefício. Incapacidade laborativa anterior à carência.
B	DID – antes ou depois da 1 ^a contribuição DII – depois da 12 ^a contribuição	Procedimento cabível se houver agravamento da patologia anterior à filiação
C	DID – depois da 1 ^a contribuição DII – antes da 12 ^a contribuição	não caberá a concessão do benefício, ressalvadas as hipóteses a seguir: - se é doença que isenta de carência; - se é acidente de qualquer natureza ou causa; Obs: 1 - se a DII recaiu no 2º dia do 12º mês de carência, tendo em vista que um dia trabalhado no mês, vale como contribuição para aquele mês, para qualquer categoria de segurado 2 - se a doença for isenta de carência, a DID e DII devem recair no 2º dia do 1º mês da filiação.

6.3 – A DID e a DII serão fixadas utilizando-se, além do exame objetivo, exames complementares, atestado de internação e outras informações de natureza médica. De posse desses elementos, a perícia médica poderá, com relativa segurança, fixar as datas prováveis da DID e da DII, que deverão ser expressas em 8 (oito) algarismos (dd/mm/aaaa)

6.3.1 – A Lei nº 8.213/91 no parágrafo único do art. 59 refere: "Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador de doença ou lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão. "O mesmo conceito é reproduzido no art. 71, parágrafo 1º, do Decreto nº 3.048/99.

Patologias perfeitamente definidas (por exemplo: cegueira congênita), anteriores ao ingresso na Previdência Social, permitem o exercício de atividade e após cumprido o período de carência o segurado, caso fique desempregado, não poderá invocar esta condição patológica para receber o auxílio-doença.

6.4 – Quando se tratar de segurado acometido de doença de segregação compulsória a exemplo da hanseníase, a DID será fixada na Data da Verificação do Mal (DVM); quando o segurado, em alta definitiva de tratamento, vier a sofrer reativação da moléstia, a DID será fixada na nova DVM.

6.5 – A fixação da DII e da DID nas patologias de evolução crônica em um segurado em pleno exercício de suas atividades e que tenha completado a carência, quando a incapacidade decorre de um agravamento ou complicação da doença ou lesão pré-existente, é mais adequado que a DID seja fixada na data do início das manifestações da complicação.

6.6 – Na fixação da DII e da DID em doenças que independem de período de carência para a concessão do benefício, em geral, a Data do Afastamento do Trabalho (DAT) é

considerada a própria DII. Em se tratando de segurado desempregado, a DII deve ser minuciosamente pesquisada, pois poderá não ter relação com a DAT.

6.7 – Fixação da DII e da DID em processos de natureza aguda – na maioria dos casos, em afastamento do trabalho determinado por um processo de natureza aguda, como traumatismos, cirurgias, enfarte do miocárdio, etc., a DID será igual à DII.

7 – ISENÇÃO DE PERÍODO DE CARÊNCIA

7.1 – Independe de carência a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez ao segurado que, após se filiar ao Regime Geral de Previdência Social, for acometido de tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado de doença de Paget (osteíte deformante), síndrome de deficiência imunológica adquirida, e contaminação por radiação com base em conclusão da medicina especializada. Esta relação está contida na Portaria Interministerial nº 2.998, de 23 de agosto de 2001, que incluiu também hepatopatia grave.

7.2 – Doenças relacionadas no parágrafo único do art. 30 do Decreto nº 3.048/99 – independem igualmente de período de carência, a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa, bem como nos casos de segurado que, após se filiar ao Regime Geral e Previdência Social, for acometido de algumas das doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social a cada três anos, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fator que lhe confira especificidade e gravidade que mereçam tratamento particularizado.

7.2.1 – Entende-se como acidente de qualquer natureza ou causa aquele de origem traumática, e por exposição a agentes exógenos, (físicos, químicos ou biológicos) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, com perda ou redução da capacidade laborativa, permanente ou temporária.

7.3 – O exame médico-pericial deverá ser realizado da maneira mais completa possível, podendo ser requisitado exames complementares e especializados estritamente necessários à elucidação do caso, procedendo-se, quando necessário, à pesquisa em prontuário médico hospitalar, bem como a Solicitação de Informação do Médico Assistente, conforme OI/INSS/DIRBEN nº 54, de 13/09/2001.

7.4 – Independem de Período de Carência a concessão das seguintes prestações: pensão por morte, auxílio-reclusão, salário-família, auxílio doença acidentário, salário-maternidade, ressalvadas as situações previstas no art. 242 e seguintes da IN INSS/DC nº 078/02.

8 – REQUISICÃO DE EXAMES

8.1 – Antes de proferir a conclusão médico-pericial é facultado à perícia médica a requisição de exames complementares e especializados que julgar indispensáveis, de acordo com as normas técnicas.

8.1.1 – Quando se tratar de exame inicial, a requisição de exames complementares ou especializados não deverá ser solicitado com a emissão de RE. O ônus da comprovação da incapacidade é do requerente.

8.2 – A requisição só deverá ser efetuada quando seu resultado for indispensável para avaliação da incapacidade ou de sua duração.

8.3 – Toda a requisição de exames complementares deverá ser bem justificada.

8.3.1 – Determinados exames e pareceres relacionados na Tabela de Honorários Médicos – Perícia Médica (THMP) somente podem ser solicitados com justificativa e com prévia autorização da Chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade.

8.3.2 – As solicitações desses exames, constantes de diligências da Junta de Recursos (JR), Vara de Acidente de Trabalho ou exigidos pela Procuradoria da Autarquia para responder a ações judiciais, não sofrem as limitações apontadas, cabendo ao órgão executivo, quando for o caso, justificar, ou não, o atendimento.

8.4 – As requisições de exame, quanto à natureza, são codificadas da forma que se segue:

Cardiologia	80	Tisiopneumologia	89
Neurologia	82	Urologia	90
Oftalmologia	83	Perícia Médica	91
Otorrinolaringologia	84	Ortopedia	92
Psiquiatria	87	Genética	95
Radiologia (diagnóstico)	88		

Essas são as especialidades médicas e sua codificação está em concordância com a da Tabela de Honorários Médico-Periciais – Perícia Médica (THMPM).

O conteúdo do que aqui é mencionado tem cunho eminentemente doutrinário, devendo ser seguidas as determinações contidas no Manual do Sistema Médico-Pericial de Pagamento a Credenciados.

A Requisição de Exame (RE) – Perícia Médica é solicitada em impresso específico.

8.5 – Com a implantação do módulo destinado aos exames complementares na Perícia Médica, estes exames serão automaticamente cadastrados no Sistema Único de Benefício (SUB), que também seleciona o credenciado a realizar o exame. Concluído o exame e entregue na Agência, este será confirmado e encaminhado a pagamento através do módulo pagamento do credenciado (PAGMED).

Nota: O Sistema só permite o cadastramento para uma determinada Requisição, de exames da mesma especialidade. Exames de outra especialidade são agrupados em outra Requisição, até o limite de 05 (cinco) exames por RQ.

9 – CONCLUSÃO MÉDICO-PERICIAL

9.1 – Os Tipos de Conclusão Médico-Pericial, nos casos de benefícios previdenciários por incapacidade, resultarão das respostas aos quesitos da CPM:

Tipo 1	Contrária	Tipo 3	Contrária (gravidez fisiológica)
Tipo 2	Data de Cessação do Benefício (DCB)	Tipo 4	Data da Comprovação da Incapacidade (DCI)

9.1.1 – A conclusão será contrária nos casos de exames iniciais (AX-1) em que for verificada a inexistência de incapacidade para o trabalho (Tipo 1) ou nos casos de gravidez fisiológica (Tipo 3).

9.1.2 – A conclusão será com DCB (Tipo 2) em AX1 nos casos de:

- a) inexistência de incapacidade atual, mas existência de incapacidade anterior já cessada (DCB em data anterior ou na DRE);
- b) existência de incapacidade de duração previsível (data da provável cessação - doenças auto limitadas)
- c) em caso de retorno antecipado ao trabalho, no dia imediatamente anterior à data do retorno.

9.1.3 – Conclusão com DCB nos exames de prorrogação de auxílio-doença (AX-n), ocorrerá nos casos em que for verificada a recuperação da capacidade do beneficiário/segurado para o seu trabalho e será fixada na Data de Realização do Exame (DRE), ou até cinco dias após, ou ainda, na data do óbito, quando for o caso.

9.1.4 – Conclusão com DCB nos reexames de segurados aposentados por invalidez poderá ocorrer nas hipóteses de determinação legal ou quando houver solicitação por parte do aposentado, visando a verificação da re-aquisição da capacidade parcial ou total para o exercício de sua ou de outra atividade.

9.1.5 – Conclusão com DCI (Tipo 4) nos exames iniciais (AX-1) e nos de prorrogação (AX-n) ocorrerá nos casos em que for verificada a existência de incapacidade atual que presumivelmente persistirá por um determinado prazo, ao final do qual o segurado deverá ser reexaminado.

10 – COMUNICAÇÃO DE RESULTADO DE EXAME MÉDICO

10.1 – Caberá à Perícia Médica dar conhecimento ao segurado do resultado do exame médico-pericial, através da "Comunicação de Resultado de Exame Médico" – CREM, nos seguintes casos:

- I) exame inicial de auxílio-doença, qualquer que seja o resultado, ressalvado o disposto no subitem 9.1.2, letras "a" e "c";
- II) exame de benefício por incapacidade, sempre que for fixada DCB.

10.2 – Nas conclusões favoráveis, em exames de prorrogação, não será necessário que a Perícia Médica preencha a CREM, pois não haverá comunicação escrita do resultado do exame.

10.2.1 – Nos exames de prorrogação, as comunicações de novos limites (DCI) às empresas que complementam o salário de seus empregados, constituem atribuição dos setores de benefícios.

10.3 – A CREM será emitida em duas vias que serão assinadas pela Perícia Médica e pelo segurado, sendo a primeira destinada ao segurado e a segunda juntada aos antecedentes médico-periciais.

10.3.1 – Se o segurado for analfabeto, sua assinatura será substituída pela impressão digital.

10.3.2 – Na hipótese de recusa a receber e/ou a assinar a CREM, o fato deverá ser consignado no local destinado à assinatura do segurado.

11 – RE-ANÁLISE

11.1 – Re-análise é o ato médico-pericial que visa à re-apreciação do exame médico-pericial, principalmente da sua conclusão, por iniciativa da Instituição ou a pedido do segurado.

11.2 – A re-análise por iniciativa da Instituição - revisão analítica - refere-se à conclusão que já produziu seus efeitos; tem por finalidade propiciar supervisão, controle e correção de acordo com as necessidades e por determinação da Chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade.

11.3 – A manutenção ou alteração de conclusão poderá ocorrer por meio de Revisões Analíticas, que poderão ser:

- a) antecipadas, inclusive transformadas em DCB, com convocação do segurado para nova perícia.
- b) prorrogadas, inclusive com limite indefinido (LI);
- c) confirmadas, simplesmente ou com indicação de exames complementares no limite ou indicação de reabilitação profissional.

11.4 – As revisões analíticas devem ser sempre cuidadosamente acompanhadas e avaliadas pela chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade, devendo ser utilizadas como instrumento de acompanhamento quanto à qualidade técnica do trabalho médico-pericial.

11.5 – A revisão a pedido processar-se-á por solicitação escrita do segurado (Pedido de Antecipação de Limite e Alta Antecipada - fase 5). A revisão a pedido será, obrigatoriamente, instruída por novo exame médico-pericial.

11.6 – A revisão deve abranger o aspecto formal e técnico com especial atenção à coerência entre os dados registrados no laudo médico, os resultados dos exames subsidiários e a conclusão médico-pericial.

12 – ATRIBUIÇÕES DOS TÉCNICOS DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

12.1 - Médico Perito

a) Avaliar o potencial laborativo do segurado no que se refere aos aspectos físicos, colhendo dados necessários ao seu parecer quanto às contra-indicações, potencialidades e o prognóstico para o retorno ao trabalho, solicitando, inclusive, a descrição da função desempenhada pelo segurado;

b) Solicitar exames e pareceres especializados à rede credenciada, inclusive quanto à necessidade de órtese e/ou prótese;

c) Realizar análise de postos de trabalho;

d) Identificar os casos passíveis de reabilitação profissional;

e) Preencher formulário próprio definindo o potencial para retorno ao trabalho, fazendo observação quanto à necessidade de órtese e/ou prótese;

f) Acompanhar os casos de Protetização;

g) Solicitar a avaliação do Orientador Profissional no momento oportuno, quando da estabilização do quadro clínico do segurado;

h) Participar com o Orientador Profissional da Análise Conjunta dos casos para a conclusão da avaliação do potencial laborativo (aspectos físicos + aspectos sócio-econômicos profissionais) e elaboração de programa profissional, preenchendo e assinando campo próprio do formulário;

i) Avaliar intercorrências médicas;

j) Definir compatibilidade física de ocupações, utilizando os seus conhecimentos técnicos, análises de funções ou outros meios técnicos, desde que necessário;

l) Participar com o Orientador profissional de reavaliações conjuntas do caso, com objetivo de direcionamento do programa profissional (se necessário) e para o encerramento do programa profissional;

m) Participar com o Orientador Profissional da elaboração de laudo conclusivo do Programa Profissional desenvolvido com o cliente;

n) Desempenhar as demais atividades médico-periciais que lhe são pertinentes, como alta pericial após encerramento do Programa de Reabilitação;

o) Participar de Equipes Volantes;

p) Avaliar e supervisionar com Orientador Profissional os programas profissionais realizados por terceiros ou Empresas;

q) Avaliar a incapacidade das pessoas portadoras de deficiências -PPD- para o enquadramento nos artigos 3º e 4º do Dec. 3.298.

r) Participar de palestras e seminários divulgando a Reabilitação Profissional.

12.2 - Orientador Profissional, técnico de nível superior devidamente capacitado e treinado para tal, responsável pelo acompanhamento do programa de Reabilitação

Profissional e seleção dos casos para análise conjunta com o médico, tem como atribuições:

a) Avaliar o potencial laborativo do segurado no que se refere aos aspectos sócio-econômico-profissionais, colhendo dados relacionados aos fenômenos e variáveis frente à sua capacidade, a atividade anteriormente exercida, outras experiências profissionais, interesses profissionais, formação profissional, cursos e treinamentos realizados, situação familiar e econômica que influencie no processo de reabilitação, para fundamentar seu prognóstico de retorno ao trabalho. Pode utilizar-se de recursos técnicos, tais como, avaliações psicológicas, de escolaridade, profissional no posto de trabalho e outros, para concluir seu parecer, preenchendo campo do formulário próprio;

b) Participar, com o médico, da análise conjunta do caso para a conclusão da Avaliação do Potencial Laborativo (aspectos físicos + aspectos sócio - econômicos profissionais), preenchendo campo próprio do formulário;

c) Orientar o segurado quanto à legislação, Normas Institucionais e ao processo de Reabilitação Profissional;

d) Orientar e conduzir o segurado à escolha consciente da atividade a exercer no mercado de trabalho, com base na análise do cadastro de ocupações da empresa de vínculo, para estudo de readaptação, do perfil das ocupações - exigências, requisitos para o exercício da mesma. No caso de segurado sem vínculo empregatício, utiliza-se de levantamento de tendências do mercado de trabalho, Código Brasileiro de Ocupações - CBO, análises de função, levantamentos sobre recursos oferecidos pela comunidade para treinamentos profissionais e/ou cursos profissionalizantes e, ainda, outros recursos técnicos que se fizerem necessário;

e) Realizar Análise do Posto de Trabalho para avaliar a necessidade de Readaptação ou Reabilitação Profissional;

f) Participar com o médico na definição da compatibilidade da nova função a ser exercida pelo segurado;

g) Planejar o programa profissional para retorno ao trabalho;

h) Orientar e encaminhar o segurado para programa profissional na comunidade, acompanhando sistematicamente o seu desenvolvimento;

i) Prescrever os Recursos Materiais necessários ao desenvolvimento do programa;

j) Realizar visitas às empresas e postos de trabalho, para acompanhamento sistemático dos casos e redirecionamento do programa, sempre que necessário;

l) Participar de equipes volantes;

m) Realizar com o médico perito reavaliações dos casos, com objetivo de redirecionamento do programa, e para desligamento do segurado do programa de Reabilitação Profissional;

n) Elaborar e assinar, juntamente com o médico, o laudo conclusivo do programa profissional;

o) Providenciar a emissão e assinaturas dos Certificados;

p) Orientar e esclarecer o segurado e empresa quanto aos procedimentos no ato de desligamento;

q) Participar de palestras e seminários divulgando a Reabilitação Profissional.

13 – ENCAMINHAMENTO À REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

13.1 – Poderão ser encaminhados à Reabilitação Profissional, por ordem de prioridade:

- a) segurado em gozo de auxílio-doença (acidentário ou previdenciário);
- b) aposentado especial, por tempo de serviço ou por idade, que permanece em atividade laborativa e sofre acidente de trabalho;
- c) aposentado por invalidez;
- d) segurado sem carência para receber auxílio-doença previdenciário, porém portador de incapacidade laborativa;
- e) dependente pensionista inválido;
- f) dependente maior de 14 anos, portador de deficiência;
- g) pessoas portadoras de deficiência, sem vínculo com a Previdência Social.

13.2 – O atendimento dos segurados, inclusive os aposentados, pela Reabilitação Profissional é obrigatório, ficando o dos dependentes condicionado às possibilidades administrativas, técnicas, financeiras e às características locais do órgão.

13.3 – A seleção da clientela para o encaminhamento à Reabilitação Profissional deverá pautar-se na análise do conjunto de variáveis que caracterizam cada caso, tais como: faixa etária, escolaridade, tipo de limitação (seqüela definitiva), acomodação ao benefício, perspectivas definidas de capacitação para o trabalho a curto e médio prazos e possibilidade de absorção pelo mercado de trabalho.

13.4 – O encaminhamento da clientela mencionada nas letras “a”, “b” e “c” do subitem 12.1 acima mencionados, isto é, o encaminhamento de segurados em gozo de auxílio-doença (acidentário ou previdenciário), aposentados por tempo de serviço ou por idade que permanecem em atividade laborativa e sofrem acidente de trabalho e aposentados por invalidez caberá aos setores locais de Perícia Médica que fará a avaliação do Potencial Laborativo, encaminhando-o, em caso de elegibilidade ao programa de readaptação/reabilitação profissional.

13.4.1 – O encaminhamento do segurado em gozo de auxílio-doença deverá ser o mais precoce possível, de preferência já no exame inicial, quando o mesmo apresentar seqüela definitiva e perspectivas imediatas de programa de reabilitação profissional.

13.4.2 – Os portadores de doença profissional e do trabalho deverão ser encaminhados no exame inicial para análise profissiográfica e verificação do posto de trabalho.

13.5 – O segurado em gozo de auxílio-doença, está obrigado a se submeter à programa de reabilitação profissional, inclusive aos exames nele abrangidos, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, sob pena de suspensão do benefício.

13.5.1 – Os aposentados por invalidez, dispensados de programas de reabilitação, quando espontaneamente desejarem submeter-se ao programa, deverão assinar termo de responsabilidade, indicando sua opção.

13.5.2 – O desligamento dos clientes acima referidos será efetuado pelo setor responsável pela Reabilitação Profissional das Gerências Executivas.

13.6 – Competirá às empresas e às entidades sindicais conveniadas fazer o encaminhamento de seus empregados ou associados em gozo de auxílio-doença, desde que reúnem os pré-requisitos para programa de reabilitação profissional a curtos e médios prazos, através de ofício.

13.6.1 – O atendimento dos empregados ou associados encaminhados pelas empresas ou entidades sindicais obedecerá, no que couber, às demais rotinas e procedimentos previstos para os encaminhamentos feitos pela Perícia Médica.

13.7 – As rotinas e procedimentos nos acordos entre a empresa e os setores de Reabilitação Profissional serão estabelecidas em reunião, contando com a participação dos responsáveis pela Perícia Médica e Reabilitação Profissional e do Médico e Assistente Social da empresa, observando-se as peculiaridades desta última.

13.8 – Caberá aos órgãos e instituições da comunidade que firmarem convênio e/ou acordo de cooperação técnico-financeira com o INSS, fazerem o encaminhamento à Reabilitação Profissional das pessoas portadoras de deficiência, sem vínculo com a Previdência Social, que reúnam as condições mínimas para programa de habilitação/reabilitação profissional a curto e médio prazos.

13.8.1 – O encaminhamento de que trata esse item deverá ser feito pela Assistente Social e/ou profissional da área médica, através de ofício e dossiê para a equipe de reabilitação profissional da APS/UAA.

13.9 – A elegibilidade e a inelegibilidade para programa de reabilitação profissional das pessoas portadoras de deficiência, deverão ser comunicadas ao órgão ou instituição encaminhante através de ofício, e o desligamento por meio formulário próprio que contenha laudo conclusivo do programa de reabilitação profissional.

13.10 – Os encaminhamentos de beneficiários (segurado e dependente) à Reabilitação Profissional que motivem deslocamento, devem ficar reduzidos aos estritamente necessários, garantindo a eles o auxílio para o programa fora do domicílio, obedecidas às normas que disciplinam o assunto.

13.11 – O encaminhamento da clientela descrita no subitem 13.9 deverá nortear-se, principalmente, pelo interesse e motivação para programa de reabilitação profissional demonstrado pelo cliente e, de preferência, observando-se o local mais próximo.

13.12 – No caso do não-comparecimento do beneficiário ou da pessoa portadora de deficiência à Reabilitação Profissional no prazo estabelecido quando do encaminhamento, deverão ser adotados os seguintes procedimentos:

13.12.1 – Registro do fato pela Reabilitação Profissional.

13.12.2 –Adoção das medidas administrativas pertinentes ao caso.

13.12.3 – Convocação do cliente pelo setor encaminhante para as orientações pertinentes e re-encaminhamento, se for o caso.

13.12.4 – No caso de segurado em gozo de auxílio-doença, aposentado por invalidez e dependente pensionista inválido, comunicação da ocorrência pela Perícia Médica ao setor de benefício, quando for o caso.

13.13 – No caso de abandono ou recusa a submeter-se ao programa de Reabilitação Profissional, a equipe da APS/UAA comunicará a ocorrência ao encaminhante, através de Memorando, que procederá conforme o descrito em 12.13.3 e 12.13.4, devendo administrativamente ser susgado o pagamento do benefício em atenção ao disposto no Art. 101 da Lei 8.213/91

13.14 – A Equipe de Reabilitação Profissional da APS/UAA adotará os procedimentos legais visando nova oportunidade de encaminhamento.

13.14.1 – A competência para fornecer nova oportunidade é da Perícia Médica em acordo com o Orientador Profissional.

13.15 – Durante a permanência em programa de reabilitação profissional, os segurados em gozo de auxílio-doença previdenciários e acidentários, na revisão médico-pericial para fins de manutenção do benefício, deverá ser preenchida nova CPM, com prorrogação do auxílio-doença, anotando-se no campo "observação" os dizeres: "Segurado em Programa de Reabilitação Profissional".

13.16 – A perícia médica e o orientador profissional, de acordo com os critérios de elegibilidade, poderá qualificar o beneficiário, ou não, para programa de habilitação/reabilitação profissional.

13.17 – Os exames complementares e/ou pareceres especializados indispensáveis à orientação do programa de reabilitação profissional de beneficiários (segurado e dependente) serão realizados pelos profissionais e entidades médicas já credenciados pela Perícia Médica, conforme norma específica.

13.18 – Os clientes em programa de reabilitação profissional se submeterão a todos os exames complementares e/ou pareceres especializados indispensáveis, que serão realizados pelos profissionais e entidades médicas credenciadas.

13.19 – O atendimento dos segurados residentes em localidades distantes que não disponham de estrutura própria, será efetuada por equipes volantes, objetivando o atendimento das necessidades de Reabilitação Profissional.

13.19.1 – A Equipe Volante será composta obrigatoriamente por um profissional da área médica e por um Orientador Profissional podendo, de acordo com a necessidade e a disponibilidade de recursos humanos, contar com a participação de técnicos de outras áreas e de servidores administrativos e atuará de acordo com os procedimentos contidos em ato normativo pertinente.

14 – APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

14.1 – A aposentadoria por invalidez será devida ao segurado que após cumprir a carência exigida, quando for o caso, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz para qualquer trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência e lhe será paga enquanto permanecer nessa condição.

14.1.1 – Sob o ponto de vista estritamente médico-pericial, a invalidez é conceituada de acordo com os critérios contidos no capítulo sobre a incapacidade e invalidez e pode ser definida como uma incapacidade total, permanente, multiprofissional e insuscetível de reabilitação que garanta a subsistência do segurado.

14.2 – Os Serviços/Seções de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade procederão análise dos benefícios com sugestão de Limite Indefinido (88.88.88), de Auxílio Acidente, de majoração de 25% às Aposentadorias por Invalidez e a análise dos laudos de aposentadoria Especial, bem como a supervisão, por amostragem, dos exames médico periciais realizados por credenciado. Caberá, ainda, ao GBENIN indicar profissionais da área médico pericial para atuar como assistente técnico nos processos das juntas de recursos e judiciais em que a Instituição seja parte processual.

14.2.1 - O GBENIN poderá delegar as competências acima relacionadas aos profissionais da área médica do quadro permanente do INSS atuando nas APS/UAA da respectiva Gerência-Executiva.

14.3 – Procedimentos do Setor de Perícia Médica de APS/UAA quando concluir pela indicação de B-32 (indicação de DCI com limite indefinido):

- a) fixar a DCI.
- b) justificar a existência de invalidez, no campo Considerações sobre a Capacidade Laborativa, com base no Relatório do Exame Médico-Pericial;
- c) registrar no campo Justificativa de Parecer de CPM : "Sugiro limite indefinido".

