



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GOVERNO

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 05/2015

Dispõe sobre padronização dos procedimentos para concessão de licença para tratamento de saúde, atestado para ingresso no serviço público e aposentadoria por invalidez, nos termos do decreto 174/2009 e em conformidade com a LC 37/2007.

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA ROSA, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas pela legislação vigente,

Considerando os princípios que fundamentam os atos da administração pública, em especial os da supremacia do interesse público, da legalidade e da economicidade.

DETERMINA:

Art. 1º Os procedimentos para concessão de licença para tratamento de saúde, atestado para ingresso no serviço público e aposentadoria por invalidez obedecerão ao disposto nesta instrução normativa.

Art. 2º A Junta de Perícia Médica oficial do município, regulamentada pelo decreto 174/2009 procederá a análise pericial dos exames necessários para ingresso no serviço público, emitindo atestado conforme modelo disposto no Anexo I, que é parte integrante desta instrução normativa.

Parágrafo único. Caso entenda necessário, a Junta de Perícia Médica solicitará exames complementares ou laudo do médico assistente conforme disposto no Anexo II, que é parte integrante desta instrução normativa.

Art. 3º Na ocasião da perícia médica para ingresso no serviço público, a Junta de Perícia Médica analisará o prontuário que deverá ser respondido pelo candidato conforme modelo disposto no Anexo III, que é parte integrante desta instrução normativa.

Art. 4º A Junta de Perícia Médica procederá a análise pericial do atestado médico de afastamento de servidor e emitirá laudo médico pericial, conforme Anexo IV que é parte integrante desta instrução normativa.

Art. 5º A Licença para Tratamento de Saúde somente será concedida com a apresentação de laudo médico pericial emitido pela Junta de Perícia Médica do município, acompanhado do atestado médico.

Art. 6º A Junta de Perícia Médica determinará a quantidade de dias de afastamento do servidor ou o retorno imediato ao serviço, podendo discordar do atestado médico.

Art. 7º Caso entenda necessário, a Junta de Perícia Médica solicitará exames complementares para conclusão da perícia, de acordo com o modelo disposto no Anexo II, que é parte integrante desta instrução normativa.

Art. 8º Nos atestados médicos de servidoras gestantes deverá constar a quantidade de semanas da gestação.

Art. 9º A apresentação dos laudos e atestados médicos nos órgãos de recursos humanos municipais é de inteira responsabilidade do servidor.



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GOVERNO

Art. 10 Para os afastamentos descritos nos artigos 9º e 11 do decreto 174/2009, a Junta de Perícia Médica encaminhará os servidores para acompanhamento nas instituições pertinentes e solicitará relatório mensal de acompanhamento.

Parágrafo único. Para o encaminhamento disposto no *caput* deste artigo a Junta de Perícia Médica preencherá o formulário de encaminhamento conforme Anexo V, que é parte integrante desta instrução normativa.

Art. 11 A Junta de Perícia Médica procederá a análise pericial e emitirá laudo médico para aposentadoria por invalidez, readaptação ou limitação de funções, conforme modelo constante no Anexo V que é parte integrante desta instrução normativa.

Parágrafo único. Caso entenda necessário, a Junta de Perícia Médica solicitará exames complementares ou laudo do médico assistente conforme disposto no Anexo II, que é parte integrante desta instrução normativa.

Art. 12 Esta instrução normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Santa Rosa, em 30 de julho de 2015.

ALCIDES VICINI  
Prefeito Municipal

Registre-se e publique-se.

LINA HELENA MICHALSKI  
Secretária de Administração e Governo



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GOVERNO

ANEXO I

ATESTADO DE SAÚDE PARA INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

Nome do(a) candidato(a): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Atestamos que o candidato ESTÁ APTO para assumir o cargo.

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Descrever possíveis alterações em exames médicos ou deficiências que possam determinar  
limitação de funções)

Atestamos que o candidato NÃO ESTÁ APTO para assumir o cargo.

Motivo:

Os exames médicos comprovaram que o candidato não goza de saúde física e/ou  
mental para assumir o cargo.

Descrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necessário apresentar exames complementares.

Descrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Santa Rosa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GOVERNO

ANEXO II

SOLICITAÇÃO DE LAUDO/EXAMES COMPLEMENTARES

Nome do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Apresentar os exames complementares abaixo relacionados no prazo de \_\_\_\_\_ dias:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apresentar laudo(s) médico(s) no prazo de \_\_\_\_\_ dias conforme as seguintes especificações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apresentar declaração do médico assistente constando quais atividades não podem ser exercidas pelo(a) servidor(a) dentro das atribuições do cargo no prazo de \_\_\_\_\_ dias .

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ no prazo de \_\_\_\_\_ dias.

Santa Rosa, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GOVERNO

ANEXO III

PRONTUÁRIO MÉDICO

Nome do(a) candidato(a): \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ DATA NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

As suas doenças anteriores e a dos seus familiares são de grande importância para as informações médicas. No futuro você poderá recorrer ao médico e este saberá grande parte das informações necessárias para tratá-lo. Se tiver alguma dificuldade para responder a este questionário, peça ajuda.

