



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE GESTÃO E FAZENDA

Instrução Normativa nº 09, de 23 de agosto de 2018.

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 e revoga a Instrução Normativa nº 05, de 30 de julho de 2015 e suas alterações.

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, da eficiência e da economicidade;

Considerando a busca da modernização da gestão e a necessidade de adoção de medidas administrativas para gerenciamento adequado dos procedimentos administrativos;

Considerando a necessidade de normatizar os procedimentos dispostos no Decreto 174/2009 e suas alterações para o pleno êxito do controle, do fluxo e da oficialização dos trâmites administrativos relacionados à saúde funcional dos servidores;

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 por mais de 15 (quinze) dias e emitirá laudo médico pericial, sendo que os atestados com mais de 3 (três) dias, até 15 (quinze) dias, serão analisados pelo Médico Oficial do Município conforme Anexo IV que é parte integrante desta instrução normativa.

Parágrafo único. A licença concedida dentro de 60 (sessenta) dias do término de outra da mesma espécie será considerada como prorrogação.

Art. 5º A Licença para Tratamento de Saúde com mais de 3 (três) dias somente será concedida com a apresentação de laudo médico pericial emitido por Médico Oficial do Município até 15 (quinze) dias e, por período superior a 15 dias, pela Junta de Perícia Médica, sendo que devem ser apresentados acompanhados do atestado médico.

Art. 6º A Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família somente será concedida mediante a apresentação da Declaração de Indispensabilidade para Acompanhamento de Familiar, conforme modelo disposto no Anexo VII, que é parte integrante desta Instrução Normativa, acompanhada do atestado médico para até três dias e, a partir do quarto dia, inclusive este, acompanhada do atestado médico e do laudo médico pericial emitido por Médico Oficial, para licenças de até 15 (quinze) dias, ou pela Junta de Perícia Médica do município, para licenças com mais de 15 (quinze) dias.

Parágrafo único. A simples apresentação da Declaração de Indispensabilidade para Acompanhamento de Familiar por si só não garante o deferimento da Licença por Motivo de Doença em



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE GESTÃO E FAZENDA

Pessoa da Família, sendo que a indispensabilidade será avaliada e acompanhada pela administração municipal, nos termos do § 3º do art. 110 da Lei Complementar nº 37/2007.

Art. 7º É responsabilidade exclusiva do servidor solicitar o agendamento da perícia médica de seu atestado a ser realizado pela Junta de Perícia Médica, o qual deverá ser efetuado junto ao Departamento de Recursos Humanos ou repartição equivalente de cada órgão do poder público municipal.

Art. 8º A Junta de Perícia Médica e o Médico Oficial do Município tem plena autonomia e autoridade para determinar a quantidade de dias de afastamento do servidor ou o retorno imediato ao serviço, podendo discordar do atestado médico.

Art. 9º Caso entenda necessário, o Médico Oficial do Município e a Junta de Perícia Médica solicitarão exames complementares para conclusão da perícia, de acordo com o modelo disposto no Anexo II, que é parte integrante desta instrução normativa.

Art. 10 Nos atestados médicos de servidoras gestantes deverá constar a quantidade de semanas da gestação.

Art. 11 A apresentação dos laudos e atestados médicos nos órgãos de recursos humanos municipais é de inteira responsabilidade do servidor.

Art. 12 Para os afastamentos descritos nos artigos 9º e 11 do decreto 174/2009, o Médico Oficial do Município e a Junta de Perícia Médica encaminharão os servidores para acompanhamento nas instituições pertinentes e solicitarão relatório mensal de acompanhamento.

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

Art. 13 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 VI 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. 14 Ficam revogadas as seguintes Instruções Normativas:

- I - Instrução Normativa nº 05, de 30 de julho de 2015;
- II - Instrução Normativa nº 08, de 17 de novembro de 2015;
- III - Instrução Normativa nº 03, de 26 de fevereiro de 2018;
- IV - Instrução Normativa nº 05, de 19 de março de 2018;

Art. 15 Esta instrução normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito Municipal de Santa Rosa, em 23 de agosto de 2018.

ALCIDES VICINI
Prefeito Municipal

Registre-se e publique-se.

LEILA ISABEL LEITE PIEKALA
Secretária de Gestão e Fazenda



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE GESTÃO E FAZENDA

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



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE GESTÃO E FAZENDA

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 Oficial



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE GESTÃO E FAZENDA

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 inexactidão 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

Analizado 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

“Doe órgãos, doe sangue: Salve vidas”

Av. Expedicionário Weber, 2983 – Santa Rosa/RS – www.santarosa.rs.gov.br Fone (55) 3511-5100



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE GESTÃO E FAZENDA

ANEXO IV
LAUDO MÉDICO PERICIAL

Nome do(a) Servidor(a): _____

Cargo: _____ Matrícula: _____

Secretaria/Departamento: _____

☐ Autorizada a Licença para: () Tratamento de Saúde,
() Tratamento de Saúde de Familiar,
por ____ (____) dias, a contar de ____/____/____.

☐ Não autorizada a Licença para: () Tratamento de Saúde
() Tratamento de Saúde de Familiar.

Motivo:

☐ Não apresentou elementos suficientes para comprovar a necessidade de Licença.

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 Oficial



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE GESTÃO E FAZENDA

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

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 GESTÃO E FAZENDA

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



MUNICÍPIO DE SANTA ROSA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE GESTÃO E FAZENDA

ANEXO VII
DECLARAÇÃO DE INDISPENSABILIDADE
PARA ACOMPANHAMENTO DE FAMILIAR

Eu, _____,
RG _____ CPF _____, servidor público municipal,
ocupante do cargo de _____, declaro
para os devidos fins que **é indispensável a minha assistência direta** no tratamento de saúde de
meu(minha) _____ e que a referida assistência para tratamento médico
não pode ser prestada simultaneamente com o exercício do meu cargo pelos seguintes
motivos:

_____.

Declaro também que, tão logo a minha indispensabilidade seja cessada,
comprometo-me em apresentar-me ao meu local de serviço ensejando o término da licença ora
postulada.

Declaro ainda, estar ciente de que a administração municipal acompanhará, por
instrumentos e formas que melhor lhe convir, a veracidade da indispensabilidade, nos termos do
§ 3º do art. 110 da Lei Complementar nº 37/2007.

Por fim, declaro que eu estou ciente de que **a prestação de informações
inverídicas incorrem em crime de falsidade ideológica**, estando sujeito a penalidades legais,
conforme disposto no art. 299 do Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de
1940.

Santa Rosa, ____ de _____ de _____.

Identificação e assinatura
do servidor