14.4 – Após os procedimentos regulamentares relacionados à atuação do setor administrativo, a CPM que irá produzir benefício seguirá os trâmites normais, enquanto o Laudo Médico-Pericial e antecedentes médicos serão encaminhados ao GBENIN.

14.5 – A data de início do B-32 é fixada de imediato após a homologação da sugestão do Limite Indefinido pelo Serviço ou Seção de Gerenciamento de Benefício por Incapacidade – GBENIN, ou por delegação conforme item 14.2.1.

14.5.1 – Quando, no entanto, em virtude de revisão analítica ou exame antecipado em relação ao limite, a perícia médica proferir conclusão com limite indefinido, em data anterior à DCI antes fixada, os setores administrativos de benefícios considerarão para efeito do início da aposentadoria por invalidez, o dia em que foi proferida a homologação da sugestão do limite indefinido.

14.6 – O valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar de assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25%, de acordo com o Art. 45 do Decreto 3.048/99 nos casos que se enquadram no seu anexo “I”

15 – CESSAÇÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ E MENSALIDADE DE RECUPERAÇÃO (MR)

15.1 – A aposentadoria por invalidez será mantida enquanto permanecerem inalteradas as condições que motivaram sua concessão, ficando o aposentado por invalidez obrigado, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da Previdência Social, a processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, e a tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos conforme o disposto no Artigo 101 da Lei nº 8.213/91.

15.1.1 – Os segurados aposentados por invalidez poderão, a qualquer tempo, requerer exame médico-pericial para fins de revisão para constatação de sua capacidade laboral, independentemente de limite de idade. Nesse caso, sua aposentadoria será automaticamente cancelada a partir da data em que for considerado apto para o trabalho.

15.2 – Procedimento na recuperação da capacidade para o trabalho do segurado por invalidez: Mensalidade de Recuperação

15.2.1 – No caso de recuperação da capacidade de trabalho do aposentado por invalidez, exceto a situação em que ele retorna voluntariamente à atividade (situação prevista no artigo 48 do Decreto 3.048/99 e artigo 94 da IN INSS/DC Nº 78/02), serão devidas as mensalidades de recuperação, conforme disciplinado no item 4, capítulo II, parte 4, volume III da CANSB, assim normatizada pelo Art. 49 do Decreto 3.048/99.

I – quando a recuperação for total e ocorrer dentro de cinco anos contados da data do início da aposentadoria por invalidez, ou do auxílio-doença que a antecedeu sem interrupção, o benefício cessará:

a) de imediato, para o segurado empregado que tiver direito a retornar à função que desempenhava na empresa ao se aposentar, na forma da legislação trabalhista, valendo como documento, para tal fim, o certificado de capacidade fornecido pela Previdência Social;

b) após tantos meses quantos forem os anos de duração do auxílio-doença e da aposentadoria por invalidez, para os demais segurados.

II – quando a recuperação for parcial, ou ocorrer após cinco anos, ou ainda quando o segurado for declarado apto para o exercício de trabalho diverso do que habitualmente exercia, a aposentadoria será mantida, sem prejuízo da volta à atividade (Mensalidade de Recuperação – MR):

a) pelo seu valor integral, durante seis meses contados da data em que for verificada a recuperação da capacidade;

b) com redução de 50%, no período seguinte de seis meses;

c) com redução de 75%, também por igual período de seis meses, ao término do qual cessará definitivamente.

III – o segurado que retornar à atividade poderá requerer, a qualquer tempo, novo benefício, tendo este o processamento normal.

15.3 – Durante o período de percepção de mensalidades de recuperação, o segurado continua na condição de aposentado, sendo permitida a volta ao trabalho sem prejuízo do pagamento das referidas mensalidades, observando-se que:

I – durante o período de percepção de mensalidades de recuperação integral não cabe novo pedido de benefício por incapacidade conforme se depreende no Parágrafo único do Artigo 50 do Decreto 3.048/99.

II – Durante o período de percepção da mensalidade de recuperação reduzida, cabe pedido de recurso a JR/CRPS ou pedido de novo benefício (se perdido o prazo do recurso) se for o caso, devendo-se observar que a aposentadoria será:

a) Prorrogada, se a perícia médica concluir pela existência de invalidez, e a DII recair na Data de cessação do benefício- DCB ou até o término da mensalidade de recuperação integral;

b) Restabelecida, se a perícia médica concluir pela existência de invalidez, e a DII for posterior ao término das mensalidades de recuperação integral;

c) Cessada, se o segurado requerer e tiver sido concedido novo benefício durante o período de recebimento das mensalidades de recuperação reduzida, sendo facultado ao segurado optar entre o benefício e a renda de recuperação, salientando que a opção pelo benefício não permitirá a reativação das mensalidades de recuperação em nenhuma época.

15.4 – Nos casos de segurados que tenham estado em gozo de aposentadoria por invalidez, cujo benefício foi cessado por motivo de retorno à atividade e venham a requerer novo benefício, serão adotadas as rotinas a seguir:

I – o segurado será encaminhado a exame médico-pericial, devendo os setores de benefícios anotar no campo "Observações (Setor de Benefícios)" da CPM: "aposentadoria por invalidez cessada em dd/mm/aaaa, por retorno à atividade";

II – a perícia médica providenciará a anexação do novo laudo aos antecedentes pertinentes;

III – a perícia médica, após preencher o relatório médico-pericial, deverá, inicialmente, ater-se ao fato da constatação ou não, na data do exame, da doença incapacitante que motivou a concessão da aposentadoria:

a) quando a mesma doença estiver presente, a Perícia Médica preencherá o item "código diagnóstico" do relatório do exame médico-pericial, considerando prejudicados os itens do campo da CPM a seu cargo e anotará, no campo "Justificativa do Parecer" da CPM, o seguinte: "a doença incapacitante que motivou a aposentadoria anterior continua presente";

b) não ocorrendo a hipótese acima, a Perícia Médica preencherá todos os quesitos da CPM, a seu cargo, proferindo sua conclusão como for tecnicamente cabível e anotará no campo "Justificativa de Parecer" da CPM a expressão: "não persiste a doença incapacitante que motivou a aposentadoria anterior";

c) em ambas as alternativas não haverá emissão da CREM.

16 – BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA AOS IDOSOS E AOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

16.1– O benefício será requerido junto às Agências da Previdência Social pelo interessado, pelo órgão autorizado ou entidade conveniada e, uma vez preenchidas as condições legais para a habilitação, a concessão do mesmo, no que se refere aos Portadores de Deficiência, dependerá da apresentação de um laudo de avaliação técnica para comprová-la, cabendo à Agência da Previdência Social encaminhar o segurado portador de deficiência a exame.

16.2 – Pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou **lesões irreversíveis** de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho da vida diária e do trabalho.

16.3 – A deficiência poderá ser comprovada:

a) através de exame médico-pericial a cargo da Perícia Médica do INSS;

b) inexistindo no Município de residência do beneficiário Agência da Previdência Social, este deverá ser examinado na localidade mais próxima.

Base Legal: Lei 8.742/93 e Lei nº 9.720/98

17 – EXAME MÉDICO-PERICIAL PARA QUALIFICAÇÃO DO DEPENDENTE MAIOR INVÁLIDO NA PENSÃO POR MORTE E AUXÍLIO-RECLUSÃO

17.1 – A pensão por morte é devida ao conjunto dos dependentes do segurado, aposentado ou não, a contar da data de seu óbito e independe de carência. Havendo mais de um pensionista, será rateada entre todos em partes iguais e reverterá em favor dos demais a parte daquele cujo direito à pensão cessar, conforme disciplina a Subseção IX, art. 264 a 281 da IN INSS/DC Nº 078/02.

17.1.1 – A pensão por morte será devida ao dependente inválido se for comprovada pela Perícia Médica a existência da invalidez na data do óbito do segurado.

São dispensados do exame médico-pericial:

a) o dependente aposentado por invalidez.

17.1.2 – A cota da pensão por morte se extingue:

a) pela morte do pensionista;

b) para o filho ou equiparado, irmão ou designado menor, de ambos os sexos, quando completar 21 anos de idade, salvo se inválido;

c) para o pensionista inválido, pela cessação da invalidez, verificada em exame médico-pericial a cargo da Previdência Social.

Nota : O dependente menor que ficar inválido antes de completar 21 anos de idade será submetido a exame médico-pericial, não se extinguindo a respectiva cota se confirmada a invalidez.

17.1.2.1 – O pensionista inválido, quando solicitado pelo INSS, está obrigado, para confirmar ou não a existência da invalidez, sob pena de suspensão do benefício, a se submeter a exame médico-pericial, a cargo da Previdência Social, a processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, e a tratamento dispensado gratuitamente, exceto o tratamento cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos.

17.1.3 – A pensão por morte cessa, entre outras causas, pela cessação de invalidez, verificada em exame médico-pericial.

17.1.4 – O exame médico-pericial é descrito no Laudo de Perícia Médica pelo Médico Perito. Os critérios para caracterização de invalidez são os contidos no capítulo próprio, atentando-se para a data do início da invalidez (DII), que deverá ser anterior ao óbito do segurado falecido a fim de assegurar o direito a pensão.

17.2 – O auxílio-reclusão é devido nas mesmas condições da pensão por morte, aos dependentes do segurado recolhido à prisão que não receba remuneração da empresa nem esteja em gozo de auxílio-doença, aposentadoria ou abono de permanência em serviço, desde que não seja ultrapassado o valor máximo permitido nas normas em vigor (Artigo 116 do Decreto 3048/99). É devido a contar do efetivo recolhimento do segurado à prisão, instruído por certidão firmada pela autoridade competente e é mantido enquanto o segurado permanecer detento ou recluso e independe de carência.

17.2.1 – Aplicam-se ao dependente inválido todas as disposições contidas no subitem 16.1.

17.2.2 – Falecendo o segurado detento ou recluso, o auxílio-reclusão que estiver sendo pago será, automaticamente, convertido em pensão por morte.

18 – COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ EM DEPENDENTE MAIOR DE 14 ANOS PARA FINS DE RECEBIMENTO DE SALÁRIO FAMÍLIA

18.1 – O dependente inválido, maior de 14 anos, tem direito à percepção de salário-família.

18.2 – A comprovação de invalidez para este fim é da Previdência Social, por meio de exame médico realizado pela Perícia Médica do Instituto.

18.3 – O exame médico-pericial será realizado e concluído por profissional da área médica, quando autorizado, que poderá requisitar os exames complementares e/ou especializados julgados indispensáveis para a comprovação da invalidez.

18.4 – O exame médico-pericial será registrado no Laudo Médico-Pericial.

18.5 – A competência da homologação dos casos realizados será em nível do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade ou por delegação aos profissionais da área médica em exercício nas Unidades de Atendimento.

18.6 – Os critérios adotados para comprovação de invalidez são os contidos no capítulo que conceitua a matéria.

19 – APOSENTADORIA POR INVALIDEZ COM ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA NA FONTE E OUTRAS SITUAÇÕES QUE ISENTAM DE IMPOSTO DE RENDA

19.1 – Os benefícios pagos pela Previdência Social estão sujeitos à retenção de Imposto de Renda na Fonte, obedecendo às instruções expedidas pela Secretaria da Receita Federal.

19.2 – Situações que isentam do Imposto de Renda na Fonte:

A isenção do imposto de renda dos proventos de aposentadoria, reforma e pensão, desde que motivadas por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, bem como, recebidos por portadores de doença grave, está condicionada à comprovação. Para efeito de reconhecimento de isenção, a doença deverá ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, do Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, devendo ser fixado o prazo de validade do laudo pericial, no caso de doenças passíveis de controle – Lei nº 9.250/95, Art. 30 e RIR/99, art. 39, §§ 4º e 5º.

DOENÇAS GRAVES PARA FINS DE ISENÇÃO

São isentos de imposto de renda:

Os proventos de aposentadoria, reforma e pensão (inclusive complementações) desde que motivadas por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla (somente a partir de 01/01/91), neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, (somente a partir de 01/93), Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA) e fibrose cística (mucoviscidose) (somente a partir de 01/01/96), com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma – Lei Nº 7.713 de 22 de dezembro de 1988, Art. 6º, inciso XIV; e Instrução Normativa Nº 07, de 16 de janeiro de 1989, da Secretaria da Receita Federal; Lei Nº 8.541/92, art. 47; e Lei Nº 9.250, de 1995, art. 30, § 2º . (IN SRF Nº 25/96, art. 5º, XII e RIR/99, art. 39. XXXIII) e Lei 8112/90(RJU)

Nota : Por força da legislação acima declinada, essa lista de doenças mencionadas no sub-item 18.2, é semelhante, mas não igual a lista definida no Art. 186 do Decreto 3.048/99 que determina a isenção de carência para obtenção dos benefícios da Previdência Social.

19.3 – A isenção do período de carência destinada principalmente à instrução de requerimentos com dispensa de período de carência, presta-se também a possibilitar a isenção do Imposto de Renda, quando a resposta for positiva.

19.4 – A Perícia Médica deverá responder, através de processos, às solicitações dos segurados a respeito do enquadramento da patologia declarada dentre aquelas listadas na legislação da Receita Federal, objeto do contido no item 19.2. A Perícia Médica deverá também se pronunciar quando da solicitação do Setor de Benefícios, mesmo nas aposentadorias concedidas pelo RPS que não dependam originalmente de parecer da Perícia Médica

20 – SITUAÇÕES ESPECIAIS LIGADAS AO REQUERIMENTO E À CONCLUSÃO DO AUXÍLIO-DOENÇA E À APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

20.1 – Os casos de auxílio-acidente de qualquer natureza ou causa são enquadrados nas espécies 36 ou 94, dependendo da origem previdenciária ou acidentária da lesão. O valor deste benefício corresponde a 50% do valor do salário de benefício. Fazem jus a esta espécie de benefício o segurado empregado (exceto o doméstico), o avulso e o especial.

20.2 – O auxílio-doença do segurado que exercer mais de uma atividade abrangida pela previdência social será devido mesmo no caso de incapacidade apenas para o exercício de uma delas, devendo a perícia médica ser conhecedora de todas as atividades que o mesmo estiver exercendo.

20.2.1 – Nessa hipótese o auxílio-doença será concedido em relação à atividade para a qual o segurado estiver incapacitado, considerando-se, para efeito de carência, somente as contribuições relativas a essa atividade – Parágrafo Único do Artigo 73 Dec. 3.048/99

20.2.1.1 – Se nas várias atividades o segurado exercer a mesma profissão, será exigido de imediato o afastamento de todas.

20.2.2 – O setor administrativo da Perícia Médica, ao encaminhar a exame médico-pericial inicial segurados com mais de uma atividade, deverá anotar o fato no campo "Observações (Setor de Benefícios)" da CPM.

20.2.3 – O médico-perito ao proferir a conclusão, respondendo aos quesitos a seu cargo na CPM, somente emitirá parecer favorável que leve a decisões do Tipo 2 ou 4 quando houver impedimento para o exercício de pelo menos uma delas, fazendo constar o fato no campo "Justificativa de Parecer" da CPM.

20.2.4 – Quando o segurado que exercer mais de uma atividade se incapacitar definitivamente para uma delas, deverá o auxílio-doença ser mantido indefinidamente, não cabendo sua transformação em aposentadoria por invalidez enquanto esta incapacidade não se estender às demais atividades.

20.3 – Quando, no caso de dois auxílios-doença sucessivos e o intervalo entre a data de cessação do benefício (DCB) anterior e a de início (DIB) do subsequente for de até 60 (sessenta) dias, o profissional da área médica deverá pronunciar-se sobre a possibilidade de ser a incapacidade motivada pela mesma doença. Comprovando-se que a doença

incapacitante é a mesma, será concedida a prorrogação do primeiro benefício, descontados os dias de trabalho, se houver, ficando prejudicado o segundo benefício.

20.3.1 – Para isso, o órgão processante anotará no campo "Observações (Setor de Benefícios)" da CPM: "Houve DCB em dd/mm/aaaa", sempre que encaminhar a exame, requerentes passíveis de enquadramento nesta situação, e os setores administrativos de perícias médicas juntarão ao Laudo Médico-Pericial os antecedentes pertinentes, encaminhando-os à Perícia Médica.

20.4 – Conclusão nos casos de exame inicial de auxílio-doença com parecer favorável – neste caso será fixado obrigatoriamente, a DII e a DID.

21 – PENSÃO MENSAL VITALÍCIA EM PORTADORES DA SÍNDROME DE TALIDOMIDA

21.1 – Os portadores de deficiência física conhecida como "Síndrome de Talidomida", que requererem, terão pensão especial mensal vitalícia e intransferível concedida pelo Poder Executivo, de acordo com o contido nas Leis nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982, e Lei nº 8.686, de 20 de julho de 1993.

21.1.1 – Quanto à natureza, a dependência compreenderá: a incapacidade para o trabalho, a deambulação, a higiene pessoal e a própria alimentação, atribuindo-se a cada uma 0 (zero), 1 (um) ou 2 (dois) pontos respectivamente, conforme seja o seu grau: sem incapacidade, parcial ou total.

Obs: quando não houver repercussão na deambulação, higiene pessoal e alimentação – deverá ser fixado 1 (um) ponto para o trabalho.

21.1.2 – Esta pensão, é reajustável nas mesmas épocas e índices dos benefícios previdenciários, é de natureza indenizatória, não prejudicando eventuais benefícios de natureza previdenciária, e não poderá ser reduzido em razão de eventual aquisição de capacidade laborativa ou de redução de incapacidade para o trabalho, ocorridas após a sua concessão.

21.1.3 – Será acrescido automaticamente 25% no caso do portador somar 6 pontos na pontuação dos indicadores da natureza e grau da dependência (incapacidade) resultante da deformação física e tiver idade superior a 35 anos. MP nº 2129, de 23/06/01.

21.2 – Procedimentos a serem adotados quando do requerimento:

- a) o postulante solicita à Agência da Previdência Social os benefícios da Lei;
- b) o setor administrativo analisa a solicitação e, se verificar que a data do nascimento do requerente é anterior ao 01/01/1957, época em que houve o lançamento da droga na Alemanha, indefere-a de imediato. Se posterior a esta data encaminha a exame médico-pericial;
- c) o exame médico-pericial é feito em laudo específico, de acordo com procedimentos normativos, que será acompanhado de exames radiológicos dos segmentos afetados e, quando existirem razoáveis indícios de comprometimento dos órgãos respectivos, de exame oftalmológico e/ou otorrinolaringológico;

d) quando o exame médico-pericial constatar doenças, afecções ou seqüelas físicas, diagnosticadas como não relacionadas ao uso da talidomida, tais como, a Doença de Down, déficits ou comprometimentos mentais severos isolados, seqüelas de Heine Medim, amputações traumáticas típicas, entre outras, o indeferimento será também imediato;

e) caso contrário, o processo devidamente instruído e preenchendo todos os requisitos acima mencionados será encaminhado ao Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade da Gerência-Executiva pólo da respectiva região (Região I,II,III,IV e V), conforme preceituado na ORIENTAÇÃO INTERNA INSS/DIRBEN Nº 59, de 04 de janeiro de 2002.

22 – PROCESSO DE OFÍCIO

22.1 – O processo de ofício será instaurado sempre que o Instituto tiver conhecimento de que o segurado encontra-se incapacitado para o trabalho e impossibilitado de se comunicar com a Instituição, sendo obrigatória, porém, a realização do exame médico-pericial para comprovação da alegada incapacidade.

22.2 – O processo de ofício é limitado às situações imediatas, no decurso das quais o Instituto tem ciência do fato, não se aplicando, pois, a situações pregressas.

22.3 – Nos casos de internação hospitalar será reconhecido o direito presumido ao benefício, pelo menos no período de internação, após os procedimentos próprios da perícia médica.

22.4 – Quando ocorrer internação hospitalar, após exame médico-pericial inicial com parecer contrário ou cessação do benefício em manutenção, será adotada a seguinte conduta:

22.4.1 – proceder ao exame médico-pericial, anotando, além dos elementos técnicos propriamente ditos, o número da guia de internação, seu órgão emissor, data, nome do médico com respectivo CRM, data da internação e data da alta hospitalar, se esta já houver ocorrido.

22.4.2 – Persistindo as mesmas condições verificadas no exame anterior, que gerou o parecer contrário ou a cessação do benefício, cabe a Perícia Médica, após a realização do exame, informar / orientar o segurado no sentido de aguardar, após a alta hospitalar, de ofício, a concessão do benefício correspondente ao período de internação, procurando, para esse fim, o setor onde se habilitou ao mesmo.

22.4.3 – A emissão da CPM, nestas circunstâncias, visará à manutenção da conclusão anterior, isto é, com resposta negativa ao quesito 1, preenchimento do quesito referente ao CID com código alfa numérico " Z54", *que corresponde ao diagnóstico genérico de " Convalescença"*, com inutilização dos demais quesitos. No espaço destinado a "Observações", (Setor Perícia) será apostado carimbo especificando: *"Instaurar Processo de Ofício, após alta hospitalar, para concessão do período de internação"*.

22.4.4 – Nos casos de intercorrência clínica e/ou traumáticas ou agravamento de patologia anterior, incapacitantes, proceder como na rotina dos casos favoráveis, descrevendo detalhadamente o quadro clínico, exames complementares com datas respectivas, fixando de modo claro a DII e o novo CID, se for o caso.

22.5 – A CREM não será emitida em nenhum caso de processo de ofício.

23 – AUXÍLIO PARA DESLOCAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

23.1 – O auxílio para exame médico-pericial, ou programa de reabilitação profissional fora do domicílio é devido ao beneficiário que, exclusivamente por exigência do Instituto, tiver de se submeter a exame médico-pericial ou a programa de reabilitação profissional em localidade diversa de sua residência.

23.1.1 – A concessão desse auxílio independe de período de carência.

23.2 – O auxílio será concedido "de ofício", por iniciativa do setor que o solicitar, e terá instruções sumaríssimas, que se limitará às providências indicadas neste ato.

23.3 – Sempre que a Perícia Médica considerar necessário o deslocamento do beneficiário para localidade fora de seu domicílio, a fim de ser submetido a exame ou programa de reabilitação profissional, deverá recomendá-lo ao Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade para análise.

23.4 – O valor do auxílio de que trata este ato consistirá em importância correspondente ao valor das despesas de transporte e a tantas diárias quantos forem os dias prováveis de permanência do beneficiário fora do local de sua residência.

23.5 – O valor da diária é variável de acordo com o valor do reajuste dos benefícios pagos pela Previdência Social.

23.5.1 – O valor será reduzido à metade quando não houver necessidade de pernoite e desde que o período de deslocamento, aí incluída a permanência, seja igual ou superior a 6 (seis) horas.

23.6 – Quando, de acordo com pronunciamento do GBENIN, as condições de saúde do beneficiário não lhe permitirem viajar só, bem como no caso de beneficiário menor, poderá ser autorizado, excepcionalmente, o pagamento de diárias e de transporte relativo a um acompanhante.

23.7 – Não cabe o pagamento de diárias quando o beneficiário for hospitalizado ou hospedado às expensas da Previdência Social.

23.7.1 – Neste caso, o pagamento ficará restrito ao período de duração do deslocamento em viagem, bem como ao do acompanhante, se for o caso.

23.8 – Quando do deslocamento do beneficiário, caberá ao setor de perícias médicas de origem preparar o pagamento de despesas de transporte e de, no máximo, cinco diárias.

23.9 – O pagamento ao beneficiário será efetuado antecipadamente, utilizando-se para este fim o "Recibo de Pagamento a Beneficiário -" RPB, devidamente assinado pela Chefia responsável no campo próprio do impresso.

23.9.1 – Entende-se como chefia responsável para autorizar o pagamento:

a) do serviço/seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade ou seu substituto;

b) a da Unidade de Reabilitação Profissional ou seu substituto (se for o caso);

c) o Chefe da Unidade de Execução Local ou da Agência da Previdência Social, ou seu substituto.

23.10 – O RPB será emitido em 5 (cinco) vias, que terão os seguintes destinos:

a) 1ª e 2ª. vias: Setor Financeiro;

b) 3ª via: Chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade;

c) 4ª via: Beneficiário;

d) 5ª via: Órgão Emissor.

23.11 – Na hipótese de prorrogação do prazo inicial, o pagamento dos dias excedentes será efetuado pelo Órgão do Instituto sediado na localidade de destino, observados os elementos constantes do RPB emitido pelo Órgão do Instituto do local do domicílio do beneficiário.

23.11.1 – Nessa hipótese, a 4a. via do RPB, que seria entregue ao beneficiário, será anexada à via equivalente pelo mesmo apresentada e remetida ao órgão encaminhante, para conhecimento da prorrogação do prazo.

23.11.2 – O pagamento das diárias decorrentes da prorrogação será preparado e efetuado, respectivamente, pelo setor de perícias médicas ou de reabilitação profissional e pelo setor financeiro do órgão que jurisdicione a localidade para a qual o beneficiário foi deslocado.

23.12 – O pagamento das despesas de transporte e das diárias de que trata este ato não depende de publicação e de empenho e onerará custos indicados em rubricas específicas, de acordo com as normas vigentes.

23.13 – Os órgãos emissores, mensalmente, providenciarão a remessa das 3ªs vias quitadas dos RPB emitidos no período, para a respectiva Chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade

23.14 – O exame médico-pericial ou o programa de reabilitação profissional que não possam ser realizados no próprio local de domicílio do beneficiário, deverão, sempre que possível, ser efetuados na localidade mais próxima, utilizando-se para o deslocamento o meio de transporte mais econômico, levados em conta o estado de saúde do beneficiário e as condições locais.

23.14.1 – Nos casos especiais, em que deva ser utilizado o transporte aéreo, a passagem será providenciada pelo Instituto, devendo ser anotada no RPB, no campo referente às despesas de transporte, a expressão "passagem fornecida" seguida do número da passagem e do nome da empresa de aviação.