Você é responsável legalmente pelas informações aqui contidas, portanto a inexatidão das mesmas poderá trazer-lhe problemas legais futuros.

Responda o questionário a seguir marcando ( )SIM ou ( )NÃO.

1. Se a resposta marcada SIM não for para você, mas para alguém da família, especifique o grau de parentesco na linha abaixo de cada questão.

Problemas de visão	Reumatismo	Asma	Bronquite	Depressão	Epilepsia	Câncer	Diabetes
( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO

2. Para respostas marcadas com SIM, especifique na linha abaixo da questão.

Fuma	Alcoolismo ou drogas	Acidente	Acidente de trabalho	Fratura	Cirurgia	Sequela	Internação
( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO

Problema de pele	Diarreia frequente	Dor de estômago	Doença de ouvidos	Problema de audição	Doença do trabalho	Problema musc/tendinite	Lombalgia
( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO	( )SIM ( )NÃO

Teve algum outro problema de saúde? ( )SIM ( )NÃO:

Especifique: \_\_\_\_\_

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras, estando ciente de que a falsidade nas informações implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Assinatura do Candidato

Analisado pelos membros da Junta de Perícia Médica:

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

“Doe órgãos, doe sangue: Salve vidas”



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GOVERNO

ANEXO IV

LAUDO MÉDICO PERICIAL

Nome do(a) Servidor(a): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Secretaria/Departamento: \_\_\_\_\_

Autorizada a Licença para Tratamento de Saúde por \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias,  
a contar de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Não autorizada a Licença para Tratamento de Saúde.

Motivo:

Não apresentou elementos suficientes para comprovar a necessidade de Licença para Tratamento de Saúde.

Descrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necessário apresentar exames complementares.

Descrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Santa Rosa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GOVERNO

ANEXO V

ENCAMINHAMENTO DE SERVIDOR

A Junta de Perícia Médica do Município de Santa Rosa encaminha o(a) servidor(a) \_\_\_\_\_ ocupante do cargo de \_\_\_\_\_ ao \_\_\_\_\_

O servidor necessita de acompanhamento de forma periódica para verificar a evolução de seu tratamento e de seu estado de saúde.

Obs: \_\_\_\_\_

Santa Rosa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Encaminhamos o presente relatório à junta de perícia médica referente à evolução do servidor \_\_\_\_\_ que foi atendido para realização de seu tratamento nas datas abaixo relacionadas:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

O servidor apresentou a seguinte evolução: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Santa Rosa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo da entidade  
que atendeu o servidor



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GOVERNO

ANEXO VI

LAUDO MÉDICO PARA APOSENTADORIA POR  
INVALIDEZ/READAPTAÇÃO/LIMITAÇÃO DE FUNÇÃO

No dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ o(a) servidor(a) \_\_\_\_\_  
nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, do sexo \_\_\_\_\_, de regime estatutário, ocupante do cargo  
de \_\_\_\_\_, nível \_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_, carga horária de \_\_\_\_ horas semanais de  
serviço, lotado(a) na Secretaria Municipal de \_\_\_\_\_, nesta prefeitura  
municipal, foi avaliado(a) pela Junta de Perícia Médica, que após análise dos laudos médicos,  
exames complementares, concluíram que o servidor(a) está:

Inapto(a) para desenvolver todas as atividades profissionais em caráter  
definitivo, em consequência de apresentar a(s) seguinte(s) doença(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, sob  
o(s) código(s) \_\_\_\_\_ (CID),  
em conformidade com o artigo 22 e 23, da Lei Municipal nº 4.521 de 11 de maio de  
2009. A respectiva doença é decorrente de \_\_\_\_\_  
(acidente de trabalho/ moléstia profissional/nenhum) sendo esta doença de natureza  
\_\_\_\_\_ (grave/contagiosa/incurável) e, portanto, com parecer  
favorável à sua APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. (Caso a doença seja considerada  
grave, contagiosa ou incurável) Está relacionada com a(s) doença(s) prevista(s) no art. 23,  
§ 5º da Lei Municipal nº. 4521/2009: \_\_\_\_\_, (tuberculose ativa/ hanseníase/  
alienação mental/ neoplasia maligna/cegueira/ paralisia irreversível e incapacitante/ cardiopatia grave/  
doença de Parkinson/ espondiloartrose anquilosante/nefropatia grave/ estado avançado da doença de  
Paget (osteíte deformante)/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS/ contaminação por  
radiação com base em conclusão da medicina especializada/ hepatopatia grave/ NENHUM)

Inapto(a) para desenvolver as atividades inerentes ao seu cargo em caráter  
definitivo, em consequência de apresentar a(s) seguinte(s) doença(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, sob  
o(s) código(s) \_\_\_\_\_ (CID).  
Portanto, o parecer é favorável à sua READAPTAÇÃO nos termos do art. 25 da Lei  
Complementar 37, de 21 de novembro de 2007 conforme as seguintes limitações  
funcionais:

Apto(a) para desenvolver as atividades inerentes ao seu cargo com as seguintes  
limitações funcionais: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica

Assinatura e carimbo do médico  
membro da junta médica