23.15 – O beneficiário deverá comparecer ao local de destino até o dia seguinte ao do recebimento das diárias, munido, conforme o caso, dos documentos abaixo relacionados, devidamente preenchidos, contidos em envelope fechado, no qual constará indicação detalhada do local de apresentação:

a) deslocamento para fins de exame médico-pericial: a(s) via(s) do(s) modelo(s) exame(s) requisitado(s). 4a. via do RPB;

b) deslocamento para fins de reabilitação profissional: 1a. via da "Guia de Encaminhamento à Reabilitação Profissional".

23.16 – No caso de permanência fora do domicílio superior a 30 (trinta) dias o beneficiário deverá ser esclarecido quanto à possibilidade de transferência do benefício ou da continuação do pagamento, através de procuração, no setor de origem.

23.17 – A Autorização para deslocamento de beneficiários, fora do âmbito estadual dependerá de aprovação prévia, em cada caso, da Divisão de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícia Médica e Reabilitação Profissional.

23.17.1 – Quando a localidade mais próxima situar-se em outro estado, poderá ser solicitada, *a priori*, à Divisão de Orientação e Uniformização de Procedimentos de Perícia Médica e Reabilitação Profissional, autorização para o deslocamento de todos os beneficiários que para ali devam ser encaminhados.

23.18 – Terminados os exames ou o programa de reabilitação profissional, será entregue ao beneficiário a documentação médica pertinente, em envelope fechado, com o qual retornará à localidade de origem, apresentando-se, imediatamente, ao setor que determinou o deslocamento.

23.19 – O Instituto não se responsabilizará por qualquer exame, nem pagará diárias ou indenizará despesas de transporte, se o beneficiário se deslocar sem prévia autorização da autoridade competente.

23.19.1 – Ocorrendo o óbito do beneficiário na localidade para a qual foi encaminhado, as despesas relativas ao preparo e à remoção do corpo para o local de sua residência ficarão a cargo do INSS.

23.20 – O exame fora de domicílio em caso de acidente de trabalho só se aplica aos casos em que, exclusivamente por exigência do INSS, o acidentado tiver de se deslocar para outra localidade diversa da sua residência, a fim de submeter-se a exame médico-pericial ou a programa de reabilitação profissional.

23.20.1 – A concessão deste auxílio será "de ofício", por iniciativa do setor que o julgar necessário e terá instrução sumarássima indicada neste Capítulo, independentemente de período de carência.

23.20.2 – Quando indispensável, em decorrência das condições de saúde do acidentado, a critério da Chefia local, poderá ser autorizada a viagem de 1 (um) acompanhante para o acidentado.

23.20.3 – Tratando-se de acidentado menor, o seu deslocamento deverá ser, sempre que possível, com 1 (um) acompanhante.

23.20.4 – O deslocamento do acidentado de uma para outra localidade do mesmo estado, para realização de programa de reabilitação profissional, dependerá de prévia anuência da respectiva Unidade de Reabilitação Profissional.

23.20.5 – Os demais procedimentos atenderão a rotina própria a ser fixada pela instituição.

23.20.6 – Quando do deslocamento do acidentado, caberá ao setor de origem preparar o pagamento das despesas de transporte e de, no máximo, 5 (cinco) diárias, através do formulário Pagamento de Auxílio para Deslocamento de Acidentado (PADA), emitido em 5 (cinco) vias, devidamente autorizado pela Chefia responsável.

23.20.7 – Ocorrendo a necessidade da permanência do segurado além dos 5 (cinco) dias, serão pagas mais tantas diárias quantos forem os dias que excederam o prazo inicialmente previsto.

23.20.8 – As 5 (cinco) vias do formulário PADA terão o seguinte destino:

- a) 1ª e 2ª vias ao Setor Financeiro;
- b) 3ª via à chefia do Serviço/Seção de Administração da Perícia Médica;
- c) 4ª via ao acidentado;
- d) 5ª via ao órgão emissor.

23.20.9 – O valor da diária periodicamente divulgado será o vigente na localidade para onde for deslocado o acidentado, sendo reduzido à metade quando não houver necessidade de pernoite e desde que o período de deslocamento, aí incluída a permanência, seja igual ou superior a 6 (seis) horas.

23.20.10 – Quando houver necessidade de acompanhante será devido o pagamento das despesas de transporte e de estada a que fizer jus.

23.20.11 – O pagamento do auxílio a que faz jus o acidentado do trabalho e, quando for o caso, o seu acompanhante, será feito independente de publicação e, sempre que possível, em espécie, onerando esta despesa o custo 9266, o qual deverá constar no respectivo campo da PADA, não havendo necessidade de ser informado o campo "Grupo".

23.20.12 – O pagamento das diárias decorrentes da prorrogação será preparado e efetuado, respectivamente, pela Reabilitação Profissional, ou pela Perícia Médica, da localidade de destino e pelo Setor Financeiro do órgão para o qual o acidentado foi deslocado.

23.20.13 – Neste caso, a 4ª via que seria destinada ao acidentado será remetida ao órgão encaminhante, para conhecimento da prorrogação do prazo.

23.20.14 – O exame ou programa deverá ser efetuado, sempre que possível, na localidade mais próxima, utilizando-se o transporte mais econômico, levando em conta o estado de saúde do acidentado e as condições locais.

23.20.15 – Nos casos que for indicado o transporte aéreo, a passagem será fornecida pelo INSS.

23.20.16 – O acidentado deverá comparecer ao local de destino até o dia seguinte ao do recebimento das diárias, munido da 4ª e 5ª vias do formulário PADA, contidas em envelope fechado, no qual constará indicação detalhada do local de apresentação.

23.20.17 – No verso de todas as vias da PADA, deverá constar o recebimento por parte do segurado.

23.20.18 – Ocorrendo a morte do segurado na localidade para onde foi encaminhado, as despesas relativas ao preparo e a remoção do corpo para o local de sua residência, ficarão a cargo do INSS.

23.20.19 – Terminados os exames ou cessado o programa, será entregue ao acidentado o relatório médico em envelope fechado, com o qual se apresentará na localidade de origem, no menor prazo possível.

23.20.20 – O acidentado em programa de reabilitação profissional, quando hospedado às expensas do INSS, não fará jus a diárias durante o período de hospedagem.

23.20.21 – Nesse caso, o pagamento ficará restrito ao período de duração do deslocamento, inclusive do acompanhante, se for o caso.

23.20.22 – Não serão pagas diárias nem indenizadas despesas de transporte se o acidentado se deslocar sem prévia autorização do INSS.

23.20.23 – Quando a duração prevista para o deslocamento fora do domicílio for superior a 30 (trinta) dias, o segurado deverá ser esclarecido quanto à possibilidade de transferência do seu benefício ou da continuação do pagamento, através de procuração, no setor de origem.

23.20.24 – A Chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade exercerá o necessário controle da concessão deste auxílio, a ser feito pela análise da 3ª via da PADA.

24 – EXAMES MÉDICOS FORA DA JURISDIÇÃO NA AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E TRANSFERÊNCIA DE BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE EM MANUTENÇÃO.

24.1 – A solicitação de exame médico-pericial em Agência da Previdência Social diversa daquela a que está vinculado o segurado, deverá originar rotina especial de atendimento.

24.1.1 – O setor de benefícios verificará se a solicitação é cabível e, sempre que possível, informará o tipo, a ordem e a fase do exame. A seguir, encaminhará o segurado ao setor de perícias médicas, se for o caso.

24.1.2 – O setor de perícias médicas realizará o exame e preencherá o laudo, sem proferir conclusão.

24.1.3 – Na hipótese de o exame não revelar existência de incapacidade, o médico-perito científicará verbalmente o segurado do fato.

24.1.4 – O laudo será remetido à agência competente, cujo setor médico-pericial proferirá a conclusão.

24.2 – A transferência de auxílio-doença em manutenção somente ocorrerá quando da mudança do interessado para outra jurisdição ou localidade.

24.2.1 – Sempre que se tratar BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE o órgão de destino, ao receber o pedido de transferência, requisitará ao órgão de origem os antecedentes médico-periciais, cabendo aos setores de Perícias Médicas dar prioridade no atendimento.

25 – RECURSOS ÀS JUNTAS DE RECURSOS E ÀS CAMARAS DE JULGAMENTO

25.1 – O Conselho de Recursos da Previdência Social - CRPS, colegiado integrante da estrutura do Ministério da Previdência Social, é órgão de controle jurisdicional das decisões do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, nos processos de interesse dos beneficiários e dos contribuintes do Seguro Social, em relação às contribuições de competência do INSS.

25.2 – O CRPS é constituído por 18 Juntas de Recursos e seis Câmaras de Julgamento e compreende as seguintes instâncias recursais:

I – Primeiro Grau – Juntas de Recursos (JR), com a competência de julgar recursos interpostos contra as decisões prolatadas pelos órgãos regionais do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, em matéria de interesse de seus beneficiários e contribuintes;

II – Segundo Grau – Câmara de Julgamento (CaJ), com a competência de julgar em última instância, os recursos interpostos ou ato normativo:

a) as Câmaras de Julgamento reunidas constituem o Conselho Pleno, órgão normativo do CRPS, ao qual compete uniformizar a jurisprudência administrativa previdenciária através da emissão dos respectivos enunciados;

b) as Câmaras de Julgamento não podem conhecer de recursos sobre matéria definida como enunciado pelo CRPS em sua composição plena.

25.3 – Quando inconformado com a conclusão médico-pericial, é facultado ao requerente recorrer às instâncias superiores da via recursal administrativa da Previdência Social.

25.4 – O prazo para interposição de recursos é de 15 (quinze) dias, e de quinze dias para o oferecimento de contra-razões, aos dois graus do CRPS, contados da ciência da decisão de cessação ou do indeferimento do benefício.

25.4.1 – Na hipótese de cessação do benefício (DCB), o prazo para interposição do recurso será contado:

- a) da ciência da conclusão contrária
- b) da DCB

c) do término do pagamento das mensalidades de recuperação, quando for o caso, desde que não tenha sido interposto recurso quando do conhecimento das mensalidades de recuperação reduzida

25.4.2– Uma vez verificado que o recurso foi apresentado dentro do prazo (chamado recurso tempestivo), o setor processante encaminhará o processo ao Setor de Perícia Médica que julgou cessada a incapacidade, a fim de ser realizado exame médico pericial por junta médica constituída por dois médicos peritos, e ser exarado parecer conclusivo.

25.5 – A montagem de processo em observância a atos normativos próprios é de competência da área de Benefícios das APS/UAA

25.5.1 – Para os fins previstos nesse subitem, será necessário a anexação de:

a) requerimento do interessado e suas razões recursais.

b) impresso discriminando todos os benefícios requeridos;

c) antecedentes médico-periciais

d) formulário do parecer da Perícia Médica com cabeçalho preenchido em duas vias e onde será emitida a conclusão médico pericial e sua fundamentação técnica.

26 – ASSESSORAMENTO À JR / CRPS

A Perícia Médica do INSS fará uma reavaliação da capacidade laborativa do segurado, por uma Junta Médica composta de no mínimo de dois profissionais área médica, sendo que no mínimo um deve ser servidor do quadro permanente do INSS (na insuficiência de recursos do RH, o segundo médico da Junta poderá ser pertencente à Órgãos Públicos, Municipais, Estaduais ou Federais; ou credenciado), mediante novo laudo com preenchimento da Conclusão Médico Pericial – CPM. O parecer técnico conclusivo será emitido pela junta médica da APS/UAA conforme instruções contidas em ato vigente.

Emitir parecer claro, congruente e explícito em linguagem de entendimento comum, especialmente quando negar direitos, conforme preceitua o texto da Lei nº 784 de 29 de janeiro de 1999, precisamente no parágrafo 1º do art. 50.

Nota– Nos casos de dúvida, e especialmente nos de divergência entre os pareceres, deverão ser feitos os devidos esclarecimentos para que não ocorra interpretação questionável quanto à capacidade laborativa do segurado. Nos casos de cessação de benefício, informar a Data de Cessação do Benefício (DCB) e nos casos de concessão informar a Data do Início da Doença (DID), Data do Início da Incapacidade (DII) e se a doença é isenta de período de carência..

26.1 – A Junta Médica da APS/UAA para instrução de recurso, no caso de parecer favorável onde deverá constar a fundamentação da conclusão, preencherá a CPM em duas vias, anexando uma delas aos antecedentes médico-periciais e a outra aos autos do processo encaminhando-o ao Setor de Benefícios.

26.2 – A Junta Médica da APS/UAA para instrução de recurso, no caso de parecer contrário, fundamentará as razões da conclusão médico-pericial e preencherá a CPM em

duas vias, anexando uma delas aos antecedentes médico-periciais que serão arquivados e a outra será anexada aos autos do processo que será encaminhado JR/CRPS.

26.2.1 – Ao perito encarregado da instrução do processo, caberá apenas pronunciar-se quanto ao aspecto médico, não devendo manifestar-se sobre o direito, ou não, à concessão ou manutenção de um benefício, evitando também fazer apreciações sobre os aspectos legais, ainda que deles seja conhecedor.

26.2.1.1 – Quando o caso não estiver suficientemente esclarecido, a Perícia Médica poderá requisitar os exames que julgar indispensáveis, para elucidar a situação do segurado.

26.2.2 – Nos casos de dúvida, e especialmente nos de divergência entre os pareceres, deverão ser feitos os devidos esclarecimentos para que não ocorra interpretação questionável quanto à capacidade laborativa do segurado. Nos casos de cessação de benefício, informar a Data de Cessação do Benefício (DCB) e nos casos de concessão informar a Data do Início da Doença (DID), Data do Início da Incapacidade (DII) e se a doença é isenta de período de carência.

27 – AS DECISÕES DE JR E DAS CAJ PODEM SER:

- a) diligência;
- b) não-conhecimento do recurso (negar provimento);
- c) conhecimento do recurso: com provimento parcial ou total.

27.1 – Havendo determinação da realização de diligências por parte da JR/CRPS, esta será cumprida pelo médico do quadro de pessoal, designado Assistente Técnico por nomeação expressa da Diretoria de Benefícios/Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade (CGBENIN), através de Portaria, a qual indicará também um suplente para atuar nos impedimentos do titular.

28 – CONVÊNIOS

28.1 – O Instituto Nacional do Seguro Social fará convênio com empresas, sindicatos e entidades de aposentados para o processamento e pagamento de benefícios previdenciários e acidentários, e realização de exames médico-periciais.

28.1.1 – A prestação de serviços aos beneficiários, em regime de convênios entre o INSS e as empresas, sindicatos ou entidades de aposentados devidamente legalizadas, poderá abranger os seguintes serviços:

- a) processamento e pagamento de benefícios previdenciários e acidentários, sua preparação, instrução e acompanhamento do processo até o encerramento ou retorno da responsabilidade para o INSS;

b) realização de perícias médicas e de exames complementares necessários à concessão de benefícios previdenciários que dependam de avaliação da capacidade laborativa;

c) pagamento de salário-família ao trabalhador avulso em atividade, pelo respectivo sindicato ou Órgão Gestor de Mão-de-Obra (OGMO).

28.2 – O convênio que incluir o processamento e pagamento de benefícios por incapacidade deverá, também, abranger a realização dos exames médico-periciais previstos na alínea *b* do subitem 28.1.1

28.3 – Os convênios poderão ser de âmbito nacional, regional ou local, abrangendo 1 (uma) ou mais localidades em que se situem as unidades da convenente.

28.3.1 – Entende-se por convênio de âmbito nacional o que abranger mais de 1 (um) estado; regional, o que compreender mais de 1 (uma) cidade em um mesmo estado; e, de âmbito local, o que se referir a 1 (uma) localidade.

28.3.2 – O convênio local poderá compreender várias localidades, desde que situadas na mesma área urbana.

28.3.3 – Todas as unidades da convenente situadas no mesmo perímetro urbano deverão ser abrangidas pelo convênio.

28.4 – O embasamento legal é o contido nas Resoluções INSS/PR nºs 170, de 30 de agosto de 1993, e resolução INSS/PR nº 203 de 27 de abril de 1994, que aprova as normas para celebração e execução de convênios com empresas, sindicatos e entidades de aposentados, para processamento e pagamento de benefícios previdenciários e acidentários e realização de exames médico-periciais.

28.4.1 – O médico perito do convênio não deverá manter vínculo empregatício com a empresa convenente, devendo se enquadrar na categoria de profissional autônomo. As perícias médicas serão realizadas pelo médico credenciado da empresa de modo a instruir pedido de auxílio-doença, ficando a cargo do Instituto os exames médico-periciais de interposição de recursos, assim como os exames de revisão.

28.4.1.1 – O nome do profissional médico será submetido ao INSS para o treinamento próprio, aprovação e controle.

28.4.1.2 – Nos locais onde a convenente não dispuser de recursos médicos, o INSS, excepcionalmente, poderá encarregar-se da realização dos exames médico-periciais, ouvido o órgão técnico competente.

28.5 – Cabe ao INSS através dos seus setores específicos a verificação das instalações, recursos técnicos e materiais da empresa e sindicatos interessados observando se são satisfatórias e atendem às exigências da Instituição.

28.5.1 – Caberá à chefia de Serviço/Secção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade, verificar as condições de atendimento dos consultórios destinados aos exames médico-periciais, propiciar treinamento aos médicos dos convênios, fornecer-lhes todos os Manuais, Normas e rotinas necessárias ao bom desempenho de suas atividades, homologar os laudos por eles realizados, autorizar a realização de exames complementares, quando for o caso, e fazer a análise qualitativa do seu trabalho.

28.5.2 – Sempre que julgar necessário, o INSS poderá convocar os empregados da conveniente para submetê-los a outros exames médico-periciais, ou complementares.

CAPÍTULO III

1– ACIDENTE DE TRABALHO E DOENÇA PROFISSIONAL

1.1 – Acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício de trabalho a serviço da empresa, ou ainda pelo exercício de trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporariamente.

1.1.1 – Outras entidades mórbidas consideradas como acidente de trabalho nestes termos:

a) doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação de que trata o Anexo II do Decreto nº 3.048/99;

b) doença de trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, desde que constante da relação mencionada na alínea.

1.1.2 – Não serão consideradas como doença de trabalho:

a) a doença degenerativa;

b) a inerente a grupo etário;

c) a que não produz incapacidade laborativa;

d) a doença endêmica adquirida por segurados habitantes de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

1.1.2.1 – Em caso excepcional, constatando-se que a doença, não incluída na relação prevista nas alíneas a e b do subitem 1.1.1, resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente de trabalho.

1.1.3 – Equiparam-se também ao acidente de trabalho, para efeito deste capítulo:

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

II – o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário de trabalho, em conseqüência de:

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

b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho;

- c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, ou de companheiro de trabalho;
- d) ato de pessoa privada do uso da razão;
- e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos decorrentes de força maior.

III – A doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;

IV – O acidente sofrido, ainda que fora do local e horário de trabalho:

- a) na execução de ordem ou na realização de serviços sob a autoridade da empresa;
- b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) em viagens a serviço da empresa, inclusive para estudo, quando financiada por esta, dentro de seus planos para melhor capacitação de mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, até mesmo com veículo de propriedade do segurado;
- d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado, desde que o segurado por interesse pessoal não tenha interrompido ou alterado o percurso.

1.1.3.1 – Entende-se por percurso o trajeto usual da residência ou do local de refeição para o trabalho, ou deste para aqueles.

1.1.3.2 – Nos períodos destinados à refeição ou descanso, ou por ocasião de satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local de trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

1.1.3.3 – Não é considerado agravamento ou complicação de acidente de trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às conseqüências do anterior- § 2º do Art. 21 da Lei 8.213/91.

1.1.3.4 – Considerar-se-á como dia do acidente, no caso de doença profissional ou de trabalho, a data de início da incapacidade laborativa para o exercício da atividade habitual, ou o dia da segregação compulsória, ou o dia em que for realizado o diagnóstico, valendo para esse efeito o que ocorrer primeiro.

1.1.3.5 – Será considerado agravamento de acidente de trabalho aquele sofrido pelo acidentado quando estiver sob a responsabilidade da Reabilitação Profissional.

1.2 – As prestações relativas ao acidente do trabalho serão devidas:

- a) ao empregado urbano e rural;
- b) ao trabalhador avulso urbano e rural;
- c) ao segurado especial.

1.2.1 – As prestações relativas ao acidente do trabalho, não são devidas:

- a) ao empregado doméstico;
- b) ao titular de firma individual urbana ou rural, ao diretor não-empregado, ao membro do conselho de administração de sociedade anônima, ao sócio-cotista, sócio-gerente, sócio-solidário e ao sócio de indústria que não tenha na empresa a condição de empregado;
- c) ao autônomo e equiparado;
- d) ao facultativo.

1.3 – A empresa deverá comunicar o acidente de trabalho à Previdência Social até o 1º dia útil seguinte ao da ocorrência e, em casos de morte, de imediato à autoridade competente, sob pena de multa variável.

1.3.1 – A comunicação deverá ser feita diretamente ao INSS por intermédio do formulário Comunicação de Acidente de Trabalho–CAT, emitido em 06 (seis) vias:

- a) 1ª via – ao INSS;
- b) 2ª via – ao segurado ou dependente;
- c) 3ª via – ao sindicato dos trabalhadores;
- d) 4ª via – à empresa;
- e) 5ª via– ao SUS;
- f) 6ª VIA – À DRT.

1.3.2 – A Comunicação de Acidente do Trabalho poderá ser feita também pela Internet;

1.3.3 – Na falta de comunicação por parte da empresa, pode formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nesses casos o prazo previsto no subitem 1.3.

1.3.4 – No caso de trabalhador avulso, a CAT será preenchida e assinada pela empresa tomadora de serviço. Para isso, tratando-se de acidente de trajeto, compete ao seu sindicato preencher e assinar a CAT, registrando nos campos “Empresa” e “CGC”, os dados referentes ao sindicato e no campo “Código de Atividade” aquele que corresponder à categoria do trabalhador.

1.3.4.1 – Se o acidente ocorrer no trajeto do sindicato para a residência é indispensável para caracterização do acidente o registro de comparecimento naquela entidade de classe.

1.3.5 – No caso de segurado especial a CAT será formalizada pelo próprio acidentado ou seu representante legal e, na falta, poderá ser emitida pelo médico de atendimento do sindicato ou classe.

1.3.6 – Quando do acidente resultar a morte imediata do segurado, a comunicação referida em 1.3 será feita diretamente ao INSS, o qual exigirá ainda:

- a) certidão de registro policial da ocorrência ou, se indispensável, cópia do inquérito policial;
- b) laudo de exame cadavérico ou documento equivalente;
- c) certidão de óbito;
- d) outros documentos que achar necessário.

1.4 – O acidente de que tratam os art. 19, 20, 21 e 23 da Lei nº 8.213/91 será caracterizado tecnicamente como acidente de trabalho sendo imprescindível o reconhecimento técnico do nexo entre a causa e o efeito:

I – Reconhecimento do Direito: por meio do setor administrativo, se reconhecerá o direito do segurado à habilitação do benefício.

II – Tecnicamente: através da Perícia Médica do INSS, que fará o reconhecimento técnico do nexo de causa e efeito entre:

- a) o acidente e a lesão;
- b) a doença e o trabalho;
- c) a *causa mortis* e o acidente.

1.4.1 – A fixação do nexo técnico com fins à percepção de benefício acidentário é de exclusiva competência do servidor da área médica do INSS e se dará nos casos de sugestão de afastamento com prazo superior a 15 dias, quando da realização do exame médico-pericial para a avaliação da capacidade laborativa.

1.4.2 – Para o estabelecimento do nexo técnico, em caso de dúvida deverá ser realizada a inspeção do local de trabalho, por servidor da área médica do quadro permanente do INSS.

1.4.3 – Para o estabelecimento técnico de nexo causal (diagnóstico), poderão ser observados os seguintes fundamentos:

- a) história clínica e ocupacional;
- b) resposta da carta de infortúnica;
- c) atestado médico da Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT/relatório do médico assistente ou do médico do trabalho da empresa;
- d) perfil profissiográfico/análise de função;

- e) Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);
- f) Prontuário Médico (Atestado de Saúde Ocupacional: Admissional, Periódico e/ou Demissional);
- g) vínculos empregatícios anteriores;
- h) vistoria ao posto de trabalho

1.4.4 – Tratando-se de trabalhador avulso ou segurados especiais, o estabelecimento técnico do nexa causal dar-se-á a contar do dia seguinte ao do acidente, quando será avaliada também a existência ou não da incapacidade laborativa.

1.4.5 – Quando da Inspeção do Local de Trabalho forem constatadas condições insalubres em que o trabalho se desenvolva, o servidor da área médico-pericial, por meio da Chefia Imediata, deverá providenciar comunicação formal das irregularidades ao Setor de Segurança e Saúde do Trabalho da respectiva DRT.

1.4.6 – O estabelecimento no nexa técnico somente deverá ocorrer após a habilitação do benefício acidentário e apenas quando for constatada a incapacidade laborativa.

1.4.7 – Nos casos de afastamento do trabalho por até 15 (quinze) dias, o segurado não será submetido a exame médico-pericial, devendo as CAT emitidas serem objeto apenas de registro para fins estatísticos e epidemiológicos (art. 336 do Dec. 3.048/99).

1.4.8 – Nos casos de morte decorrente de Acidente do Trabalho, a pensão acidentária será concedida após análise do Nexa Técnico pelo servidor da área médica, quando cumpridas as exigências legais.

1.5 – Em caso de acidente de trabalho, o acidentado e os seus dependentes têm direito, independentemente de carência, às seguintes prestações:

I – Quanto ao segurado:

- a) auxílio-doença;
- b) aposentadoria por invalidez;
- c) auxílio-acidente.

II – Quanto ao dependente:

- a) pensão por morte.

III – Quanto ao segurado e dependente:

- a) reabilitação profissional;
- b) acompanhamento de assistente social.

1.5.1 – O auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez decorrentes de acidente de trabalho não podem ser acumulados com auxílio-doença previdenciário ou com qualquer aposentadoria do Regime Geral de Previdência Social.

1.5.2 – O aposentado pelo Regime Geral de Previdência Social- RGPS que permanecer em atividade sujeita a este Regime, ou a ele retornar, não fará jus a prestação alguma da Previdência Social em decorrência do exercício dessa atividade, exceto ao salário família e à reabilitação profissional, quando empregado. (Redação dada pela MP nº 1.596-14, de 10/11/97, convertida na Lei nº 9.528, de 10/12/97.-§2º do Artigo 18 da Lei 8213/91).

1.6 – O auxílio-doença acidentário será dado ao acidentado que ficar incapacitado para seu trabalho por mais de 15 (quinze) dias, excetuando-se o do trabalhador avulso e segurado especial, que é contado do dia seguinte ao do acidente ou da data do afastamento do trabalho, quando este não for imediato ao acidente.

1.6.1 – Muitas vezes as conseqüências do acidente de trabalho não impedem o exercício profissional, mas o examinado é portador de doença incapacitante não relacionada com o acidente. Nessa situação, a Perícia Médica concede o benefício de modo habitual, mas observa no campo "justificativa de parecer" que tal concessão é realizada na espécie B-31 e não na espécie B-91.

1.6.2 – Da mesma maneira procederá a Perícia Médica que estiver examinando um segurado postulante a benefício previdenciário, ao verificar que a incapacidade laborativa do mesmo decorre de acidente do trabalho. Nessa situação, interrogará o quesito de "nexo" , concederá o auxílio-doença previdenciário e tomará providências para a confirmação do nexo técnico e, se confirmado, solicitará à empresa emissão da CAT.

Ao conceder o auxílio doença previdenciário deve-se justificar no campo " observações" , que será concedido o B-31 até que se defina o nexo técnico.

1.6.3 – O auxílio-doença cessará nas seguintes hipóteses:

a) conclusão médico-pericial contrária à manutenção do benefício;

b) abandono de tratamento: nesse caso o benefício cessará no dia seguinte ao último dia de benefício concedido. A sustação tem caráter administrativo, não cabendo a perícia médica emitir conclusão T2 em razão da permanência da incapacidade laboral.

c) morte do acidentado;

d) concessão de auxílio-acidente ou de aposentadoria por invalidez.

1.6.4 – A perícia médica comunicará os resultados dos exames médico-periciais de imediato ao acidentado, mediante a utilização do formulário Comunicação de Resultado de Exame Médico (CREM).

1.6.5 – O auxílio-doença será suspenso, administrativamente, nas seguintes hipóteses:

a) recusa de tratamento e/ou exame médico, exceto o tratamento cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos;

b) recusa de programa de reabilitação profissional;

c) não comparecimento do segurado após 60 (sessenta) dias da data da DCI.

Nota: Em todas as situações, o benefício será suspenso na data informada pelo Setor de Perícias Médicas a fim de que se cumpra o que dispõe o Art. 101 da Lei 8.213/91.

1.6.6 – O acidentado, em gozo de benefício por incapacidade, obriga-se, sob pena de suspensão do benefício, a se submeter a exame médico a cargo da Previdência Social, a processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, e a tratamento dispensado gratuitamente, exceto o tratamento cirúrgico e a transfusão de sangue que são facultativos.

1.6.7 – Se no exercício de várias atividades o segurado exercer a mesma profissão na empresa onde ocorreu o acidente do trabalho, será exigido o imediato afastamento das demais.

1.6.8 – Se o segurado que exercer mais de uma atividade se incapacitar definitivamente para uma delas, o auxílio-doença será mantido indefinidamente, não cabendo a transformação em aposentadoria por invalidez enquanto essa incapacidade não se estender às demais atividades.

1.6.9 – Após a cessação do Auxílio-Doença Acidentário, havendo inconformismo por parte do segurado, caberá interposição de recurso à JR/CRPS.

1.6.10 – Após a cessação do auxílio-doença, tendo o segurado retornado ao trabalho, se houver agravamento da doença ou lesão, poderá solicitar reabertura do benefício, mediante a apresentação de nova CAT, assinalando-se no "Campo 2 – Tipo de CAT" o item "Reabertura". Ao ser confirmado o agravamento, constatado pelo servidor da área médica, o benefício receberá o mesmo número do anterior. No caso de não aceitação por parte da Perícia Médica da CAT como sendo do Tipo "Reabertura", o Acidente ou Doença Ocupacional será considerado como "Inicial";

1.6.11 – Sempre que a duração do tratamento atingir o 15º dia, contado da data de afastamento do trabalho, e o médico assistente julgar que o acidentado ou portador de doença profissional e do trabalho não se encontra em condições de retornar à sua atividade, encaminhará o segurado no 16º dia de afastamento, ao Setor de Perícias Médicas do INSS, para fins de avaliação da incapacidade laborativa.

1.7 – O direito à aposentadoria por invalidez acidentária será devida ao acidentado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência.

1.7.1 – O valor da aposentadoria acidentária por invalidez do segurado que necessitar de assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25%, desde que se enquadre na relação das situações previstas no Anexo I do Decreto nº 3.048/99 .

1.7.2 – As aposentadorias por invalidez acidentária, com ou sem acréscimo de 25%, serão homologadas pelo Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade ou às APS/UAA que tiverem competência delegada.

1.7.3 – O aposentado por invalidez acidentária que se julgar apto a retornar à atividade, poderá solicitar a realização de nova avaliação médico-pericial. Verificada pela Perícia Médica a recuperação da capacidade de trabalho do aposentado, sua aposentadoria será cessada, podendo ser concedido, se for o caso, as Mensalidades de Recuperação nos mesmos moldes daquela concedida na aposentadoria previdenciária.

1.7.4 – Será cancelada a aposentadoria por invalidez, administrativamente, na data em que o segurado retornar voluntariamente à atividade.

1.8 – Direito ao auxílio-acidente – O auxílio-acidente será concedido como indenização ao segurado empregado, exceto o doméstico, ao trabalhador avulso e ao segurado especial quando, após consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar seqüelas definitiva que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia. (Redação dada pela Lei nº 9.528, de 10 de dezembro de 1997).

O Decreto nº 3.048/99, manteve os incisos I, II e III que existia na Lei nº 8.213/91 antes de sofrer as alterações implementadas pela Lei nº 9.528/97.

O art. 104 do Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, regulamenta que: O auxílio-acidente será concedido, como indenização, ao segurado empregado (exceto o doméstico), ao trabalhador avulso e ao segurado especial quando, após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar seqüela definitiva que implique:

I – redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exerciam e se enquadre nas situações discriminadas no Anexo III do referido Decreto;

II – redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exerciam e exija maior esforço para o desempenho da mesma atividade que exerciam à época do acidente; ou

III – Impossibilidade de desempenho da atividade exercida à época do acidente, porém permita o desempenho de outra, após processo de reabilitação profissional, nos casos indicados pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social.

O auxílio acidente mensal corresponderá a 50% do salário de benefício que deu origem ao auxílio-doença do segurado e será devido, até a véspera do início de qualquer aposentadoria ou até a data do óbito do segurado. (§ 1º do art. 86 da Lei nº 8.213/91).

1.8.1 – O auxílio-acidente será devido a contar do dia seguinte ao da cessação do auxílio-doença, independentemente de qualquer remuneração ou rendimento auferido pelo acidentado, vedada sua acumulação com qualquer aposentadoria. (Redação dada pela Lei nº 9.528, de 10 de dezembro de 1997).

1.8.2 – Nos casos de Doenças Profissionais ou do Trabalho, a concessão do auxílio-acidente fica condicionada à existência de seqüela permanente com substrato anátomo-funcional.

1.9 – O direito à Pensão por Morte será devida ao conjunto dos dependentes do segurado falecido em consequência do acidente de trabalho, a contar da data do óbito ou da decisão judicial para os casos de morte presumida.

1.9.1 – A pensão por morte somente será devida ao dependente inválido se for comprovada pela Perícia Médica a existência de invalidez a contar da data do óbito do segurado.

1.9.1.1 – Dependente inválido é aquele que por meio de exame médico-pericial, a cargo do INSS, for considerado total e definitivamente incapaz para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência.

1.9.1.2 – São dispensados do exame médico-pericial o dependente maior de 60 (sessenta) anos e dependente aposentado por invalidez.

1.10 – O acidente de qualquer natureza ou causa é aquele de origem traumática e por exposição a agentes exógenos (físicos, químicos e biológicos) que acarrete lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda, ou a redução permanente ou temporária da capacidade laborativa (Parágrafo Único do art. 30 do Decreto nº 3.048/99).

1.11 – O segurado acidentado do trabalho faz jus aos serviços de Reabilitação Profissional e acompanhamento de Assistente Social.

1.11.1 – O segurado em gozo de auxílio-doença, suscetível ou não de recuperação para a sua atividade habitual, quando indicado deverá submeter-se a programa de reabilitação profissional para o exercício da mesma ou de outra atividade, não cessando o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não-recuperável, será aposentado por invalidez.

1.12 – As decisões relativas à prestação por acidente de trabalho serão proferidas e comunicadas ao segurado beneficiário:

- a) inexistência de nexos causa e efeito entre o acidente e a lesão, entre a doença e o trabalho, causa morte/acidente;
- b) indeferimento de auxílio-doença;
- c) inexistência de lesão/agravamento que justifique a reabertura do acidente;
- d) cessação de auxílio-doença e concessão de auxílio-acidente;
- e) cessação de auxílio-doença e concessão de aposentadoria por invalidez com ou sem necessidade de assistência permanente de outra pessoa;
- f) concessão de auxílio-doença;
- g) cessação de aposentadoria por invalidez.

1.13 – A comunicação de acidente do trabalho deverá ser registrada, quando não efetuada pela Internet, na Agência da Previdência Social que jurisdiciona a localidade onde está situada a sede da empresa ou filial, salvo nas seguintes situações:

a) se o empregado sofrer acidente fora da localidade onde se situa a sede da empresa ou sua filial, poderá este ser registrado no órgão do INSS da localidade onde ocorreu o evento;

b) se o empregado residir e trabalhar em localidade diferente da sede da empresa ou sua filial, o acidente poderá ser registrado no órgão local do INSS, que providenciará a notificação à empresa por meio da APS/UAA da jurisdição da mesma.

1.13.1 – Cabe ao INSS cooperar na integração com outras instituições, avaliando os dados estatísticos e repassando informações aos outros setores envolvidos na atenção à Saúde do Trabalhador com subsídios à DRT e à Vigilância Sanitária.

1.13.2 – O marítimo acidentado fora de sua sede de trabalho deverá ser imediatamente encaminhado aos setores próprios do Sistema Único de Saúde – SUS, para tratamento e constatação da necessidade do desembarque. Nessa situação caberá à empresa comunicar o acidente. O comandante do navio, ciente da necessidade do desembarque do tripulante acidentado, informará a empresa e esta providenciará junto à Capitania dos Portos a regularização do desembarque. O acidente será registrado no local de desembarque.

Nota: O aqui disposto aplicar-se-á aos acidentes ocorridos com os aeronautas, os aeroviários, ferroviários e assemelhados.

1.13.3 – Por ocasião do registro, o acidente será classificado de acordo com a seguinte codificação:

- (01) – acidente típico;
- (02) – doença profissional ou do trabalho;
- (03) – Acidente de trajeto.

1.14 – Avaliação da capacidade laborativa.

1.14.1 – Durante os primeiros 15 dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença ou acidente, cabe à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário.

1.14.2 – Quando a incapacidade ultrapassar 15 dias, o segurado será encaminhado à Perícia Médica para avaliação da capacidade laborativa e estabelecimento de nexos técnico.

1.14.3 – Em se tratando de trabalhador avulso e segurados especiais cujo o auxílio doença será devido a partir do dia imediatamente seguinte ao do acidente, o exame médico-pericial, para a avaliação da incapacidade laborativa deverá ser, obrigatoriamente, realizado no dia do afastamento do trabalho, quando também será estabelecido o nexos técnico.

1.14.4 – Nos casos de segurados que se encontram hospitalizados ou impedidos de se locomover, a avaliação médico-pericial será realizada no hospital ou residência.

1.15 – A reabertura do benefício decorrente de acidente do trabalho será devido ao acidentado quando, após a consolidação das lesões, tenha ocorrido retorno ao trabalho e agravamento do acidente ou da seqüela.

1.15.1 – A reabertura de Acidente de Trabalho poderá ocorrer independentemente de limitação de tempo em relação à data inicial do acidente/doença, devendo ser identificada, no quadro 2, quanto ao Tipo de CAT como "CAT de Reabertura".

1.15.2 – Concluindo-se favoravelmente pela reabertura do acidente, obrigatoriamente deve-se fixar a nova Data de Início de Incapacidade (DII) , para permitir ao setor administrativo fixar a data do restabelecimento do pagamento do benefício (nova DIB).

1.16 – O acidentado ou portador de doença profissional e do trabalho será encaminhado a Perícia Médica do quadro permanente do INSS para fins de avaliação da incapacidade laborativa e fixação do nexu técnico, conforme atos normativos.

1.16.1 – Compete a Perícia Médica do quadro permanente do INSS a avaliação da incapacidade laborativa para fins de concessão de benefício ou de reabertura de acidente do trabalho e o estabelecimento do nexu entre acidente e lesão, doença e trabalho, *causa mortis* e acidente.

1.17 – Nos casos de acidentes típicos e Doenças Profissionais e as do Trabalho com parecer favorável, poderá ser realizada inspeção do local de trabalho pela perícia médica do quadro permanente do INSS, mediante emissão de Relatório de Vistoria.

1.18 – A conclusão da Perícia Médica, em qualquer situação, será comunicada ao segurado por meio do formulário Comunicação de Resultado de Exame Médico (CREM) no PRISMA e por meio do formulário CRER, no SABI.

1.19 – Ação Regressiva – nos casos de negligência das Normas Regulamentadoras (NR), da Portaria nº 3.214 do MTE relativas à segurança e higiene do trabalho, indicadas para a proteção individual e coletiva, comunicada a DRT, o INSS proporá ação regressiva contra o responsável, em conformidade com o art. 341 do Decreto nº 3.048/99.

1.19.1 – Os GBENIN deverão manter entendimentos com a respectiva Procuradoria do INSS objetivando a eventual instrução inicial da proposição de Ação Regressiva contra o responsável, inclusive nos casos em que, em decorrência do acidente, particularmente resultar:

a) a morte;

b) grande seqüela;

c) casos de incidência repetida, em uma mesma empresa, de doença profissional ou do trabalho.

1.19.2 – Tratando-se de doença profissional ou de trabalho que acometa, simultaneamente grupo de segurados em uma mesma empresa, tão logo se restabeleça a normalidade dos exames de controle usados na avaliação da incapacidade, o benefício será cessado e, não estando ainda interdita a área de risco e se tal medida for necessária, adotar-se-ão providências quanto a isso junto à DRT, bem como as recomendações contidas no subitem 1.19 – Ação Regressiva, deste capítulo.

1.19.3 – Enquanto perdurar a interdição, compete ao empregador pagar a remuneração mensal de seus empregados.

1.20 – Disposições Gerais sobre Acidente do Trabalho – As ações referentes às prestações por Acidente do Trabalho prescrevem em 5 anos, observado o disposto no RBPS, contados da data:

a) do acidente, quando dele resultar a morte ou incapacidade temporária, verificada esta em Perícia Médica do quadro permanente do INSS;

b) reconhecimento pela Previdência Social da incapacidade permanente ou agravamento.

1.20.1 – O segurado que sofreu acidente de trabalho tem garantido, pelo prazo de 12 meses, a manutenção do seu contrato de trabalho na empresa após a cessação do auxílio-doença acidentário, independentemente da percepção do auxílio acidente (art. 346 do Decreto nº 3.048/99).

1.20.2 – O INSS deverá rever os benefícios, inclusive os concedidos por acidente do trabalho, ainda que concedidos judicialmente, para avaliar a persistência, atenuação ou agravamento da incapacidade para o trabalho alegada como causa para sua concessão (Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991, art. 71).

1.20.3 – Ainda que os benefícios tenham sido concedidos por sentença judicial, a Previdência Social pode cancelar administrativamente quando apurar que o segurado recuperou a capacidade para o trabalho, consoante determina o art. 71 da Lei nº 8.212/91. O auxílio-doença deve ser revisto de 6 (seis) em 6 (seis) meses e a aposentadoria por invalidez, bianualmente.

1.20.4 - Constatada a capacidade para o trabalho, o segurado deverá ser notificado, por escrito, para, se não concordar com a decisão apresentar defesa, provas ou documentos que dispuser, no prazo de trinta dias.

1.20.5 - Não apresentada a defesa no prazo estipulado ou se apresentada e considerada insuficiente para alterar a decisão da cessação do benefício com base no laudo da perícia médica, o INSS, deverá cientificar o segurado, por escrito, de que poderá interpor recurso à Junta de Recursos da Previdência Social no prazo de 15 dias.

1.20.6 - Caso o segurado não apresente recurso, dentro do prazo previsto no item anterior, seu benefício deverá ser cessado.

1.20.7 - Caso o segurado tenha interposto recurso, nos prazos previstos na legislação, e a decisão de última e definitiva instância seja a favor do INSS, o benefício deverá ser cessado.

CAPÍTULO IV

1 – ATUAÇÃO MÉDICO-PERICIAL PERANTE A JUSTIÇA

1.1 – A atividade médico-pericial é complexa e envolve aspectos múltiplos e por vezes a concessão ou não do benefício dependerá da decisão da Justiça. Isso ocorre quando um requerente inconformado com um ato denegatório do INSS entra como Reclamante/Autor em Juízo contra a Instituição. Esta, como Reclamada/Ré, por meio de sua Procuradoria, defender-se-á apresentando os argumentos que julgar necessários ao caso. Em muitas Ações Ordinárias, o que o requerente solicita está relacionado à atuação médico-pericial e os servidores da área médico-pericial do quadro permanente do INSS e/ou médicos credenciados para assessoramento específico, poderão ser indicados como assistente técnico pela Procuradoria do Instituto, em interação com o GBENIN, para responder quesitos e emitir parecer técnico.

1.2 – Para uma efetiva atuação, faz-se necessário que a Perícia Médica conheça e observe determinados procedimentos:

a) quando convocado a prestar esclarecimentos a respeito de fatos que tenha conhecimento por meio de sua atividade profissional, extra-institucional, deverá o assistente técnico designado comparecer em juízo e declinar à autoridade que está preso ao sigilo profissional;

b) na condição de assistente técnico deverá se pronunciar do modo mais completo possível na elaboração do laudo, respondendo aos quesitos formulados com clareza e precisão;

c) a linguagem utilizada nos processos é específica e diferenciada e os termos jurídicos, nem sempre familiares a Perícia Médica, muitas vezes confunde em lugar de esclarecer;

d) quando um profissional é indicado assistente técnico pelo INSS, o aspecto formal e o conteúdo do ofício de apresentação ao Meritíssimo Juiz de Direito Presidente do Feito (Justiça Federal, Vara de Acidente do Trabalho da Justiça Estadual) deve obedecer a parâmetros preestabelecidos, desde o tratamento dispensado à Autoridade, passando pela identificação desse profissional e sua designação para o Feito. Deverá ainda, nominar o segurado e a ação ordinária terminando com os agradecimentos pela nomeação e colocando-se à disposição para respostas a outros quesitos ou para dirimir dúvidas. O ofício mencionará a localidade e conterá assinatura e data;

e) proceder à análise minuciosa dos quesitos formulados na reclamatória para verificar:

e.1) se são pertinentes ao que está sendo solicitado na Ação Ordinária (às vezes a ação é referente a um benefício negado há dois anos, e os quesitos estão formulados para serem respondidos sobre a situação atual do segurado);

e.2) a resposta aos quesitos deve ser a mais completa possível: quando fizer uma afirmativa ou uma negativa deverá consubstanciá-la de forma completa, minuciosa, consistente e fidedigna;

e.3) o assistente técnico buscará nos antecedentes médico-periciais do segurado, geralmente arquivados no Setor de Perícia Médica da APS/UAA, os elementos necessários para responder aos quesitos. Convocará o segurado, por meio dos setores competentes, para examiná-lo e se for o caso solicitará todos os exames subsidiários indispensáveis para a resposta precisa ao que foi pedido. Ou ainda, comparecerá no local designado para a realização da perícia no dia e hora designados pelo MM Juiz.

1.3 – O profissional quando designado pelo Meritíssimo Juiz de Direito, após ter sido indicado pela instituição, deverá no momento em que assinar o termo de compromisso aceitando a designação para atuar como Assistente Técnico no Feito, observar o prazo determinado para responder aos quesitos formulados pelo Juízo ou pelas partes litigantes. Caso não haja possibilidade de cumpri-lo, fará contato com a Procuradoria a que está afeta a ação ou processo para que, em nome da instituição, solicite dilatação de prazo com a devida justificativa.

1.4 – O Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade das Gerências Executivas e mesmo as Agências da Previdência Social devem manter, com as respectivas Procuradorias ou com os representantes desta nos órgãos locais, o maior intercâmbio possível para dirimir dúvidas, uniformizar procedimentos, prestar e obter esclarecimentos com objetivo de entrosamento e qualificar ainda mais a atuação médico-pericial perante a Justiça.

2– INCAPACIDADE PARA OS ATOS DA VIDA CIVIL (INTERDIÇÃO E CURATELA)

2.1 – O conceito de incapacidade para os atos da vida civil é a impossibilidade de alguém pessoalmente reger sua vida e administrar seus bens.

2.2 – Como absolutamente incapazes para o exercício dos atos da vida civil, estão compreendidos, dentre outros, "os loucos de todo o gênero". Entende-se nessa situação os portadores de desequilíbrio de saúde mental que se enquadram no conceito de alienação mental.

2.2.1 – Considera-se alienação mental todo caso de distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, permaneça alteração completa ou considerável da personalidade, destruindo a autodeterminação e o pragmatismo e tornando o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho. Essa incapacidade é a de exercício ou de fato que não elide a capacidade de gozo ou de direito e é suprida pelo instituto da representação. O incapaz só pode exercer seus direitos através do respectivo representante legal.

2.3 – Conceito de Interdição é quando, considerado incapaz para exercer pessoalmente os atos da vida civil, o segurado for declarado interdito pela Justiça sendo-lhe nomeado um curador.

2.4 – Conceito de Curatela é a função que é dada a uma pessoa, por incumbência legal ou judicial, de zelar pelos bens e pelos interesses dos que por si próprios não o possam fazer. Para fins de curatela, nos casos de interdição de segurado ou despachante, o juiz poderá louvar-se no laudo médico do INSS.

2.5 – Quando a requisição é feita por autoridade judiciária deve-se fornecer de imediato, laudo médico-pericial, estando vedado, portanto, o fornecimento desse documento a quaisquer outras autoridades. Não obstante, solicitações de setores administrativos deverão ser encaminhadas à apreciação e à decisão final do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade

2.5.1 – Quando solicitado pelo representante legal do segurado, o INSS deverá fornecer cópia fiel dos documentos requeridos.

2.5.2 – Quando o juiz requisitar laudo do INSS, para os fins aqui previstos, o Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade emitirá cópia autêntica daquele documento. O laudo, após a expedição da cópia autêntica, será arquivado com os antecedentes do segurado. A cópia será então enviada à autoridade judiciária, em envelope fechado, de acordo com as rotinas de encaminhamento de cada setor, em caráter de urgência, com a respectiva guia de encaminhamento da qual constarão os dados de identificação do segurado/beneficiário.

2.6 – À Perícia Médica incumbe, tão somente e quando devidamente solicitada, a declaração de incapacidade. A interdição e a curatela são atos privativos da Justiça.

2.7 – As autoridades administrativas deverão abster-se de solicitar à Perícia Médica exames para fins de verificação de incapacidade para os atos da vida civil. Quando ocorrer necessidade absoluta dessa providência, as solicitações deverão ser devidamente justificadas e encaminhadas à Chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade

2.8 – A administração não está legitimada a promover a interdição, cabendo-lhe apenas levar o fato ao conhecimento dos parentes próximos ou do Ministério Público. Sempre que os Setores de Perícias Médicas concluírem pela incapacidade do segurado para os atos da vida civil, farão a comunicação para o setor administrativo do INSS.

2.9 – Avaliação dos surdos-mudos – no âmbito da Perícia Médica, fica também a avaliação de surdos-mudos, previsto no Código Civil como sendo incapazes para os atos da vida civil quando não tiverem condições de compreender ou se fazer compreendidos.

3 – A PERÍCIA MÉDICA E OS AERONAUTAS

3.1 – A competência para a comprovação da incapacidade para o trabalho, para fins de auxílio-doença nos casos de segurados aeronautas, é da Diretoria de Saúde da Aeronáutica, após exame do segurado por junta médica, da qual farão parte 02 (dois) médicos da Aeronáutica e 01 (um) servidor da área médica do quadro permanente do INSS, constituindo assim a Junta Mista Especial de Saúde da Aeronáutica (JMESA), conforme preceitua o § 2º do art. 4º do Decreto-Lei Nº 158, de 10 de fevereiro de 1967:

“A verificação e a cessação da incapacidade para o vôo serão declaradas pela Diretoria de Saúde da Aeronáutica, após exame médico do segurado feito por junta médica, da qual, fará parte, obrigatoriamente um médico da Previdência Social.”

3.2 – De acordo com as normas específicas da Diretoria de Saúde da Aeronáutica, incapacidade para o vôo é a que decorre da presença de lesão de órgão ou perturbação da função que impossibilite ao aeronauta o exercício de sua atividade habitual em vôo.

3.3 – A decisão da JMESA não está sujeita a alteração pelos órgãos próprios de perícias médicas do INSS, que apenas tomarão conhecimento da mesma e a encaminharão ao setor administrativo, como de rotina. Quando a Junta Mista considerar o aeronauta incapaz definitivamente para o vôo, o segurado passará a fazer exames nas APS/UAA do INSS, não havendo mais necessidade, nesses casos, da composição da JMESA, nas avaliações subseqüentes do segurado..

3.4 – A competência para indicar o servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS para participar da JMESA é da Chefia do Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade.

3.5 – O servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS receberá o equivalente a remuneração de execução de serviços externos todas as vezes que se deslocar para compor a JMESA.

3.6 – A concessão e a manutenção do auxílio-doença dos aeronautas deverá preferencialmente ser centralizada na APS que estiver incumbida do processamento desses exames, cujo critério de escolha poderá ser o da proximidade de bases aéreas na qual habitualmente tais exames são realizados.

3.7 – Sempre que a JMESA considerar indispensável a realização de exames complementares e/ou especializados para avaliação de incapacidade laborativa, estes poderão ser realizados em serviços próprios da Aeronáutica ou pelo INSS, a critério da JMESA, e em qualquer das opções a responsabilidade do ressarcimento caberá ao INSS.

3.8 – No requerimento de benefício após a habilitação na APS/UAA, o segurado será encaminhado a JMESA centralizada, conforme o item 3.6.

3.9 – A JMESA realizará o exame médico-pericial utilizando os formulários padronizados, CPM e LMP, devidamente preenchidos, devendo ser aposta a expressão "Aeronauta" no campo "Observações" da CPM.

3.10 – O encaminhamento para novo exame médico-pericial (Axn) para o JMESA obedecerá à rotina descrita nos subitens 3.6 e 3.9.

3.11 – A execução dos exames acima citados obedecerá às normas específicas da Diretoria de Saúde da Aeronáutica, usando inclusive formulários próprios para registro dos mesmos.

3.12 – O servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS, além da participação ativa no exame médico-pericial da JMESA, deverá observar os procedimentos que se seguem:

a) preencher o LMP com os dados essenciais do exame realizado pela JMESA, anotando no mesmo, no campo "Considerações" da CPM, os nomes dos componentes da junta;

b) preencher a CPM para todos os casos, de acordo com as normas próprias;

c) preencher a CREM e entregá-la ao segurado, quando for o caso;

d) entregar o laudo médico completo e uma cópia do parecer conclusivo da JMESA, bem como cópias dos resultados dos exames complementares realizados ao setor competente de Perícia Médica que processará a comunicação ao setor de origem, como de rotina.

3.13 – Nos Estados nos quais não existe JMESA, o setor local de benefícios encaminhará o mesmo à Perícia Médica mais próxima na qual, por meio de exame singular, será realizada a perícia médica com registro nos formulários próprios do Instituto, sem contudo ser proferida a conclusão.

3.13.1 – Após a realização do exame médico, o Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade encaminhará o relatório médico em envelope lacrado ao Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade mais próximo em que haja JMESA, para que esta efetue a análise e conclusão. Após a conclusão, o servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS, participante da junta, procederá de acordo com o subitem 3.12.

3.13.2 – Nesse caso, a comunicação do resultado do exame médico-pericial será feita pelo setor onde foi requerido o benefício.

3.14 – Sempre que a JMESA encarregada da análise de conclusão do exame referido no item anterior julgar conveniente, poderá requisitar a presença do segurado para exame, o que será feito por intermédio do servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS, componente da junta.

3.14.1 – A esses exames deverão ser aplicados, quando possível, as normas do INSS no que diz respeito ao pagamento do "Auxílio para Exame Médico-Pericial Fora do Domicílio".

3.15 – Quando nos casos de exames iniciais ou de prorrogação, o aeronauta estiver impossibilitado de se locomover, o setor local de benefícios onde for feita a requisição, comunicará o fato à Perícia Médica competente que providenciará a realização da perícia médica domiciliar, em exame singular e, em seguida, cumprirá os procedimentos constantes no subitem 3.13.

3.16 – Se no exame médico-pericial, a conclusão for pela existência de incapacidade para o vôo, caberá à Perícia Médica e o Orientador Profissional, avaliar a susceptibilidade do segurado de ser submetido a programa de reabilitação profissional.

3.16.1 – Havendo retorno do aeronauta para outra atividade, a Perícia Médica procederá de acordo com a rotina, como nos casos de segurados comuns.

3.16.2 – Havendo pronunciamento de que o aeronauta é insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, deverá ser fixado pela Perícia Médica limite indefinido.

3.17 – Os órgãos competentes da Diretoria de Saúde da Aeronáutica, ao realizarem o exame de saúde periódico dos aeronautas, terão a faculdade de, após considerar o aeronauta incapacitado para o vôo, encaminhá-lo com sua documentação pertinente de ofício à apreciação pela JMESA.

3.17.1 – A JMESA realizará a perícia médica nos moldes descritos anteriormente. No caso de concluir pela incapacidade para o voo, o segurado será orientado a requerer o benefício no setor próprio que procederá como já descrito em itens anteriores. O servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS procederá como no subitem 3.12. Se não houver incapacidade para o trabalho, o aeronauta será encaminhado de volta ao setor de medicina ocupacional da empresa.

3.18 – Nos casos de inconformismo por parte do aeronauta, relativo a uma decisão contrária à existência de incapacidade ou de cessação emitida pela JMESA, caberá recurso a instâncias superiores.

3.18.1 – O pedido será dirigido ao setor competente de benefícios na forma e no prazo em vigor no INSS para os pedidos de recurso.

3.18.2 – O exame será executado pela Perícia Médica do INSS na APS/UAA que for conveniente e de acordo com a rotina própria.

3.18.3 – Havendo reforma do parecer anterior, o caso será levado à apreciação da JMESA.

3.19 – Procedimento no caso de a JMESA pronunciar-se contrariamente à pretensão do segurado em face do Recurso – nessa situação caberá recurso à JR na forma e nos prazos previstos no ato próprio para os segurados em geral, exceto para os casos de volta ou afastamento da atividade aérea, cabendo às Juntas de Saúde do Ministério da Aeronáutica a decisão destes.

3.19.1 – Encaminhamento à Junta Superior de Saúde do Ministério da Aeronáutica nos casos de recursos às instâncias superiores (JR), mesmo antes da sua resolução, deverá o processo ser encaminhado, para apreciação, à Junta Superior de Saúde do Ministério da Aeronáutica.

3.20 – Compete à Coordenação Geral de Benefícios por Incapacidade o entendimento com a Diretoria de Saúde da Aeronáutica para que sejam dirimidas dúvidas por ocasionalmente suscitadas quanto a execução das tarefas mencionadas neste ato.

3.21 – Os casos de aviários, situação especial dos "Despachantes Operacionais de Voo" e "Mecânicos de Manutenção de Aeronaves", têm procedimento diverso:

3.21.1 – Os aviários integrantes destas carreiras, embora não sejam aeronautas, têm merecido particular atenção do Ministério da Aeronáutica, dada a importância de suas funções ligadas à segurança de voo.

3.21.2 – Esses profissionais são submetidos a controle periódico de saúde pelos serviços médicos das empresas e, quando julgados incapazes, ficarão impedidos de desempenhar a sua ocupação devendo ser orientados a requerer benefício no INSS.

3.21.3 – Quando submetidos a exame médico-pericial pelo INSS, para fins de concessão ou manutenção de auxílio-doença, as decisões do tipo contrário ou de cessação deverão ser analisadas e homologadas pelo servidor da área médico-pericial do quadro permanente do INSS componente na JMESA.

3.21.4 – Nas Gerências Executivas nas quais não houver a JMESA, a citada análise e homologação caberá ao Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade, ou por delegação, conforme atos normativos.

3.22 – À semelhança do que ocorre com os acidentados do trabalho, deverá o aeronauta acometido de acidente do trabalho, após receber alta do tratamento, ser encaminhado à JMESA que realizará o exame médico-pericial conforme legislação vigente.

4 – RELAÇÃO COM O CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO

4.1 – O Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) por meio dos Departamentos Estaduais de Trânsito (DETRAN) ou das Circunscrições Regionais de Trânsito (CIRETRAN), mantém intercâmbio com o INSS em determinadas situações para atender ao contido no Regulamento do Código de Trânsito (Decreto nº 62.127/68) de acordo com a Resolução nº 734/89 do CONTRAN, em vigor.

4.2 – O profissional da área médico-pericial deverá ter conhecimento das Categorias de Habilitação de Condutores de Veículos e exigências de acordo com o grau de dificuldade de condução que, quando não atendidas, freqüentemente levam o motorista a solicitar auxílio-doença.

4.2.1 – De acordo com o grau de dificuldade de condução os veículos automotores se agruparão nas seguintes categorias e classes, nos termos da Convenção sobre Trânsito Viário, firmada pelo Brasil em Viena, em 08 de novembro de 1968, aprovada pelo Decreto Legislativo nº 33, de 13 de maio de 1980, e promulgada pelo Decreto nº 86.714, de 10 de dezembro de 1981, Lei nº 10.847 de 20 de agosto de 1996, Resolução nº 734 de 31 de julho de 1989 do CNT (Conselho Nacional de Trânsito):

a) Categoria “A” – veículos motorizados de 2 (duas) ou 3 (três) rodas, motocicletas com ou sem *side-car*, providos de motor de propulsão;

b) Categoria “B” – Veículos motorizados que não os da Categoria "A", cujo peso máximo autorizado não exceda 3.500 Kg e não tenham mais de 8 (oito) lugares além daquele do condutor. Aqui se incluem automóvel de passeio, táxi, camionetas e ambulância;

c) Categoria “C” – veículos motorizados usados para transportar mercadorias e cujo peso máximo autorizado exceda 3.500 Kg;

d) Categoria “D” – veículos autorizados usados no transporte de passageiros e tendo mais de 08 lugares além daquele do condutor;

e) Categoria “E” – conjunto de veículos acoplados, cujo caminhão-trator esteja compreendido em qualquer das Categorias B, C ou D, para as quais o condutor esteja habilitado, mas que, pela sua natureza, não se incluem em nenhuma destas Categorias.

4.2.2 – São exigências médicas para habilitação de condutor de veículos:

a) Exame clínico geral;

- b) Avaliação da acuidade visual e auditiva;
- c) Avaliação da força (para Categorias A e B, força manual igual a 20 Kg e dorsal 40 Kg, e para as categorias C, D e E, força manual 30 Kg e dorsal 60 Kg);
- d) Motricidade e mobilidade e outros exames complementares ou especializados quando necessários e a critério médico.

I – Acuidade e campo visual:

- a) Para a direção de veículo da Categoria A:
AV: 0,80 no olho de melhor visão.
Avaliação perimétrica: limites satisfatórios – a isóptera horizontal igual a 140° em cada olho. Se for portador de visão monocular ou estrabismo, deverá ter AV :0,90 no olho com visão;
- b) Para a direção de veículo da Categoria B:
AV: a 0,66 nos dois olhos.
Avaliação perimétrica: limites satisfatórios – a isóptera horizontal igual a 140° em cada olho. Se for portador de visão monocular ou estrabismo, deverá ter AV: 0,90 no olho com visão;
- c) Para a direção de veículos das Categorias C, D e E:
AV: 0,66 nos dois olhos.
Avaliação perimétrica: limites satisfatórios – a isóptera horizontal igual a 140° em cada olho.

II – Visão cromática – identificação das cores verde, vermelha, amarela, azul e âmbar. Avaliação através das tábuas pseudoisocromáticas.

III – Visão estereoscópica – dentro dos limites normais.

IV – Adaptometria – dentro dos limites normais.

Nota : Para o médico-perito do INSS o importante é saber que um segurado com visão monocular poderá ser habilitado na Categoria B e trabalhar como profissional em táxis, ambulâncias e camionetas. Por esse motivo, não necessariamente precisará manter-se em auxílio-doença.

4.3 – A incapacidade para dirigir veículo automotor, declarada no laudo médico expedido pelos órgãos previdenciários para o condutor contribuinte, com vínculo empregatício ou não, será comunicada ao Departamento de Trânsito mediante ofício com comprovação de recebimento. O referido documento deverá ser anexado aos antecedentes médico-periciais no EAM no PRISMA e deve ser citado, no laudo médico-pericial do SABI, o número do ofício.

5 – INFORMAÇÕES RELACIONADAS COM O SEGURO COMPREENSIVO ESPECIAL DA APÓLICE DE SEGURO HABITACIONAL (SH)

5.1 – Serão prestadas, mediante uma Declaração de Invalidez, as informações solicitadas pelas Entidades Financiadoras do Sistema Financeiro da Habitação – SFH, para fins do Seguro Compreensivo da Apólice HABITACIONAL (Seguro Habitacional – SH), referente aos segurados aposentados por invalidez no INSS.

5.2 – A Declaração de Invalidez deverá ser preenchida pelo profissional da área médica do quadro permanente do INSS, de forma clara e concisa, informando as condições que levaram a perícia médica a declarar a incapacidade laborativa com limite indefinido, bem como constar a Classificação Internacional de Doença (CID). Será informada, pelo setor administrativo, a Data do Início do Benefício – DIB cabendo ao servidor responsável pela informação apor sua assinatura e carimbo funcional com sua matrícula, nome e código da unidade informante.

Nota: Deverá ser consignado a seguinte observação: “A aposentadoria por invalidez poderá vir a ser cancelada, se o aposentado retornar à atividade ou recuperar a capacidade laborativa, conforme os arts. 46 e 47 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.”

O formulário é emitido pela Entidade Financiadora/Estipulante, em 3 (três) vias, com a seguinte destinação:

a) a primeira via – será devolvida ao estipulante, depois de devidamente preenchida e assinada pelos setores do Órgão de Execução Local;

b) a segunda via – será arquivada na Perícia Médica, junto com os Antecedentes Médico-Periciais – AMP;

c) a terceira via – será arquivada em pasta própria, sob a guarda da Chefia da Agência da Previdência Social responsável pela homologação dos dados constantes na “Declaração de Invalidez”, ficando à disposição dos Setores de Inspeções e ou Auditorias.

5.4 – Ocorrendo a cessação da Aposentadoria por Invalidez, seja por parecer médico-pericial ou por retorno à atividade, obrigatoriamente a Chefia da Agência da Previdência Social, mantenedora do benefício, deverá comunicar o fato à Entidade Financiadora/Estipulante, mediante expedição de ofício.

5.5 – No caso de retorno à atividade por recuperação da capacidade laborativa, ocorrência de irregularidade ou fraude, a comunicação à Entidade Financiadora/Estipulante somente ocorrerá após a decisão dos órgãos recursais, caso haja interposição de recurso.

5.6 – Não é atribuição da perícia médica o atendimento de informações e preenchimento de formulários de empresas seguradoras privadas com fins de cobertura de seguros de acidentes pessoais ou de seguros de vida.

6 – AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE DE BENEFICIÁRIOS RESIDENTES NO ESTRANGEIRO, ABRANGIDOS POR ACORDOS INTERNACIONAIS

6.1 – Beneficiários estrangeiros residentes no Brasil.

6.1.1 – O segurado vinculado à Previdência Social do país acordante deverá solicitar benefício por incapacidade na APS/UAA mais próxima de sua residência.

6.1.1.1 – A APS/UAA agendará e encaminhará o segurado à exame médico-pericial.

6.1.1.2 – No cabeçalho do relatório médico deverá ser preenchido claramente o endereço do beneficiário, colocando em destaque "residente estrangeiro".

6.1.1.3 – O exame médico-pericial deverá obedecer a legislação previdenciária e demais instruções normativas vigentes.

6.1.1.4 – O relatório de exame médico-pericial deverá ser preenchido de forma completa e legível, sendo informada a Data do Início da Doença (DID) e a Data do Início da Incapacidade (DII).

6.1.1.5 – O processo, após a avaliação da Perícia Médica, deverá ser encaminhado ao Organismo de Ligação da respectiva gerência que transcreverá os dados contidos na CPM para o formulário de ligação do país acordante, em letra de forma ou datilografado, contendo o nome, a matrícula e o número do CRM do médico responsável.

6.2 – Beneficiários brasileiros residentes no estrangeiro.

6.2.1 – O segurado vinculado à Previdência Social Brasileira deverá solicitar benefício por incapacidade no Organismo de Ligação do País Acordante, que encaminhará ao Organismo de Ligação brasileiro.

6.2.1.1 – Os Serviços/Seções de Orientação e Manutenção do Reconhecimento de Direitos que funcionam como Organismos de Ligação nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e DF, ao receberem os pedidos de benefícios por incapacidade, oriundos do País Acordante de segurados originados destes Estados, irão protocolar e encaminhar o processo ao GBENIN para as devidas providências.

6.2.1.2 – O Serviço/Seção de Orientação e Manutenção do Reconhecimento de Direitos da Gerência Executiva de Brasília, receberá os pedidos de benefícios por incapacidade, oriundos de País Acordante de segurados dos demais Estados brasileiros, protocolando e encaminhando o processo ao GBENIN para as providências ao seu cargo.

6.2.1.3 – Após as providências o GBENIN devolverá para o Serviço/Seção de Orientação e Manutenção do Reconhecimento de Direitos – Organismo de Ligação.

6.2.1.4 – O Serviço/Seção de Orientação e manutenção do Reconhecimento de Direitos (Organismo de Ligação) encaminhará à APS/UAA.

6.2.1.5 – No caso de países não-acordantes, o laudo do exame médico realizado deverá ser registrado e traduzido no Consulado Brasileiro.

6.3 – Perícia Médica de segurado com benefício no Brasil e em trânsito no estrangeiro.

6.3.1 – O segurado antes de viajar deverá informar ao Órgão Mantenedor do benefício que irá se deslocar ao País Acordante.

6.3.2 – O Organismo de Ligação deverá solicitar o exame médico-pericial, por meio de ofício, ao País Acordante.

6.3.3 – O segurado em benefício por incapacidade temporária será avaliado no país acordante, que encaminhará o resultado ao Organismo de Ligação brasileiro.

6.3.4 – Recebendo o resultado, o Organismo de Ligação devolverá ao órgão local mantenedor que o solicitou.

6.3.5 – O segurado vinculado à Previdência Social Brasileira deverá solicitar benefício por incapacidade no Organismo de Ligação do País Acordante.

7. COMPREV - COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

7.1 - A necessidade do cumprimento da legislação quanto a efetivação da compensação financeira, entre o INSS gestor do Regime Geral de Previdência Social – RGPS e os cerca de 3.000 Regimes Próprios de Previdência Social de Estados, Municípios e Distrito Federal, tem provocado a procura por informações para o correto conhecimento das regras vigentes. Na regulamentação da matéria no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, foi utilizada a expressão compensação previdenciária, de forma a dar contornos mais efetivos a natureza das informações que são trocadas.

7.2 - A Lei 6.226/75, assegura ao trabalhador brasileiro o direito de computar os tempos de contribuição prestados a qualquer regime de previdência, junto ao Regime onde estiver vinculado ao completar as condições que nos termos da Constituição lhe asseguram o direito ao benefício.

7.3 - No âmbito da regulamentação da matéria pelo MPAS quando editou a Portaria Ministerial 6.209/99, passou-se a utilizar a denominação Compensação Previdenciária, enfatizou-se o caráter previdenciário das trocas de informações sobre direitos de cada servidor ou segurado.

7.4 - Novos conceitos foram introduzidos pela Lei de Compensações Previdenciárias, a seguir expostos:

7.4.1 - REGIME DE ORIGEM: É o Regime de Previdência para o qual houve contribuições referentes a Certidões de Tempo de Serviço ou Certidões de Tempo de Contribuição emitidas na forma da Lei de Contagem Recíproca que foram efetivamente utilizadas para a concessão de benefícios pelo Regime Instituidor.

7.4.2 - REGIME INSTITUIDOR: É o Regime de Previdência responsável pela concessão e pagamento dos benefícios que possuam tempo de contribuição na forma da Lei de Contagem Recíproca.

7.4.3 COMPENSAÇÃO: É o ajuste efetuado entre Regimes de Previdência, sendo que o Regime de Origem contribuirá com um percentual proporcional ao tempo, desde que certificado na forma da Lei de Contagem Recíproca, utilizado na concessão do benefício, enquanto for mantido pelo Regime Instituidor.

7.5 - Para a realização da operacionalização foi desenvolvido o Sistema de Compensação Previdenciária – Comprev , que desde abril de 2.000 registra via INTERNET os requerimentos que cada regime de previdência encaminha para os responsáveis pelas certidões de tempo de serviço/contribuição que foram efetivamente utilizadas na concessão de benefícios. A utilização do sistema como forma de troca de informações está prevista na Portaria Ministerial 6.209/99, bem como, a necessidade de assinatura de convênio entre o MPAS / INSS e os Entes Federativos que possuem Regimes Próprios de Previdência, devendo ser apresentada toda a legislação que caracterize a existência do Regime Próprio, permitindo a construção de um cadastro de todos os regimes de previdência existentes no País.

7.6 - Processo totalmente virtual, sem uso de papel;

7.7 - Apesar da Contagem recíproca existir de forma mais abrangente desde 1.975, a Lei 9796/99 somente reconheceu como passível de compensação os benefícios concedidos a partir da Constituição Federal de 5/10/1988, que se utilizaram de Certidão de Tempo de Serviço ou de Contribuição após a Emenda Constitucional 20/98. Portanto, foi excluída a possibilidade de compensação entre os regimes de previdência em relação aos benefícios concedidos antes da promulgação da Constituição.

7.8 - O legislador previu a realização de compensação nos casos de concessão de Aposentadoria por Tempo de Contribuição, Idade e Invalidez excetuada em relação a esta última os casos decorrentes de acidente do trabalho e das doenças que se enquadrem na lista do artigo 151 da Lei 8.213/91, situação em que haveria direito ao benefício mesmo que inexistisse contagem de tempo na forma da Lei de Contagem Recíproca.

7.9 - No caso das pensões, somente haverá compensação se a mesma for precedida de uma aposentadoria, o que excluiu a realização de compensação se o servidor falece em atividade. Além dos benefícios estarem enquadrados nas situações anteriores com direito a compensação, ainda teriam que estar em manutenção em 06/05/1999, com o que o legislador excluiu a possibilidade de compensação para todos os benefícios que tenham cessado no período anterior.

7.10 - A compensação previdenciária é um processo simples, haja vista que ao profissional da área médico-pericial, compete apenas verificar o enquadramento da situação de origem, documento vindo do Ente Federativo, dentre as patologias listadas através da Portaria Interministerial nº 2.998, de 23 de agosto de 2001.

CAPÍTULO V

APOSENTADORIA ESPECIAL

1 – RESUMO HISTÓRICO

1.1 - Criada pela Lei nº 3.807/60 a Aposentadoria Especial contemplava algumas atividades relacionadas nos Regulamentos da Previdência Social desenvolvidas sob condições insalubres, penosas ou perigosas, assim como contemplava as atividades exercidas sob a ação de determinados agentes nocivos

1.2 - Regulamentada inicialmente pelo Decreto nº 53.831/64, a legislação contemplava os agentes nocivos e as atividades descritas e elencados no Anexo III desse Decreto.

1.2.1 - Nos itens 1.0.0. do anexo III constavam os agentes ruído, calor, frio, umidade, eletricidade, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, pressões anormais, químicos e biológicos.

1.3 - Em 1979 editou-se novo Regulamento, o Decreto nº 83.080 de 24.01.79 que alterou a lista das atividades contempladas pela legislação especial e suprimiu alguns agentes tais como a umidade e a eletricidade enquanto aumentava o limite de tolerância do ruído de 80 para 90 decibéis

1.3.1 - No entanto, o Dec. 83.080/79 não revogou explicitamente o Dec. 53.831/64, pelo que ambos passaram a vigorar simultaneamente.

1.4 - Em 24.07.92 editou-se o Dec. 611, novo RPS que em seu Art. 292 determina considerar os dois anexos, até que lei específica disponha sobre o assunto, o que é corroborado pelo Parecer CJ/MPAS nº 223/95, publicado no D.O.U. de 04.09.95.

1.5 - Assim, por força desses dois Atos Normativos, continuam válidos os agentes nocivos e seus limites de tolerância definidos no item 1.0.0. do Anexo III do Dec. 53831/64, embora não contemplados dessa forma nos Anexos I e II do Dec. 83.080/79 até 05.03.97, quando se edita o Anexo IV do Dec. Nº 2.172/97.

1.6 - Essa concomitância de vigência desses dois decretos é fonte de inúmeras dificuldades de interpretação por muitos peritos, pelo que se fizeram necessárias as explicações detalhadas nesse Manual.

1.7 - Em 28.04.95 promulga-se a Lei nº 9.032 que altera substancialmente as normatizações da Aposentadoria Especial, eliminando a possibilidade de enquadramentos por simples exercício de atividades, restando tão somente os enquadramentos por efetiva exposição aos agentes nocivos relacionados nos respectivos RGPS.

1.8 - Em 13.10.96 edita-se a MP 1523 que introduz na legislação previdenciária a figura das tecnologias de proteção coletiva –EPC- além de introduzir a exigibilidade de Laudo Técnico de Condições Ambientais para todos os agentes nocivos oferecidos para

análise, quando anteriormente tal Laudo somente era exigível para o agente físico ruído. Essa MP transforma-se na Lei nº 9.528 de 10.12.98.

1.9 - Entretanto, com o texto da Ação Civil Pública de 26.10.2000, liminar expedida por juíza de Vara Federal do Rio Grande do Sul, por solicitação do Ministério Público Federal determina, entre outras decisões, que o INSS pode exigir Laudo Técnico para todos os agentes nocivos desde 29.04.95, e não somente a partir de 14.10.96.

1.10 - Em 05.03.97 edita-se novo RPS – o Decreto nº 2.172, contendo seu Anexo IV, e regulamentando a Lei nº 9.032.

1.11 - A Lei nº 9.528/97 introduz alterações no documento Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia, que passa a se denominar GFIP (Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e Informações Previdenciárias), informações estas que incluem uma codificação a ser inserida pelas empresas indicando a existência ou não de agentes nocivos no processo produtivo.

1.12 - Em 11.12.98 edita-se a Lei nº 9.732 que introduz a figura das tecnologias de proteção individual – EPI- na legislação previdenciária, muito embora tais EPI já constassem da legislação trabalhista desde a Portaria nº 3214 de 08.06.78 do Ministério do Trabalho, além de introduzir também as alíquotas majoradas sobre o S.A.T. (Seguro de Acidentes do Trabalho), para o financiamento das Aposentadorias Especiais.

1.13 - Em 06.05.99 edita-se novo RPS, o Dec. 3.048/99 e seu anexo IV.

1.14 - Em 26.10.2000, por ação do Ministério Público do RS a Justiça Federal da 4ª Vara Previdenciária Federal do RS concedeu liminar nº 2000.71.00.030435-2 que entre outras providências determinou a apreciação dos tempos de serviço oferecidos para análise técnica e administrativa de conformidade com os Atos Normativos vigentes à época dos períodos trabalhados e não pela legislação vigente à época do requerimento do pleito, considerando inconstitucional a retroação de efeito de atos normativos infralegais da Previdência Social tais como as OS 600, 612 e 623, o que originou a necessidade da edição das IN 42 e 49 da Diretoria Colegiada.

1.15 - Posteriormente, em 10.10.2001 editou-se a IN INSS/DC nº 57 que vigorou até 15.07.2002, exigindo, entre outros itens medições do agente físico ruído em , pelo menos, 75% da jornada de trabalho.

1.16 - Em 16.07.2002 edita-se a IN INSS/DC nº 78, publicada no D.O.U. de 18.07.2002 que altera o texto da IN nº 57, introduzindo o modelo de PPP= Perfil Profissiográfico Previdenciário e assume a Norma ANSI S.12.6-1997 método B, como opção para níveis de redução de ruído ou NRR(SF), além de exigir medições de ruído em 100% da jornada de trabalho.

1.17 - Em 10.10.2001 editou-se a INSTRUÇÃO NORMATIVA INSS/DC Nº 78 de 16.07.02.

2 - LINHAS DE CORTE - DIREITO ADQUIRIDO

Decorrente das várias alterações sofridas pela legislação especial, apresentamos a seguir diversas linhas de corte as quais indicam a vigência e validade dos diversos Atos Normativos que regulam a matéria:

2.1 - DATA de 28.04.95:

Extingue-se a possibilidade de concessão de Aposentadoria Especial por simples exercício de determinadas atividades por alteração na redação do Art. 57 da Lei 8213/91, pela Lei 9.032/95, exceção das atividades de telefonistas, cujo enquadramento por atividade permanece até 13.10.96, conforme condições definidas no Art. 147 da IN INSS/DC nº 78.

2.2 - DATA 29.04.95 :

Inicia-se a exigibilidade de LAUDO TÉCNICO de CONDIÇÕES AMBIENTAIS do TRABALHO (LTCAT) para todos os agentes nocivos, em decorrência do texto da Medida Provisória Nº1523/96 de 14.10.96, reeditada, inúmeras vezes, e que resultou na Lei 9.528 de 10.12.97. Para o agente ruído o Laudo pode ser exigido para qualquer período oferecido.

Ação Civil Pública, entretanto, fixou em 29.04.95 a data a partir da qual o INSS pode exigir Laudo para qualquer agente nocivo.

2.3 - DATA de 05.03.97:

2.3.1 - Extingue-se nesta data a possibilidade de enquadramento de tempo especial para atividades exercidas sob a ação do agente RUÍDO com o limite de tolerância superior a 80 decibéis, conforme definido no código 1.0.0 do Anexo III do Dec. 53831/64, o qual vige até 05.03.97, concomitantemente, com o Dec. 83080/79 por força do Art. 292 do Dec. 611/92, do Parecer MPAS CJ/223/95, publicado no DOU de 04.09.95, alterando-se tal limite de tolerância para 90 decibéis somente a partir de 06.03.97, de conformidade com o anexo IV do Dec. 2172/97.

2.3.2. Extingue-se nesta data o reconhecimento da Previdência Social para os agentes: UMIDADE - FRIO e ELETRICIDADE, como agentes nocivos, suprimidos no anexo IV do Dec. 2172/97. Os agentes Umidade e Eletricidade, já suprimidos no Anexo I do Dec. 83080, permaneceram como agentes nocivos por força do Art. 292 do Dec. 611/92 e Parecer MPAS CJ/223/95 (DOU 04.09.95), anteriormente citado.

2.4 - DATA de 14.12.98:

Extingue-se nesta data a possibilidade de enquadramento de qualquer agente nocivo sem levar em consideração as atenuações decorrentes do uso de EPI – Equipamento de Proteção Individual - pela alteração do § 2º do Art. 58 da Lei 8213/91 face redação dada pela Lei 9.732 de 11.12.98 que introduziu a expressão " ou individual... ", referentemente à tecnologia de proteção. A partir desta data a Previdência Social passa a considerar os efeitos destes EPI na análise da nocividade dos agentes que realmente atinjam o trabalhador, salvo se os laudos se manifestarem pela existência de tecnologias de proteção anteriores à data desta Lei, quando a Perícia Médica, diante das informações fornecidas se utilizará das mesmas, para considerar ou não a proteção eficaz do trabalhador por tais tecnologias.

2.5- DATA 22.01.2001:

Inicia-se a exigibilidade do cumprimento do texto da ACP = Ação Civil Pública de 26.10.2000, pela edição da IN INSS/DC Nº 42 dela decorrente, conferindo como direito adquirido fracionado, ou seja o reconhecimento legal da aplicação dos Atos Normativos vigentes à época dos períodos laborados, independentemente da data de entrada do requerimento para concessão de Aposentadoria por tempo de contribuição, com eventual conversão de tempos especiais reconhecidos.

2.6- DATA 11.10.2001:

Inicia-se a exigibilidade de oferecimento de memória escrita das medições do agente ruído, exige medições em pelo menos 75% da jornada, com memória escrita da dosimetria, bem como exige realizações de medições de agentes químicos com tomadas intervaladas a cada 20 minutos num mínimo de dez medições por força do texto da IN INSS/DC nº 57 de 10.10.2001.

2.7– 18.07.2002:

Inicia-se a exigibilidade de medições em 100% da jornada de trabalho para o agente ruído, por força da IN INSS/DC nº 78 de 16.07.2002 utilizando-se a Norma ANSI S12.6-1984 e optativamente a utilização do NRR(SF) decorrente do acolhimento da Norma ANSI S.12.6-1997 método B, com memória escrita da dosimetria..

A partir desta linha de corte podem ser apresentados opcionalmente tanto o DIRBEN-8030 quanto o PPP para o reconhecimento de direito de tempos laborados como especiais.

Quando for apresentado o DIRBEN-8030 necessariamente deverá ser apresentado à Perícia Médica do INSS para análise técnica concomitantemente o LTCAT.

Se, no entanto for apresentado o PPP o LTCAT não precisará ser apresentado à Perícia Médica do INSS, mas deverá estar disponível na empresa.

2.8 - DATA: 01.01.2003:

Inicia-se a exigibilidade de apresentação de PPP em substituição ao DIRBEN-8030 para o reconhecimento de direito dos tempos laborados como especiais, dispensando a apresentação concomitante do LTCAT o qual deverá ficar disponível apenas na empresa.

LINHAS DE CORTE – ESQUEMA

LEI 8213/91 redação dada pela LEI 9.032/95
Linha de Corte: 28.04.95

CONCESSÃO P/ ATIVIDADES	XXXX
--------------------------------	-------------

LEI 8213/91 redação dada pela MP 1523/96> LEI 9.528 de 10.12.97
Linha de Corte : 15.10.96 (28.04.95 pela ACP)

XXXX	LAUDO TÉCNICO TODOS OS AGENTES
LAUDO TÉCNICO RUÍDO	LAUDO TÉCNICO RUÍDO
XXXX	EPC

LEI 8213/91 redação dada LEI 9.032/95
DEC. 2.172/97
Parecer CJ/MPAS 223/95- DOU 04.09.95
Linha de Corte : 05.03.97

FRIO - 1.1.2 Quadro III – Dec. 53831/64 Quadro I - Dec. 83080/79	XXXX
UMIDADE – 1.1.3 –Quadro III	XXXX
ELETRICIDADE - 1.1.8 Quadro III	XXXX
RUÍDO > 80 dB	RUÍDO > 90 dB

LEI 8213/91 redação dada pela LEI 9.732 de 11.12.98 Linha de Corte : 14.12.98 (D.O.U.)

XXXX	EPI
-------------	------------

ACP nº 2000.71.00.030435-2
de 26.10.2000 - Direito adquirido fracionado

Atos infra legais Inconstitucionais	IN 42 - IN 49 - IN 57 - IN 78
--	--

IN INSS/DC nº 57 de 10.10.2001

Ruído: dose sem especificar % jornada	Ruído: dose com medição de no mínimo 75% da jornada e memória escrita da dosimetria.
XXXXXX	Norma ANSI S.12.6-1984 (NRR) com fórmula do Art. 173

IN INSS/DC nº 78 de 16.07.2002
(DO.U. 18.07.2002)

Ruído: dose com medição de no mínimo 75% da jornada com memória escrita da dosimetria.	Ruído: dose com medição de 100% da jornada com memória escrita da dosimetria e aceitação de medições por amostragem de grupos homogêneos
Norma ANSI S.12.6-1984 (NRR) com fórmula do Art. 173 da IN INSS/DC nº 57/01	Norma ANSI S.12.6-1984 (NRR) com fórmula do Art. 173 da IN INSS/DC nº 57/01 e/ou Norma ANSI S.12.6-1997 B NRR (SF) – (métodos longo ou curto)
xxx	Análises químicas certificadas (Art. 186 –IN 78/02)

IN INSS/DC nº 78 de 16.07.2002
(DO.U. 18.07.2002)

Linha de corte : 01.01.2003

DIRBEN-8030/PPP	PPP
------------------------	------------

3 – CONCEITOS DE HABITUALIDADE E PERMANÊNCIA

A legislação previdenciária sobre aposentadorias especiais exige critérios de habitualidade e permanência das exposições para o enquadramento.

3.1 - Habitualidade:

Habitualidade significa que as exposições aos agentes nocivos relacionados nos respectivos Anexos dos respectivos RPS ocorrem ao longo do tempo.

3.2 - Permanência :

Permanência é a característica da atividade na qual numa jornada típica e representativa do todo o segurado esteve exposto, em todas as funções a agentes nocivos relacionados nos respectivos Anexos dos RPS. Haverá quebra da permanência se o trabalhador realizar atividades consideradas comuns e atividades consideradas especiais numa mesma jornada de trabalho.

4 - AGENTES NOCIVOS:

Estão relacionados nos Decretos regulamentadores da Previdência Social e na NR-15 da Portaria nº 3214/78 do M.T.E.

Quando se for analisar a documentação para enquadramentos na legislação especial o médico perito do INSS deve ter o cuidado de consubstanciar seus pareceres com o conteúdo dos Atos Normativos vigentes na época dos períodos oferecidos para análise (períodos laborados), em consonância com o que determina o texto da Ação Cível Pública nº 2000.71.00.030435-2 de 26.10.2000 que determinou que tais análise sejam procedidas levando em conta a vigência destes Atos Normativos (direito adquirido fracionado.).

Quando os agentes, conceitos e limites de tolerância entre tais Atos Normativos forem divergentes, deverão ser utilizados pelos médicos peritos do INSS os agentes, conceitos e limites de tolerância definidos pelos Atos Normativos da Previdência Social.

Tendo em conta que o agente físico RUÍDO (NPSE= Nível Elevado de Pressão Sonora), objeto dos Anexos 1 e 2 da NR-15 encerra complexidade maior, deixaremos para comentá-lo ao final da abordagem de todos os agentes.

4.1 - AGENTE CALOR (Anexo 3 da NR-15)

O agente calor está regulamentado pelo anexo 3 da NR-15 da Portaria nº 3214/78 do M.T.E.

No Anexo III do Dec. 53831 as exigências de enquadramento são indicadas em Graus Centígrados.

Pelo Anexo 3 da NR-15 a exigibilidade técnica indica fornecimento de resultados em IBUTG= Índice de Bulbo Úmido e Termômetro de Globo.

Ao contrário dos demais agentes que possuem apenas um limite de tolerância, o agente Calor tem vários LT, na dependência do tipo de atividade : leve, moderada ou pesada, levando em conta a magnitude do dispêndio energético nas atividades declaradas medidas em Kcal/h (Kilocalorias por hora).

No Anexo III do Dec. 53831/64 havia explicitação de que o Calor somente seria enquadrado caso fosse proveniente de fontes artificiais. Os demais RPS silenciaram sobre essa exigibilidade.

Tendo em conta que o Anexo 3 da NR-15 da Portaria nº 3214/78 do M.T.E. prevê a possibilidade de enquadramentos de trabalhos realizados sob a ação do Sol, mas considerando que a Orientação Jurisprudencial (SDI-1) nº 173 do Tribunal Superior do Trabalho (TST) que é mais atual normatiza a inexistência de insalubridade decorrente da ação dos raios solares, a Perícia Médica deverá considerar apenas, para enquadramento os efeitos da fontes de calor de natureza artificial, não se considerando a fonte natural da ação dos raios solares.

Nota:

Considerando o contido no item 2 do quadro 1 do Anexo 3 da NR-15 da Portaria nº 3214/78 do M.T.E., os períodos de descanso são considerados tempos de serviço para todos os efeitos legais. Assim, as atividades desenvolvidas sob ação do agente calor requerem períodos de descanso a intervalos regulares de atividade, não se constituindo intermitência ou interrupção de tais atividades tais descansos, desde que não se exerçam atividades comuns entre tais atividades especiais.

4.2 - AGENTE RADIAÇÕES IONIZANTES (Anexo 5 da NR-15)

Agente presente nos trabalhos com RX onde tais radiações podem provocar alterações mutagênicas e cancerígenas no corpo humano.

Dada a gravidade das conseqüências da exposição cumulativa deste agente à saúde humana, a legislação previdenciária especial não exige limite de tolerância para este agente.

4.3 - AGENTE PRESSÕES ANORMAIS (Anexo 6 da NR-15)

Agente presente nas atividades de mergulho.

Apenas estão contempladas na legislação especial as pressões anormais com exposição superior a uma atmosfera, não sendo contempladas também na legislação trabalhista as exposições a pressões hipobáricas, ou inferiores a uma atmosfera.

Não se exige limite de tolerância. Tais exposições são contempladas por simples presença do agente nocivo.

4.4 - AGENTE RADIAÇÕES NÃO IONIZANTES (Anexo 7 da NR-15)

Agente presente nas operações de soldagem tipo MIG e oxiacetilênica.

Este agente ficou excluído da possibilidade de enquadramento a partir de 06.03.97, por não constar do Anexo IV do Dec. 2172.

4.5 - AGENTE VIBRAÇÕES (Anexo 8 da NR-15)

Este agente é de mensuração extremamente complicada, inexistindo equipamentos de medição em número suficiente no país, a legislação previdenciária optou por considerar o enquadramento a este agente tão somente por simples presença do mesmo, sem exigir exposições acima de limite de tolerância, mas limitando os enquadramentos às atividades com exposição de corpo inteiro e nas atividades que se utilizam de perfuratrizes e marteletes pneumáticos.

O agente vibração está sempre associados ao agente ruído de impacto, ocasionando um sinergismo positivo de nocividade, ou seja, a nocividade dos agentes vibração e ruído concomitantes são mais nocivos do que a soma de seus efeitos individuais.

4.6 - AGENTE FRIO (Anexo 9 da NR-15)

O agente frio é aquele agente existente no interior de câmaras frigoríficas, e nos trabalhos que realizam transportes de materiais do exterior para o interior dessas câmaras e vice-versa, com baixas temperaturas (< 12 ° C), não estando contemplados os trabalhos executados sob ação do frio proveniente de fonte natural e climática.

4.7 - AGENTE UMIDADE (Anexo 10 da NR-15)

O enquadramento só é possível para atividades realizadas de modo habitual e permanente em ambientes alagados ou encharcados e limitadas à linha de corte de 05.03.97 já que tal agente ficou excluído do Anexo IV do Dec. 2172.

4.8 - AGENTES QUÍMICOS - com limite de tolerância (Anexo 11 da NR-15)

Os agentes arrolados no Anexo 11 dependem de limite de tolerância para enquadramento.

Aqueles que estão assinalados com um asterisco (*) apresentam, pela maior gravidade da exposição, o chamado “ valor teto” que, uma vez ultrapassado em apenas um das medições, deve merecer enquadramento, mesmo se a média ficar abaixo do limite de tolerância, salvo se devidamente houver proteção eficaz por EPC/EPI.

4.9 - AGENTE POEIRAS MINERAIS (Anexo 12 da NR-15)

Poeiras são partículas sólidas provenientes da ruptura mecânica de sólidos orgânicos (algodão, sisal) ou de sólidos inorgânicos (minerais).

Somente são enquadráveis na legislação especial as poeiras minerais respiráveis de: amianto (asbesto), manganês , sílica livre e carvão mineral.

As poeiras de carvão mineral independem de limite de tolerância, pelo enquadramento no Anexo 13 da NR-15. As demais poeiras minerais exigem exposições acima dos seguintes limites de tolerância:

4.9.1 - Amianto (asbesto):

- até 28.11.91 o limite de tolerância é 4 fibras/cm³ de ar ambiente;
- após 28.11.91 o limite de tolerância é de 2 fibras/cm³ de ar ambiente;
- Entretanto o tipo de fibra respirável é aquela de diâmetro menor do que 3 micrômetros, comprimento maior do que 5 micrômetros e relação comprimento/diâmetro igual ou superior a 3:1;

4.9.2 - Manganês:

- limite de tolerância para operações de extração, tratamento, moagem e transporte é 5mg/m³ de ar ambiente;
- limite de tolerância para fabricação de compostos de manganês na fabricação de vidros, cerâmicas, pilhas secas, eletrodos de solda, tintas e vernizes é de 1 mg/m³;

4.9.3 - Sílica livre:

Fórmula complexa e limites de tolerância variáveis;

Analise-se a descrição das atividades e as conclusões do laudo técnico para enquadramento;

4.9.4 - Carvão mineral:

Independente de limite de tolerância (Anexo 13 da NR-15)

5 - AGENTES QUÍMICOS – sem limite de tolerância (Anexo 13 da NR-15)

Os agentes arrolados nesse Anexo são de maior gravidade que os arrolados no Anexo 11 e dispensam limite de tolerância.

A simples presença dos mesmos no ambiente de trabalho conferem o enquadramento como atividade especial, desde que manipulados no **processo produtivo**, salvo se houver efetiva proteção por EPC/EPI ou não houver habitualidade ou permanência.

6 - AGENTES BIOLÓGICOS (Anexo 14 da NR-15)

Os agentes biológicos enquadráveis na legislação especial **para qualquer período oferecido são aqueles de natureza infecto-contagiosa**, ou seja, de alta transmissibilidade, e existentes nos setores de isolamento de hospitais, trabalhos com autópsias, laboratórios de anatomopatologia, trabalhos em biodigestores, fossas sépticas e galerias, trabalhos com lixo urbano ou rural, manipulação de vacinas, etc.

7 - AGENTE RUÍDO ou NÍVEL DE PRESSÃO SONORA ELEVADO (Anexo 1 e 2 da NR-15)

Comenta-se agora o agente ruído, deixado para o final da análise de todos os agentes, por ser o mais complexo e o mais prevalente de todos.

7.1 - Tipos de ruído:

Anexo 1 da NR-15 - Ruídos contínuos ou intermitentes

Anexo 2 da NR-15 – Ruídos de Impacto.

O agente ruído, cuja denominação atual é Nível de Pressão Sonora Elevado é ubiqüitário, ou seja o ruído está em quase todos os lugares e pode se apresentar isoladamente como ruído contínuo ou como ruído intermitente, ou ainda como ruído de impacto.

Entretanto é comum apresentar-se sob a forma combinada.

Define-se **ruído contínuo** como sendo aquele em que teóricamente existe **constância na sua intensidade**. Exemplo: ruído de um motor ou de uma turbina que gira a velocidade constante originando um ruído de 96 decibéis.

Entretanto, aceita-se como sendo ruído contínuo a variabilidade (elastério) máximo de até 3 decibéis.

Se o ruído se apresentar com **variações maiores do que 3 decibéis**, será denominado de **ruído intermitente**. Não confundir com a condição de intermitência de exposição que é o contrário de permanência de exposição a um determinado agente.

Se o ruído se apresentar com características especiais, ou seja é decorrente de **atividades de impacto**, ou sejam ruídos decorrentes de operações com máquinas perfuratrizes, martelinhos pneumáticos, prensas e assemelhados, **indicando duração máxima de 1 segundo e intervalados tais ruídos entre si com silêncios superiores a um segundo**, será denominado como **ruído de impacto**.

Entretanto, em um mesmo ambiente de trabalho pode estar presente a combinação até dos três tipos de ruído.

7.2 - Intensidade:

A variável “intensidade” denota se o som (ruído) é alto ou baixo.

Exemplo: 90 decibéis ou apenas 40 decibéis.

Exemplos:

A fala humana oscila, habitualmente entre 20 e 80 decibéis “A”, ou dB(A)

Um liquidificador pode atingir quando ligado cerca de 80 dB(A).

Um jato decolando pode atingir de 120 a 140 dB(A).

7.3 - Freqüência:

Além da variável intensidade, temos que considerar a variável denominada “freqüência” do agente ruído, sendo esta variável indicadora do tempo maior ou menor que as partículas do ar que vibram, retornarem ao seu pondo de equilíbrio anterior.

Assim, se tais ciclos forem curtos, teremos freqüências “altas” ou “agudas”.

Por exemplo: aquelas freqüências que aparecem nas audiometrias acima de 2.000, 3.000, 4000, 6000 ou 8000 Hertz (Hz) que é a unidade de freqüência.

Mas, se tais ciclos forem longos, teremos freqüências “baixas” ou “ Graves”.

Por exemplo: aquelas freqüências que aparecem nas audiometrias abaixo de 1.000 Hz.

Por exemplo: 250 , 500 Hertz.

7.4 - Unidades de medição dos ruídos:

O Anexo 1 da NR-15 determina que, para ruídos contínuos ou intermitentes faz-se necessário regular os dosímetros ou os medidores de pressão sonora para o circuito de compensação “A” e circuito de resposta lenta “slow”.

O Anexo 2 da NR-15 determina que, para ruídos de impacto faz-se necessário regular os dosímetros ou os medidores de pressão sonora para o filtro de compensação “C”, ou linear e circuito de resposta rápida “fast”.

7.5 - Limites de tolerância:

Considera-se limite de tolerância a concentração ou intensidade máxima, relacionada com a natureza e o tempo de exposição ao agente, que não causará dano à saúde do trabalhador, durante a sua vida laboral.

A eliminação da nocividade do agente ocorrerá com a adoção de medidas de ordem geral (EPC= Equipamentos de Proteção Coletiva) ou com a utilização de EPI (= Equipamento de Proteção Individual).

O Anexo 1 da NR-15 indica o limite de tolerância de 85 decibéis “A” ou dB(A) como indicativo limiar de existência de **atividade insalubre**. Atente-se que o conceito de insalubridade é termo da legislação trabalhista e o conceito de nocividade é termo da legislação previdenciária.

Atente-se também que os limites de tolerância não são verdades matemáticas absolutas, uma vez que estamos lidando com conceitos biológicos, não exatos, pelo que o próprio M.T.E. definiu que se deva tomar medidas acauteladoras a partir do “ Nível de Ação” , correspondente a 50% da dose de exposição ou seja a partir dos 80 decibéis “A” (NR-9).

Na Previdência Social adota-se os limites de tolerância de 80 decibéis até a data de 05.03.97 e de 90 decibéis após 05.03.97. Entretanto a exigibilidade para enquadramento, definida na legislação indica necessidade de exposições ACIMA destes limites de tolerância.

Como os decretos regulamentadores não desceram a detalhes técnicos sobre circuitos e filtros de compensação: filtros “A” e circuitos lentos (slow), consideram-se tais limites como sendo respectivamente: 80 dB(A) e 90 dB(A), para ruídos contínuos ou intermitentes.

Quando se editou o Dec. 53831/64 estabeleceu-se o limite de tolerância de 80 decibéis.

Em 1979 ao se editar o Dec. 83080 passou-se o limite de tolerância para 90 decibéis.

Entretanto, o Dec. 83080/79 não revogou explicitamente o Anexo III do Dec. 53831/64.

Em 24.07.92 editou-se o Dec. 611, novo RPS que em seu Art. 292 determina considerar os dois Decretos , até que lei específica disponha sobre o assunto, o que é corroborado pelo Parecer CJ/MPAS nº 223/95, publicado no D.O.U. de 04.09.95.

Assim, por força desses dois Atos Normativos, continuam válidos os agentes nocivos e seus limites de tolerância definidos no item 1.0.0. do Anexo III do Dec. 53831/64, embora não contemplados dessa forma nos Anexos I e II do Dec. 83.080/79 até 05.03.97, quando se edita o Anexo IV do Dec. Nº 2.172/97, que regulamenta a Lei nº 9.032 de 28.04.95.

O enquadramento apenas existe quando o oferecimento de tais intensidade sejam **superiores** a 80 ou 90 decibéis “A”, não bastando atingir 80 ou 90 dBA, devendo-se ainda considerar as proteções eficazes ou não das medidas de proteção coletiva e/ou individual que serão comentadas posteriormente.

7.6 - Tempo de exposição ao agente ruído:

A legislação trabalhista determina que o trabalhador não fique exposto ao agente ruído, em cada jornada de trabalho, a tempos superiores aqueles definidos no quadro existente no Anexo 1 da NR-15.

Tal quadro indica:

Intensidade 85 dBA - Tempo máximo de exposição 8 horas = 1dose = Lavg 85 dBA
Intensidade 90 dBA - Tempo máximo de exposição 4 horas = 1 dose = Lavg85dBA.
Intensidade 95 dBA - Tempo máximo de exposição 2 horas = 1 dose = Lavg 85 dBA.
Intensidade 100 dBA - Tempo máximo de exposição 1 hora = 1 dose = Lavg 85 dBA
Intensidade 115 dBA - Tempo máximo de exposição 7 minutos = 1dose = Lavg 85 dBA

Não é permitida a exposição do trabalhador a intensidades de ruído superiores a 115 dB(A), salvo se adequadamente protegidos, com protetores bioativos, sob pena de risco iminente à saúde.

Observe-se que esta tabela se refere a dose de ruído ambiental, não se considerando ainda a proteção que deverá ser fornecida ao trabalhador.

Observe-se ainda que a cada incremento de 5 decibéis (A), o tempo de exposição permitido cai pela metade, indicando que ao DOBRAR a intensidade do ruído (daí a expressão: Fator de Dobra ou de Troca que aparecerá mais adiante) e diminuindo-se o tempo de exposição pela metade a equação se mantém igual.

Diz-se então, que o Fator de Troca $Q=5$ dB(A).

No Brasil, portanto, adota-se o Fator de Troca $Q=5$, enquanto que a maioria dos países já adota $Q=3$.

Assim, nenhum trabalhador poderá trabalhar, mesmo protegido por EPI (Equipamento de Proteção Individual) mais do que 7 minutos da jornada de trabalho sob a ação do agente ruído na intensidade de 115 dBA, devendo ser afastado nos demais horários daquela jornada para ambientes sem ação de ruído em níveis elevados.

Decorre disto que, se os empregadores cumprissem tal determinação trabalhista (quadro do Anexo 1 da NR-15), nenhum trabalhador seria contemplado pela legislação especial, por exposição ao agente ruído após 05.03.97 pois, atendendo ao critério da legislação trabalhista não teríamos dose suficiente para o enquadramento previdenciário, o qual exige exposição acima de 90 dBA a partir dessa data.

O deslocamento para ambientes sem ruído elevado permitiria tão somente se atingir 1 dose de exposição ($L_{avg}=85$ dB(A), o que é inferior ao limite de tolerância atual da Previdência Social para enquadramento como atividade especial que exige exposições acima de 90 dB(A) de modo habitual e permanente.

Por se descumprir tais determinações é que os trabalhadores se vêm expostos a ruído superiores a dose = 1,0 ou superiores a 100% da dose, ou superiores ainda a L_{avg} de 85 dB(A).

7.7 - Dose de ruído:

Como a nocividade do agente físico ruído tem efeitos cumulativos, tanto quanto a nocividade das radiações ionizantes, quanto maior for o tempo de exposição, maiores serão os efeitos deletérios sobre a cóclea (orelha interna) originando a entidade mórbida conhecida como PAIR ou Perda Auditiva Induzida por Ruído.

Assim, qualquer uma das exposições mostradas no quadro do Anexo 1 da NR-15 indica, relacionando-se intensidade do ruído combinado com o tempo de exposição numa jornada de trabalho, que o trabalhador estava exposto a uma determinada dose de ruído.

Entretanto, adequadamente protegido esta dose recebida é bem menor.

7.7.1 - Unidades de dose:

Nas legislações que se utilizam do Fator de Troca $Q=3$ decibéis, utiliza-se como unidade de média para a dose a expressão “Leq” que significa Level Equivalent.

Como no Brasil se utiliza do Fator de Troca $Q=5$ decibéis, deve-se utilizar como unidade de média para a dose a expressão “Lavg” que significa Level Average, **não devendo ser aceitas medições de doses em unidade Leq.**

Assim, uma média de ruído ambiental de 85 decibéis (A) por 8 horas de trabalho equivale a 1 dose, ou dose = 1,0 ou dose = 100% ou Lavg = 85 dB(A).

Assim, uma média de ruído ambiental de 90 decibéis (A) por 8 horas de trabalho equivale a 2 doses, já que o tempo de exposição não se reduziu pela metade como determina a legislação trabalhista ou dose = 2,0 ou dose = 200% ou Lavg = 90 dB(A).

Assim, uma média de ruído ambiental de 95 decibéis (A) por 8 horas de trabalho equivale a 4 doses, ou dose = 4,0 ou dose = 400% ou Lavg = 95 dB(A), e assim por diante.

Estabelecida a dose de ruído teórica de cada ambiente de trabalho, para todos os trabalhadores que ali laboram, ter-se-á que atentar para certas particularidades.

Sabe-se que um trabalhador que labora deslocando-se pelo setor, aproximando-se ou afastando-se de uma ou mais fontes produtoras de ruído, estará o mesmo recebendo maior ou menor dose de ruído, porquanto sabemos que quanto mais se aproxima da fonte maior é a intensidade da pressão sonora que seus ouvidos percebem e quanto mais se afasta das fontes de ruído, menores são tais pressões sonoras, obedecendo a um enunciado que diz que a intensidade da pressão sonora diminui na razão inversa do quadrado da distância da(s) fonte(s).

Assim, num mesmo ambiente de trabalho, cada trabalhador receberá uma dose diversa de ruído numa mesma jornada de trabalho, necessitando-se calcular este valor **individualmente**, salvo se tivermos um grupo homogêneo de trabalhadores expostos ao mesmo agente num mesmo ambiente de trabalho (**grupo homogêneo de risco**).

Como medições individuais levariam um tempo enorme para determinar todas as exposições de uma empresa de, digamos com 5.000 empregados, podem ser aceitas medições que representem determinados grupos homogêneos, definindo-se tais grupos como sendo aqueles nos quais a medição média do grupo é aplicável com boa fidedignidade a qualquer um de seus componentes (grupos homogêneos de risco).

7.8 - Tecnologias de proteção:

São tecnologias que visam proteger o trabalhador dos efeitos nocivos do agente ruído (Pressão Sonora Elevada).

7.8.1 - Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC):

Consideram-se tecnologias de proteção coletivas aquelas que são aplicadas, não no empregado, mas no ambiente, podendo se constituir de medidas administrativas, gerenciais ou na introdução de equipamentos específicos.

Pode-se tentar atenuar a intensidade do ruído atacando diretamente as causas nas fontes produtoras de ruído, no meio de transmissão, ou mesmo limitando o tempo de exposição ao agente.

Assim deve-se tentar substituir peças desgastadas, trocar materiais de metal por plásticos duros nas engrenagens, lubrificar as máquinas, enclausurar as máquinas ou enclausurar o trabalhador para operar o equipamento remotamente.

Pode-se atuar no meio de transmissão, colocando barreiras físicas (paredes), revestindo paredes com materiais especiais que absorvem em vez de refletir e duplicar o ruído, etc.

7.8.2 - Equipamentos de Proteção Individual:

Quando não for tecnicamente possível atenuar suficientemente a intensidade do agente ruído a níveis de tolerância, quando não houver viabilidade econômica razoável, e enquanto se procuram tais soluções, pode-se tentar atenuar a nocividade do agente ruído mediante uso de tecnologias de proteção individual denominadas EPI (= Equipamento de Proteção Individual).

EPI:

Os EPI são equipamentos colocados diretamente no trabalhador, exigindo-se que os mesmos devam ser fornecidos gratuitamente aos empregados que deverão receber treinamento para seu uso, a fiscalização do uso em toda a jornada de trabalho, higienizações e trocas periódicas, etc., ou textualmente:

Enunciado nº 289 do TST:

“ O simples fornecimento do aparelho de proteção pelo empregador não o exime do pagamento do adicional de insalubridade, cabendo-lhe tomar as medidas que conduzam à diminuição ou eliminação da nocividade, dentre as quais as relativas ao uso efetivo do equipamento pelo empregado.”

Conduta Médico-Pericial para a eventualidade da empresa declarar explicitamente que não fornece tecnologias de proteção:

- 1- Considerando que a proteção do trabalhador é um direito constitucional;
- 2- Considerando que a Segurança do Trabalho e a preservação do meio ambiente e por extensão o meio ambiente do trabalho são **normas cogentes ou de ordem pública**, não podendo ser objeto de negociação entre as partes;
- 3- Considerando que a Port. 3214/78 nas NR-06, NR-09 e NR-15 determinam a utilização de Tecnologias de Proteção **ADEQUADAS**.

Sugere-se ao profissional da área médico-pericial do quadro permanente do INSS nessa situação:

Emitir correspondência à Empresa manifestando ter detectado tal afirmação TEMERÁRIA, solicitando confirmação da mesma ao mesmo tempo em que deve informar que, caso tal informação seja confirmada conceder-se-á o benefício requerido por inadequada proteção do trabalhador mas que se procederá a **DENÚNCIA** de tal descumprimento de Atos Normativos a:

- 1- Divisão de Arrecadação e Fiscalização do INSS (DAF);**
- 2- Procuradoria do INSS**
- 3- Ministério do Trabalho e Emprego (M.T.E.);**
- 4- Ministério Público do Trabalho.**

7.8.2.1 - Tipos de EPI:

No caso dos EPI auditivos os mesmos são fundamentalmente de três tipos, podendo existir outros mais sofisticados (bioativos).

- **EPI tipo concha:** que consiste em um arco que suporta nas extremidades dois dispositivos ovóides, acolchoados com espuma para conforto e revestidos interiormente também com espuma.
- **EPI tipo plugue:** que consiste em um cordão que tem nas extremidades dois dispositivos em espuma **moldável** ou em plástico **pré-moldado** os quais se colocam dentro dos condutos auditivos das orelhas externas, direita e esquerda.

7.9 – Fatores de Correção

Quando adequadamente colocados, tais dispositivos reduzem a intensidade do agente ruído que chega na cóclea do trabalhador na proporção exata do que afirma o fabricante na bula do EPI, pois foram testados na fábrica que os produzem com indivíduos treinados a darem respostas adequadas (Norma ANSI S 12.6-1984).

Entretanto, na prática, quando utilizados por trabalhadores incultos ou não suficientemente conscientizados da importância do uso adequado de tais equipamentos, ou quando não foram adequadamente treinados na utilização dos mesmos, a atenuação obtida pode ser bem menor.

Por isso, visando a proteção do trabalhador, a entidade norte americana denominada NIOSH recomendou (não determinou) que se utilizassem “ fatores de correção” que tentassem aproximar os resultados obtidos da realidade fática existente nos ambientes de trabalho.

Tal fator, introduzido na fórmula de cálculo da atenuação do ruído ocasionou, no caso dos plugues tipo pré-moldados, os maiores atingidos por tal recomendação, a obtenção de resultados negativos de atenuação, indicando matematicamente absurdos tais quais a ampliação dos ruídos ambientais, em vez de sua atenuação, conforme exemplo a seguir.

7.9.1 - Fórmula:

Esta fórmula decorre do método chamado Norma ANSI S.12.6-1984 com as recomendações propostas pela NIOSH.

$NPSc = NPSa - (NRR \times f - 7)$, sendo:

$NPSc$ => nível de pressão sonora no ouvido em dB(A), com protetor ;

$NPSa$ => nível de pressão sonora no ambiente em dB(A)

F = fator de correção

f = 0,75, para EPI tipo concha;

f = 0,5, para EPI tipo plugue de inserção tipo espuma moldável; e

f = 0,3, para EPI tipo plugue de inserção pré-moldado;

Aplicando-se tal fórmula para um plugue pré-moldado com 21 dB de atenuação , para um ambiente com 95 dBA de intensidade sonora, teremos:

$NPSc = 95 \text{ dBA} - (21 \times f - 7)$, ou

$NPSc = 95 \text{ dBA} - (21 \times 0,3 - 7)$ ou

$NPSc = 95 \text{ dBA} - (6,3 - 7)$ ou

$NPSc = 95 \text{ dBA} - (-0,7)$ ou

$NPSc = 95 \text{ dBA} + 0,7$ ou

$NPSc = 95,7 \text{ dBA}$, ou seja em vez de atenuar este cálculo indica matematicamente um absurdo, pois a intensidade de ruído que chegaria à orelha interna do trabalhador seria maior do que a intensidade ambiental do ruído, quando qualquer protetor, por mais ineficiente que seja , tem que reduzir algo da intensidade do ruído ambiental.

Tal distorção da realidade fez com que as reclamações decorrentes da publicação de tal fórmula com fatores de correção na IN INSS/DC nº 57 de 10.10.2001 motivassem o grupo especial do INSS a propor alternativas , obtendo-se a proposta no texto da IN INSS/DC nº 78 de 16.07.2002.

Na proposição colocada no texto da IN nº 78, considerando-se que não se pode retroagir efeitos de atos normativos, preservou-se até a data da publicação desta IN a fórmula original, mas se assumiu postura mais coerente.

7.9.2 - Nova fórmula:

Avançou-se introduzindo as recomendações da Norma ANSI S.12.6- 1997, método B, com fórmula com cálculo direto, onde não só não se utiliza o fator de correção, como não se usa mais a diminuição dos 7 dBA que existia na fórmula anterior.

Esses 7 decibéis eram retirados no cálculo, pela Norma ANSI de 1984, pois os Engenheiros de Segurança do Trabalho das empresas não fornecem o tipo de frequência predominante do ruído ambiental.

Sabemos que o ruído “ rosa” (teórico) tem, em qualquer frequência a mesma intensidade sonora.

Na prática os ruído ou são de frequências predominantemente altas (agudas) ou predominantemente baixa (graves) ou predominantemente de médias frequências.

Dependendo do que predominar, a efetividade de um mesmo EPI pode atenuar adequadamente, ser insuficiente ou dar superproteção, para uma mesma intensidade de ruído ambiente.

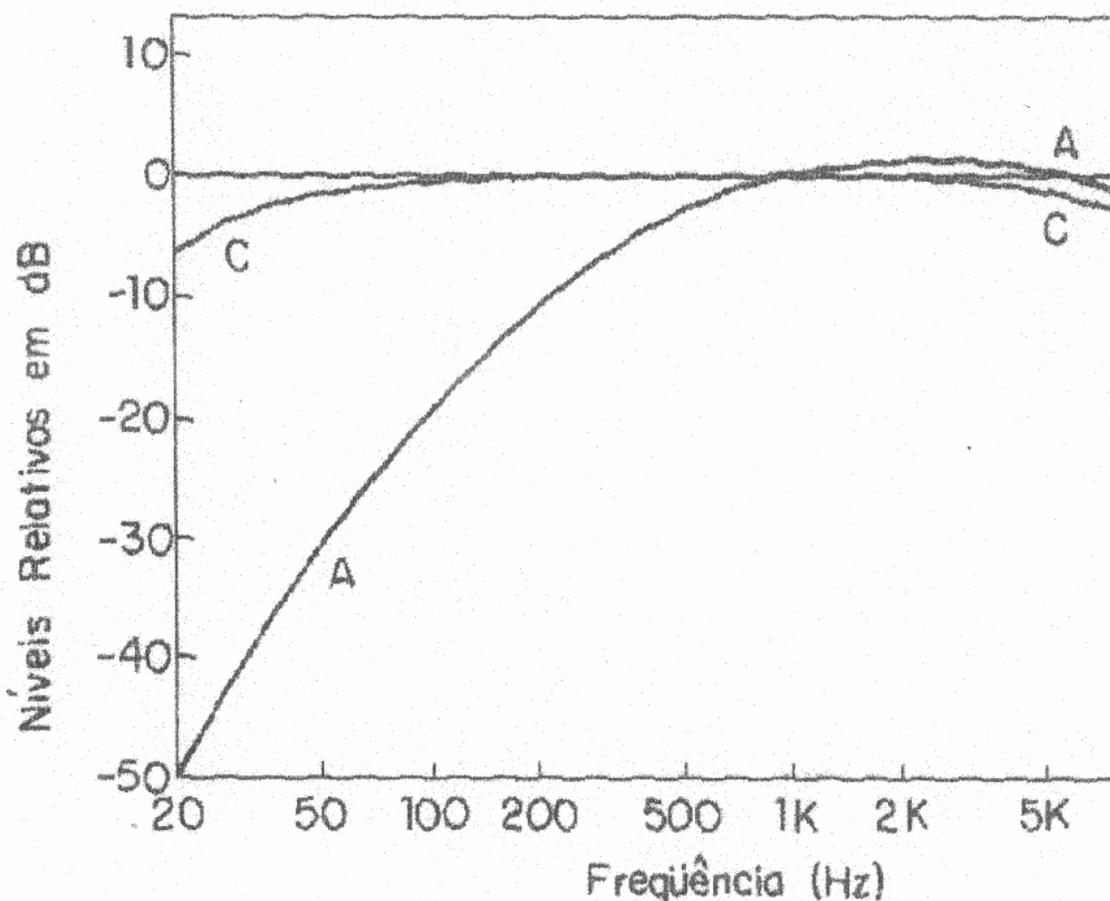
Assim, saber-se a frequência predominante do ruído é importante.

Pode-se obter essa informação, se for necessária, se tivermos também medições não só em dBA, mas em dBC, pois:

Se dBC = dBA estamos diante de ruídos de frequência acima de 1.000 Hz.

Se dBC for maior do que dBA estamos diante de ruído com predominância de frequências baixas, bastando para isso analisar as curvas "A", "C" e Linear existente no quadro abaixo.

QUADRO DAS CURVAS “A” – “C” e “ LINEAR”



Método B da Norma ANSI S.12.6 –1997:

Neste método, se utiliza o NRR(SF). A expressão “SF” indica indivíduo não treinado, (subject fit) onde o próprio indivíduo, em testes na unidade de fabricação do EPI fornece informações sem que seja um expert, assim se aproximando dos trabalhadores comuns em geral.

Norma ANSI S.12.6-1997B - Fórmula com cálculo direto:

$NPSc = NPSa - NRR(SF)$, onde :

NPSc – Nível de Pressão Sonora com proteção

NPSa - Nível de Pressão Sonora do ambiente

NRR (SF) – Nível de Redução de Ruído (subject fit)

Exemplo:

Ruído ambiente de 95 dBA

EPI: plugue pré-moldado com NRR(SF) de 17 dB

Aplicando a fórmula direta:

$NPSc = NPSa - NRR(SF)$, onde :

$NPSc = 95 \text{ dBA} - 17 = 78 \text{ dBA}$, sem a necessidade de fatores de correção ou da retirada dos 7 dB.

PS: na Norma do NRR(SF) a proteção dos EPIs é menor, mas tem a vantagem de não necessitar cálculos de fatores de correção.

Assim, um plugue pré-moldado que, na Norma 1984 (NRR) o fabricante indicava atenuação de 21 dB fica reduzida para apenas 17 dB na Norma ANSI 1997, método B.

Os enquadramentos na legislação especial ficaram assim propostos:

QUADRO EXEMPLIFICATIVO:

PERÍODO	ENQUADRAMENTO
Até 09.10.2001	Laudo com conclusão
De 10.10.2001 até a data da publicação desta IN	Norma ANSI S.12.6-1984 com correções (NRR)
Da data da publicação desta IN em diante	Norma ANSI S.12.6 método longo-1984(NRR) e Norma ANSI S.12.6-1997B(NRR-SF)

Considerando que de 10.10.2001 até a data de publicação da IN nº 78/2002 ter-se-á que acolher a Norma ANSI S.12.6-1984 com as correções da NIOSH, exigiu-se que, pelo menos a empresa obrigatoriamente nos indique as diferentes atenuações indicadas, por banda de frequência, existentes na bula do EPI utilizado, ou oferecendo as atenuações que forem calculadas pelo engenheiro da empresa e indicadas no Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT), pelo método longo.

Assim, analisando tais bandas de frequência os peritos do INSS não ficam restritos apenas ao cálculo da fórmula da Norma ANSI 1984, podendo decidir, caso a caso se há ou não efetiva proteção ou proteção eficaz do trabalhador.

Exemplo:

Bula do EPI ou cálculo efetivamente realizado pela empresa:

125 Hz	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
22,3	23,4	24,5	26,1	28,0	30,2	33,4	36,5	39,0

Observe-se que as atenuações são sempre maiores nas frequências altas, indicando que é muito mais difícil um EPI proteger adequadamente ruídos com frequências predominantemente graves (baixas) a ponto de se recomendar que, para ruídos de intensidade maior ou igual a 100 dBA se utilize dupla proteção, ou seja , EPI tipo concha e mais um EPI tipo plugue de inserção. (Elliot Berguer - U.S.A).

7.10 - T.W.A. = Time Weighting Average

O conceito de T.WA. significa que a dose de ruído foi projetada para uma jornada padrão de 8 horas. Assim, quando os trabalhadores de uma empresa, para não

trabalharem em sábados, acumulam jornadas de trabalho de 9,32 horas diárias, ou quando os trabalhadores têm jornadas de 4 ou 6 horas diárias, a dose tem que ser projetada para a jornada padrão de 8 horas. Essa dose projetada aparece nos Laudos Técnicos como dose **T.W.A.**, significando essa sigla a expressão: **Time Weighting Average (ou dose projetada).**

Portaria nº 19 de 09.04.98 do Ministério do Trabalho e Emprego.

Essa Portaria define os critérios para análise de Audiometrias, introduzindo o conceito de Audiometrias de Referência e Seqüenciais, as quais deverão aparecer no PPP= Perfil Profissiográfico Previdenciário emitido pelas Empresas, cujo modelo aparece na IN nº 78 de 16.07.2002.

Entende-se como Audiometria de Referência aquela que precede à Audiometria seqüencial, podendo ser a audiometria admissional , ou a primeira realizada pelo empregado na empresa.

A audiometria seqüencial é a última realizada pelo empregado e que será comparada com a audiometria de referência, segundo critérios existentes na Portaria 19.

Assim, a Portaria nº 19 assume o Anexo 1 da NR-7 (PCMSO) o qual indica:

1º - INTERPRETAÇÃO DO EXAME DE REFERÊNCIA:

- A) **Limiares aceitáveis:** perdas < ou = 25 dBNA (NR-7 item 7.4.1.1)
- B) **Sugestivo de perda auditiva** causada por NPS elevados: nas freqüências de 3, 4 e 6 kHz : maiores do que 25 dBNA. (NR-7 item 7.4.1.2)
- C) **Não sugestivo de perda auditiva** causada por NPS Elevados : **não se enquadram nos anteriores** (NR-7 item 7.4.1.3)

2º - INTERPRETAÇÃO DO EXAME SEQUENCIAL:

A) Situação denominada DESENCADEAMENTO (NR-7 item 7.4.2.1)

Audiometria de Referência ACEITÁVEL	Audiometria Seqüencial ACEITÁVEL (mas com perdas)
	<ul style="list-style-type: none"> • média de 3 - 4 e 6 kHz > 10 dBNA ou • Piora individual em 3 - 4 ou 6 kHz => 15 dBNA

**B) Situação denominada DESENCADEAMENTO TAMBÉM (NOVO CASO):
(NR-7 item 7.4.2.2)**

<u>Auditometria de Referência</u> ACEITÁVEL	<u>Audiometria Seqüencial</u> SUGESTIVA de PAI-NPSE
	<ul style="list-style-type: none"> • média de 3 - 4 e 6 kHz > 10 dBNA ou • Piora individual em 3 - 4 ou 6 kHz = > 15 dBNA

C) Situação denominada AGRAVAMENTO: (NR-7 item 7.4.2.3):

<u>Auditometria de Referência</u> SUGESTIVA de PAI-NPSE	<u>Audiometria Seqüencial</u> SUGESTIVA de PAI-NPSE
	<ul style="list-style-type: none"> • Média de 0,5 -1 - 2 ou 3 - 4 - 6 kHz > 10 dBNA e/ou • Piora individual em 0,5 e/ou 1e/ou - 2e/ou - 3 e/ou - 4 e/ou -6 kHz => 15 dBNA

RESUMO DO 2º NÍVEL DE INTERPRETAÇÃO - A SEQUENCIAL:

Audiometria REFERENCIAL	Audiometria SEQUENCIAL	CONCLUSÃO
ACEITÁVEL	ACEITÁVEL (mas com piora)	DESENCADEAMENTO
ACEITÁVEL	SUGESTIVO PAI-NPSE	DESENCADEAMENTO TAMBÉM (NOVO CASO)
SUGESTIVO PAI-NPSE	SUGESTIVO PAI-NPSE	AGRAVAMENTO

Observação:

Face às inúmeras variáveis de interpretação que tais exames apresentam, e especialmente tendo em conta que a **Portaria 19** apresenta critérios específicos referentes a se considerar variações na audiometria que deverá ser considerada “de referência”, dependendo das alterações observadas, muito provavelmente tais enquadramentos dependerão de “software” especializados para uma perfeita conclusão, pois o item 4.2.4 da Portaria 19 reza literalmente:

“ Para fins desta Norma Técnica, o exame audiométrico de referência permanece o mesmo até o momento em que algum dos exames audiométricos sequenciais for preenchido algum dos critérios apresentados em 4.2.1, 4.2.2 ou 4.2.3. Uma vez preenchido algum destes critérios, deve-se realizar um novo exame audiométrico, dentro dos moldes previstos no item 3.6.1 dessa Norma Técnica, que será, a partir de então, o novo exame audimétrico de referência. Os exames anteriores passam a constituir o histórico evolutivo da audição do trabalhador.”

8 - ROTINAS PARA ANÁLISES DE PROCESSOS DE APOSENTADORIAS ESPECIAIS

8.1 - O profissional da área médico-pericial do quadro permanente do INSS, preferencialmente com Curso de Pós Graduação em Medicina do Trabalho deverá proceder a análise desses processos seguindo rotina aqui sugerida, e utilizando para o assentamento dos dados o formulário DIRBEN 8248. Frequentemente as argumentações a serem utilizadas para o enquadramento ou não enquadramento carecem de espaço maior do que o existente no formulário padronizado, pelo que sugere-se que o mesmo seja informatizado, ampliando-se, o quanto necessário, o campo relativo às justificativas técnicas.

8.2 - Inicialmente procurar no processo os formulários denominados DIRBEN-8030 ou PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário) até 31/12/02 , objeto do § 1º do Art. 58 da Lei nº 8.213/91 com a redação dada pela Lei nº 9.032/95 e, se for o caso, seu respectivo Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT);

8.3 - Analisar cada DIRBEN-8030/PPP separadamente, emitindo ao final da análise um parecer consubstanciado com os motivos de enquadramento/ não enquadramento, oferecendo as bases legais ou indicando o item ou itens do Anexo respectivo ao Decreto que regulamenta os benefícios da Previdência Social, vigente à época dos períodos laborados;

8.4 - Considerar que os formulários necessariamente devem coincidir em suas informações com o conteúdo do Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT), uma vez que aquele tem seus dados obtidos a partir desse documento;

8.5 - Considerar que, em havendo divergência entre as informações constantes nesses dois documentos e outros tais como PPRA, PGR, PCMSO,PCA, PCMAT, o processo tem que ser baixado em diligência para se eliminar a contradição;

PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (NR-9 da Portaria nº 3214/78 do M.T.E.

PGR - Programa de Gerenciamento de Riscos (NR- 22)

PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (NR-7)

PCA - Programa de Conservação Auditiva

PCMAT - Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção

(NR-18)

9 - ANÁLISE DOS FORMULÁRIOS DIRBEN-8030/PPP

9.1 - A medida em que os dados forem sendo colhidos e analisados sugere-se já ir formatando esboço de parecer, em formulário apropriado (DIRBEN-8248) preferencialmente em texto informatizado, ampliando-se os campos de despachos conforme a necessidade, para salvamento em arquivo com denominação sugestiva do tipo de agente (s) em análise para facilitar o serviço em casos semelhantes e que envolvam os mesmos agentes nocivos ora oferecidos no documento em análise;

9.2 - Inicialmente conferir e anotar nome do segurado constante na capa do processo com o nome oferecido no formulário para análise;

9.3 - Verificar e anotar o nome da empresa/estabelecimento, a atividade desenvolvida, o setor onde a atividade se exerce e o tempo oferecido para ser procedida a análise do enquadramento;

9.4 - Inserir campo com a data da análise (ou reanálise se for o caso);

9.5 - Listar os agentes nocivos, sua intensidade de exposição e unidades de medição;

9.6 - Verificar no formulário e anotar se as medições são oferecidas em unidades adequadas. Exemplo: ruído contínuo ou intermitente em dBA, ruídos de impacto em dB ou dBC, calor em Graus Centígrados ou em IBUTG, e assim por diante;

9.7- Verificar e anotar se pela descrição da atividade há pressupostos de habitualidade e permanência da exposição ao agente nocivo oferecido, ou se ao contrário há evidências de eventualidade ou intermitência;

9.8 - Verificar e anotar se há oferecimento de LTCAT para qualquer período apresentado , se o agente nocivo for o agente físico ruído (NPSE);

9.9- Verificar e anotar se há oferecimento de LTCAT para qualquer agente nocivo, quando tal laudo é obrigatório (após 28.04.95- Lei nº 9.032 por força do texto da Ação Civil Pública nº 2000.71.00.030.435-2 de 26.10.2000);

9.10- Verificar e anotar se a empresa de vínculo fornecia tecnologia de proteção coletiva e/ou individual adequadas a neutralização da nocividade do(s) agente(s);

9.11- Verificar e anotar se no período oferecido já era obrigatória a informação quanto a existência de EPC/EPI na empresa de vínculo (EPI após 14.12.98- Lei 9.732 e EPC após MP 1523 de 13.10.96);

9.12- Verificar e anotar o oferecimento, no formulário que a nocividade do(s) agente(s) era(m) prejudiciais à saúde ou à integridade física;

9.13- - Verificar se todas as informações prestadas conferem com as informações oferecidas no LTCAT quando este é exigido;

9.14- - Verificar e anotar se o LTCAT foi elaborado por Engenheiro de Segurança do Trabalho ou por Médico do Trabalho conforme exige a legislação;

9.15- - Verificar e anotar se o LTCAT tem data de confecção contemporânea aos fatos que pretende atestar , ou se confeccionado em data posterior se faz

referência de que o “lay out” da empresa não se alterou ao longo do tempo para se manter válido, ou se houve alterações verificar em que datas e condições elas ocorreram;

- 9.16- - Verificar se os agentes nocivos contidos no LTCAT coincidem com os existentes no formulário inclusive quanto às intensidades/ concentração, tempo e efetiva exposição;
- 9.17- - Verificar e a notar, no caso de Laudo Individual, se o autor do laudo oferece documentação de seu órgão de classe indicativo da especialidade declarada;
- 9.18- - Verificar e anotar, no caso de Laudo Individual, se o processo apresenta documentação indicativa da contratação dos serviços do autor do laudo técnico por parte da Empresa ou se o mesmo é seu funcionário;

OBS- Para todos os casos, observar se os documentos apresentados, quando em cópia, se as mesmas são autenticadas. O mesmo é válido para o caso de tratar-se de cópias de laudos coletivos ou individuais, podendo ser estes, originais, ou portando autenticação feita pelo profissional da habilitação do INSS. O efeito jurídico da autenticação por cartório ou por conferente da instituição atende ao que dispõe a resolução INSS/PR Nº 279 de 28 de junho de 1995 e à Lei 9.794, Art. 22, § 2º e § 3º de 28 de janeiro de 1999, com o que, os documentos sem autenticação, não têm sustentação como instrumento de prova documental apresentada.

- 9.19- - Conclusão: ao realizar a conclusão do parecer para cada formulário, o profissional da área médico-pericial do quadro permanente do INSS deverá, necessariamente consubstanciar sua opinião, indicando a base legal, quando o parecer for favorável ao enquadramento na legislação especial, sendo mais importante ainda quando negar tal enquadramento, de modo a cumprir o que determina a Lei n.º 9.784 de 29.01.99 especialmente no tocante ao seu Art. 50 e parágrafos;
- 9.20- - No caso de parecer favorável quanto ao enquadramento, necessariamente o profissional da área médico-pericial do quadro permanente do INSS deverá indicar o item numérico (código) do Anexo do RPS (Decreto) que vigorava à época dos trabalhos prestados, em atendimento ao texto da Ação Civil Pública que determinou, liminarmente, tais análises por esses Atos Normativos vigentes à época de tais períodos laborados (direito adquirido fracionado).
- 9.21- Para o despacho de enquadramento proposto, o modelo do Anexo XI DIRBEN 8248 da IN 78/02, consiste em referência de orientação, com possibilidades de boa síntese técnica e informativa a respeito da variabilidade e peculiaridade com que possa apresentar-se cada caso de laudo técnico. Permite também incluir no mesmo Anexo, análises para empresas e períodos diferentes desde que o enquadramento ou não, se faça acompanhar das justificativas técnicas e argumentos pertinentes. A precisão das informações e das conclusões fica reforçada com o fato da inserção do código e anexo dos diplomas legais no quadro informativo referente ao enquadramento.

ANÁLISE E DECISÃO TÉCNICA DE ATIVIDADE ESPECIAL

NOME DO SEGURADO		Nº DO BENEFÍCIO/PROCESSO 42/	
<p>Da análise técnica procedida na documentação encaminhada ao Serviço/Seção de Gerenciamento de Benefícios por Incapacidade sob o ponto de vista de verificação e informação se no(s) período(s) de trabalho o segurado esteve efetivamente exposto a agentes químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes nocivos concluímos que:</p> <p>() o Laudo Técnico não contém elementos para comprovação da efetiva exposição aos agentes nocivos contemplados na legislação.</p>			
EMPRESA		PERÍODO	
- Justificativas técnicas:			
<p>() o Laudo Técnico contém elementos de que o segurado esteve exposto a agentes nocivos, mas não de forma permanente, não ocasional e nem intermitente.</p>			
EMPRESA		PERÍODO	
- Justificativas técnicas:			
<p>() O segurado esteve exposto a agente nocivo de modo habitual e permanente, conforme a seguir:</p>			
EMPRESA	PERÍODO	AGENTE NOCIVO	
Observações/justificativas técnicas:			

Encaminhar à Agência/Unidade de origem:

Médico Perito/Assinatura/Carimbo e Matrícula

CÓDIGO _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

DIRBEN8248

O formulário abaixo proposto, orienta de forma pertinente e é instrumento sugestivo e facilitador ao enquadramento ou não. Devem ser utilizadas as informações nele contidas, para o preenchimento do Anexo XI DIRBEN 8248 da IN 78/02.

EXEMPLO:

APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

AUTOR:

EMPRESA:

ATIVIDADES:

SETOR:

PERÍODO: _____, (conforme DIRBEN-8030/PPP às fls.)

ANÁLISE EM : ____/____/____.

1. Agentes nocivos: **óleos, graxas, vibrações, químicos, gases de solda(fumos metálicos), radiações não ionizantes, radiações ionizantes, calor, poeira, biológicos , umidade, eletricidade, frio, ruído de 96 dB(A) associação de agentes;**
2. Agentes **óleos e graxas** dependem do tipo de material utilizados. Apenas são enquadráveis na legislação especial os óleos e graxas de **origem mineral** compostos por **hidrocarbonetos alifáticos ou aromáticos** que são os cancerígenos, e desde que não devidamente neutralizados por tecnologias de proteção (cremes protetores);
3. Não foram fornecidos os tipos de óleos minerais, nem se especificou o tipo de hidrocarbonetos;
4. O **agente vibrações** só permite o enquadramento na legislação especial quando o forem exposições de corpo inteiro, em trabalhos com martelletes pneumáticos ou assemelhados e independe de limite de tolerância. Habitualmente este agente está ligado à presença do agente ruído, constituindo um sinergismo positivo que amplia sua nocividade;
5. Os **agentes químicos** devem ser oferecidos com sua denominação técnica, não sendo aceitáveis expressões tais como “ tintas e solventes” pois não indicam seus componentes básicos;
6. Mais, os **agentes químicos** relacionados no Anexo 11 da NR-15 da Port. 3214/78 do MTE , dependentes de limite de tolerância, exigem explicitação dos níveis de exposição para a devida apreciação técnica;
7. Os **fumos metálicos** somente são enquadráveis quando provenientes de soldas tipo oxiacetilênica, e solda MIG, e desde que não existam tecnologias de proteção coletiva (aspiração negativa no ponto de soldagem, ventilação adequada) ou não fornecimento de tecnologias de proteção individual (máscaras, óculos);

8. As **radiações não ionizantes** somente são enquadráveis até 05.03.97, por não constarem do Anexo IV do Dec. 2172/97, quando originadas das operações de soldagem, e desde que não adequadamente neutralizadas por tecnologias de proteção individual ou coletiva;
9. As **radiações ionizantes** são contempladas na legislação especial, desde que as exposições o sejam de modo habitual e permanente, em toda a jornada de trabalho, independentemente de limite de tolerância;
10. O **agente calor** não é proveniente de fontes artificiais, as únicas contempladas na legislação especial, (item 1.1.1 Anexo III Dec. 53831/64, 2.0.4 do Anexo IV do Dec. 3048/99 – Orientação Jurisprudencial nº 173 (SDI-1 TST – Art. 182 da IN nº 78) nem teve oferecimento dos níveis de exposição em graus centígrados conforme determina o Anexo III do Dec. 53831/64 nem em IBUTG conforme determinam os Anexos IV dos Dec. 2172/97 e 3048/99, nem se informa o tipo de atividade, se leve, moderada ou pesada, em relação aos níveis de dispêndio energético da atividade exercida, nem a atividade pressupõe exposição a tal agente de modo habitual nem permanente, o que impede a análise técnica;
11. Quanto ao **agente poeiras** somente são enquadráveis as de origem mineral como **asbesto, manganês, sílica livre e carvão mineral**, sendo os três primeiros dependentes de limites de tolerância, não tendo sido oferecido o tipo de material em suspensão, nem os níveis de exposição no setor em que o autor labora, pelo que tecnicamente não é possível o enquadramento;
12. Quanto ao **agente poeiras** somente são enquadráveis as de origem mineral como **asbesto, manganês, sílica livre e carvão mineral**, sendo os três primeiros dependentes de limites de tolerância, não tendo sido oferecido o tipo de material em suspensão, nem os níveis de exposição no setor em que o autor labora, pelo que tecnicamente não é possível o enquadramento;
13. **Agentes biológicos**: a legislação especial apenas contempla as exposições aos agentes biológicos de **natureza infecto-contagiosa** (alta transmissibilidade), existentes nas unidades hospitalares de isolamento, no preparo de vacinas, contato com animais infectados, trabalhos de necropsia e anatomia patológica, trabalhos de exumação de corpos , manipulação de resíduos de animais deteriorados, trabalhos em galerias, fossas e tanques de esgoto, esvaziamento de biodigestores, na coleta e na industrialização do lixo, **desde que as exposições sejam habituais e permanentes e tais agentes sejam à saúde ou à integridade física** ;
14. O **agente umidade** só permite enquadramento nas atividades realizadas em locais encharcados, e não simples manuseio de água como em lavanderias ou cozinhas, e limitado o enquadramento até 05.03.97, porquanto tal agente não mais é contemplado no Anexo IV do Dec. 2172/97;
15. O **agente eletricidade** só permite o enquadramento quando os trabalhos são realizados de modo habitual e permanente com **tensões elétricas superiores a 250 Volts**, pressupondo-se trabalhos em linhas vivas e não simples operações como apertando botões em centrais protegidas, limitados os enquadramentos até 05.03.97, porquanto tal agente não mais é contemplado no Anexo IV do Dec. 2172/97. Os trabalhos realizados em linhas telefônicas localizadas próximas às linhas energizadas, embora possam ocasionar acidente típicos, não pressupõe enquadramento na

legislação especial pela inexistência de exposição fática de modo habitual e permanente às tensões elétricas exigidas na legislação especial;

16. O **agente frio** somente permite contemplar as atividades desenvolvidas de modo habitual e permanente quando realizado em câmaras frias com temperaturas inferiores a 12°C, de conformidade com o ítem 1.1.2 do Anexo III do Dec. 53831/64 e limitado o enquadramento até 05.03.97, porquanto tal agente não mais é contemplado no Anexo IV do Dec. 2172/97;
17. Agente físico **ruído (NEPS)** somente é enquadrável em níveis de exposição acima de 80 decibéis, com filtro “A” até 05.03.97 por força do Art. 292 do Dec. 611 e do Parecer CJ/MPAS 223/95 (DOU de 04.09.95), muito embora tal limite não mais constasse do texto do Dec. 83080/79 , o qual preconizava enquadramento apenas acima dos 90 decibéis “A”;
18. No caso se oferece exposição ao agente **ruído (NEPS)** de XX dB, sem indicar, no entanto, medição em unidade adequada, porquanto ruídos contínuos ou intermitentes são mensurados com o filtro (circuito) “A” e em escala “ slow (lenta), nem se informa se tal medição é média, medição máxima ou mínima, nem se indica se o ruído é contínuo ou intermitente. O oferecimento de medição do **agente ruído** em dB nos permite pressupor medição em decibéis lineares, apenas adequados a medições do ruído de impacto, cujo limite de tolerância é de 130 dB ou 120 dB em escala “ C”. A exposição menor do que tal limite de tolerância não permite o enquadramento;
19. O formulário (**DIRBEN/PPP**) indica/omite a existência de tecnologias de proteção individual previstas na legislação trabalhista (NR-6;NR-9 e NR-15 da Port. 3214/78) que, quando presente e por adequadas, elidem a nocividade do agente;
20. A **conclusão** no formulário/laudo (LTCAT) **omite** informações relativas à eventual nocividade dos agentes à saúde ou à integridade física;
21. **NÃO ENQUADRADO**;
22. Ao OL de origem em devolução, devendo ser analisada a possibilidade de eventual enquadramento POR ATIVIDADE para períodos laborados até 28.04.95 se o enquadramento técnico não tiver sido possível.

Em dd/mm/aaaa

Dr. XXXXXX XXXX
Matrícula – SIAPE
GBENIN XXXXXX

EXEMPLO:
APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

AUTOR:

EMPRESA:

ATIVIDADES:

SETOR:

PERÍODO: _____, (conforme DIRBEN-8030/PPP às fls XX.)

ANÁLISE EM: ____/____/____.

1. Agentes nocivos oferecidos: **associação de agentes** por trabalhos realizados em minas e em subsolo: umidade, poeiras minerais, gases tóxicos, ruído, ventilação mecânica deficiente;
2. **Enquadrado pelo item 1.2.10.**
I . por laborar em SUBSOLO nas FRENTE DE SERVIÇO - **15** anos do Anexo III do Dec. 53831/64;
3. **Enquadrado pelo item 1.2.10.**
II- –por laborar em SUBSOLO, AFASTADO DAS FRENTE DE SERVIÇO- **20** anos do Anexo III do Dec. 53831/64;
4. **Enquadrado pelo item 1.2.10.**
III – por laborar em SUPERFÍCIE - **25** anos do Anexo III do Dec. 53831/64;
5. Ao OL de origem para avaliar a possibilidade de enquadramento por atividade, se couber, e quando não tiver sido acolhido o pleito tecnicamente, mas somente até 28.04.95, data da Lei 9.032 que extinguiu os enquadramentos por atividades.

Em dd/mm/aaaa

Dr. XXXXXX XXXX
Matrícula - SIAPE
GBENIN XXXXXX

AÇÃO ORDINÁRIA PREVIDENCIÁRIA

10 - APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

AUTOR:

GBENIN

1. Ciente em dd/mm/aaaa

2. Processo chega ao GBENIN para indicação de Assistente Técnico e formulação de Quesitos;

3. Indicamos o Dr. XXXXXXXXX matrícula SIAPE Nº para atuar como Assistente Técnico;

QUESITOS:

1. Diga o Sr. Perito se o autor da ação exerce ou exerceu atividade laborativa como empregado da Empresa XXXXXXX e em que período;
2. Diga o Sr. Perito, no caso de resposta afirmativa ao quesito anterior se o autor da ação exerceu suas atividade submetido a ação de algum agente nocivo;
3. Diga o Sr. Perito no caso de resposta afirmativa ao quesito anterior qual o tipo de agente nocivo e se o mesmo é prejudicial a saúde ou à integridade física.
4. Diga o Sr. Perito, no caso de resposta afirmativa ao quesito anterior qual a intensidade/concentração do agente nocivo, e a metodologia utilizada para as mensurações;
5. Diga o Sr. Perito se a empresa fornecia tecnologias de proteção coletiva e/ou individual efetiva. Justifique;
6. Diga o Sr. Perito, no caso de resposta afirmativa ao quesito anterior quais eram tais tecnologias e se as mesmas são indicadas no Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho da Empresa;
7. Diga o Sr. Perito, no caso do agente nocivo oferecido for o agente ruído (Nível de Pressão Sonora Elevada) se as tecnologias de proteção individual além de presentes apresentavam fator de atenuação dos níveis de pressão sonora (Nível de Redução de Ruído –NRR ou NRR(SF) suficientes para deixar o resultado final abaixo do limite de tolerância vigente nos períodos laborados oferecidos.
8. Diga o Sr. Perito quais os exames médicos periódicos realizados, suas datas respectivas e os correspondentes exames complementares, declinando os respectivos resultados.

Em dd/mm/aaaa

Dr. XXXXXX XXXX
Matrícula - SIAPE
GBENIN XXXXXX

11. PERFIL PROFISSIONGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO - PPP

Até 31.12.2002 podem ser utilizados opcionalmente tanto o DIRBEN-8030 quanto o PPP.

A partir de 01.01.2003 o PPP passa a substituir o DIRBEN-8030, devendo ser apresentado, no requerimento o auxílio-doença, conforme está preceituado na alínea b do parágrafo 3º do inciso 6º do artigo 188 da IN INSS/DC nº 078/02: “para ser encaminhado à Perícia Médica da Previdência Social, em meio físico (papel), por ocasião do requerimento de benefícios por incapacidade.”

Para a análise técnica o médico perito do INSS, de posse do PPP não necessitará analisar o LTCAT o qual existirá, mas deverá ficar na empresa à disposição dos AFPS e da Perícia Médica.

ANEXO XV INSTRUÇÃO NORMATIVA INSS/DC Nº 78/2002



PERFIL PROFISSIONGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO - PPP

1	Empresa/Estabelecimento: CNPJ	2	NIT (PIS/PASEP)	3	CNAE
		4	CBO	5	ANO
6	Nome do Trabalhador				
7	DN.				
8	SEXO				
9	Admissão na Empresa	10	CTPS	11	CAT emitida no período: SIM () NÃO () Data da Emissão: / / . Nº
12	Requisitos da Função:				

DESCRIÇÃO PROFISSIONGRÁFICA							
13	Descrição das Atividades:						
14	Período	15	Setor	16	Cargo	17	Função
	___/___/___ a ___/___/___						

EXPOSIÇÃO											
18	Período	19	Agente	20	Intensidade/ Concentração	21	Técnica Utilizada	22	Proteção eficaz EPI/EPC	23	GFIP Código

EXAMES MÉDICOS CLÍNICOS E COMPLEMENTARES								
24	Data	25	Tip o	26	Descrição dos Resultados (normas/alterado)			
					Exame audiométrico de referência:			
					Orelha Direita	Orelha esquerda	Orelha Direita	Orelha Esquerda
					() Normal	() Normal	() Normal	() Normal
					() Anormal	() Anormal	() Anormal () Estável () Agravamento	() Anormal () Estável () Agravamento
					() Ocupacional	() Ocupacional	() Ocupacional	() Ocupacional
					() Não Ocupacional	() Não Ocupacional	() Não Ocupacional	() Não Ocupacional
27	Exposição agente nocivo:	a	() Habitual/Permanente	() Ocasional/intermitente	() Ausência de Agente Nocivo			
28	Data da Emissão do Documento: _____/_____/_____							

Responsável pelas Avaliações/Informações		
<p>Nome e CRM do Médico do Trabalho/ou Coordenador do PCMSO</p>	<p>Nome e CRM/CREA do Responsável pelo LTCAT</p>	<p>Gerente de RH (assinatura e carimbo)</p>
<p><i>As informações são verídicas e fundamentadas por LTCAT/ PPRA/PGR e PCMSO</i></p>		

Instruções de Preenchimento

O PPP é um documento histórico laboral pessoal com propósitos previdenciários para informações relativas à fiscalização do gerenciamento de riscos, existência de agentes nocivos no ambiente de trabalho, para orientar programa de reabilitação profissional, requerimento de benefício acidentário e de aposentadoria especial;

O PPP é composto por vários campos que integram informações extraídas do Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT), do PPRA, do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e do PCMSO com informações administrativas;

Deve ser mantido no estabelecimento no qual o trabalhador estiver laborando seja esta a empresa de vínculo empregatício ou de prestação de serviço;

O PPP deve ser entregue ao trabalhador quando da rescisão contratual e deve ser mantido atualizado, contendo todas as alterações ocorridas nas atividades desenvolvidas pelo empregado, quando tiver havido alterações ambientais que alterem medições de intensidade ou qualidade de algum agente nocivo e entregue ao empregado por ocasião do encerramento do contrato de trabalho;

Pode ser produzido em papel ou meio magnético. Neste caso deverá haver um documento assinado pelos responsáveis técnicos e administrativos validando os PPP do período

Empresa/ Estabelecimento:	Carimbo com o CNPJ do estabelecimento no qual o trabalhador executou suas funções;
Ano:	O PPP inicial será complementado periodicamente, quando houver alterações de funções ,com ou sem alteração de códigos de GFIP/SEFIP, por ocasião de requerimento de benefício acidentário, por ocasião de encerramento de contrato de trabalho. E para requerer aposentadoria especial
Ocorrência GFIP:	Código previsto em manual SEFIP.
Setor:	Descrição usada pela empresa para o posto de trabalho predominante.
Cargo/Função :	Descreve a tarefa principal sendo, geralmente, a denominação na carteira de trabalho
Descrição das atividades:	Usando verbos no infinitivo, relaciona as atividades que compõem o trabalho.
Exposição:	Registro das exposições aos agentes listados no anexo IV.
Natureza do agente:	Não omitir nenhum dos agentes listados no anexo IV do RPS mesmo que não haja exposição mas apenas sujeição.
Intensidade/ Concentração :	Quantificação ambiental do agente, quando couber. Quando não couber a quantificação, citar apenas a expressão “qualitativa”.
Neutralização:	Indicar se a empresa fornece tecnologias de proteção coletiva e/ou individual eficazes no sentido de neutralizar a nocividade dos agentes elencados. Responda afirmativamente com Sim se tais tecnologias são eficazes ou com resposta NÃO no caso contrário.
GFIP:	Indicar o respectivo código da GFIP/SEFIP existente no campo 33 do referido documento.

Exames:	Descrever os exames realizados para controle médico ocupacional do tipo admissionais, periódicos, de retorno de afastamento ou de troca de função. Mas somente aqueles relacionados aos riscos ambientais que forem constatados.
Responsáveis :	É indispensável se declinar os nomes do Coordenador do PCMSO, do Eng. de Segurança do Trabalho (se houver) e do responsável pela elaboração do Laudo Ambiental bem como a assinatura do emitente do PPP (gerente de RH ou preposto da empresa).
<p>A empresa contratante de terceiros que atuam no estabelecimento deve guardar os PPP destes junto aos de seus empregados próprios no estabelecimento em que prestam serviço.</p> <p>O PPP pode ser mantido atualizado em meio magnético, sendo facultada a adição de campos com informações complementares a critério da empresa.</p> <p>As informações sobre resultado de exames a serem inseridos no PPP devem obedecer as normas regulamentadoras da Portaria 3.214/78. No caso de agente físico ruído tais informações devem atender aos preceitos do anexo I da NR 7.</p>	