

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE
GABINETE DA PREFEITA

Lei Municipal Nº 143/2010

De 07 de Junho de 2010

Autoriza a criação da Junta Médica Oficial do Município de São Francisco do Conde e regulamenta a Concessão de Licença para tratamento de saúde e dá outras providências.

A PREFEITA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE, Estado da Bahia, no uso de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal de Vereadores decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – Fica criada a Junta Médica Oficial do Município de São Francisco do Conde para efeito de análise técnica das solicitações de Concessão de Licença para o tratamento de saúde dos servidores.

Art. 2º - A junta médica terá competência para atestar e emitir parecer em casos de pedido de invalidez, para fins de aposentadoria ou readaptação nos termos da lei, assim como para avaliar a necessidade de se conceder licença para tratamento de saúde, quando essa for superior a 03 (três) dias.

Art. 3º – Os profissionais nomeados, por meio de ato do executivo, se reunirão sempre que houver necessidade de emissão de Laudo, devendo, da emissão do mesmo, dar ciência ao Secretário da Administração.

Art. 4º – Todo e qualquer pedido de afastamento do serviço público, por motivo de doença, por prazo superior a 03 (três) dias, será submetido à inspeção médica pela referida Junta.

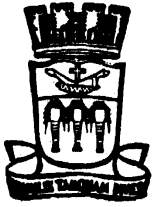
§ 1º – Na hipótese de ser apresentado atestado firmado por médico não pertencente à Junta Oficial, o mesmo deverá ser ratificado por profissional pertencente a tal instituição.

§ 2º – Considera-se médico do serviço oficial do Município, para fins desta Lei, o profissional integrante dos quadros de servidores efetivos, comissionados ou contratados deste ente público.

§ 3º – O exercício do mandato de membro da junta médica será considerado de relevante serviço público e poderá ser remunerado mediante o valor pago correspondente ao plantão de 08 horas.

Art. 5º – Os Secretários Municipais ou, na falta destes, os Diretores e Coordenadores responsáveis pelos trabalhos das Secretarias, ficam autorizados a receber atestados médicos

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE
End. Praça da Independência, s/n – Centro, São Francisco do Conde - BA
CEP: 43.900-000
Tel.: (0**71) 3651-8000



**ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE
GABINETE DA PREFEITA**

e odontológicos, para fins de justificativa de faltas ao serviço, de servidores, lotados na respectiva Secretaria, sem necessidade de exame por Junta Médica, desde que o afastamento seja de até 03 (três) dias.

§ 1º – Os atestados de que trata o ‘caput’ devem ser protocolados no Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Gestão Administrativa, independentemente do número de dias do afastamento, para fins de registro e inscrição.

§ 2º – Os atestados deverão ser entregues juntamente com a folha de ponto, anexados ao boletim consolidado de frequência.

§ 3º – Havendo apresentação de novo atestado, que venha a prolongar o afastamento do servidor ao trabalho de forma a ultrapassar o prazo de 03 (três) dias, o mesmo deverá ser submetido à Junta Médica Oficial do Município, que emitirá laudo pericial na forma dessa legislação.

§ 4º – Na hipótese do parágrafo anterior, o servidor deverá proceder na forma do artigo 6º, fazendo constar a circunstância da existência de atestado pretérito, juntando cópia do mesmo.

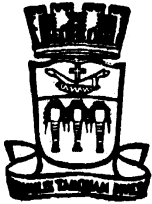
§ 6º – Caso o servidor apresente mais de um atestado, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, e a soma destes ultrapasse o prazo de 03 (três) dias, deverá o mesmo ser submetido à Junta Médica Oficial do Município.

Art. 6º – Os atestados para afastamento dos servidores, por prazo superior a 03 (três) dias devem, obrigatoriamente, ser submetidos à avaliação da Junta Médica Oficial do Município, devendo o servidor, providenciar, nas primeiras 72 (setenta e duas) horas do afastamento:

- I – o atestado médico que justifique a ausência;
- II – requerimento específico, de acordo com formulário à disposição na Secretaria de origem/lotação, nos termos do Anexo I.

§ 1º – Os atestados médicos devem conter:

- a) o nome e o RG do servidor;
- b) a assinatura do médico ou odontólogo, sobre carimbo, constando nome completo e registro no Conselho Profissional, ou subscrito em receituário personalizado;
- c) o tempo de afastamento concedido ao servidor;
- d) a data da emissão do atestado;
- e) o Código Internacional de Doenças (CID), ou diagnóstico por escrito.



**ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE
GABINETE DA PREFEITA**

§ 2º – O requerimento de licença médica de que trata o inciso II, do ‘caput’ deste artigo, deve ser protocolado juntamente com o atestado, quando o servidor ou seu representante, será cientificado da data da realização da perícia médica pela Junta Médica Oficial.

§ 3º – Realizada a perícia pela Junta Médica Oficial, o laudo pericial será encaminhado ao Departamento de Recursos Humanos, para registro e demais providências, devendo o servidor registrar seu ciente no referido laudo, Anexo II.

Art. 7º – A observância do disposto nesta Lei constitui dever do servidor, levando o seu descumprimento à aplicação das sanções disciplinares previstas na Lei.

Art. 8º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

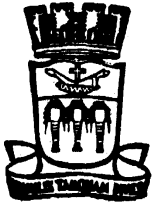
GABINETE DA PREFEITA DO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE, EM 07 DE JUNHO DE 2010.

RILZA VALENTIM DE ALMEIDA PENA
Prefeita Municipal

MARIVALDO CRUZ DO AMARAL
Secretário de Governo

JOACÍ DE ALMEIDA PENA
Secretário de Gestão Administrativa

MARÍLIA SANTOS FONTOURA
Secretária de Saúde



**ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE
GABINETE DA PREFEITA**

ANEXO I

REQUERIMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Nome do Servidor:		
Matrícula:	Data de Nasc: ____/____/____	Idade:
Endereço do Servidor:		
Cargo ou Função:	Telefone:	
Unidade de Lotação:	Sub-unidade de Lotação:	
Quadro:	Regime Jurídico:	
Finalidade da Perícia: _____ _____		
Descrição Resumida das Atividades Desenvolvidas: _____ _____ _____ _____		
Local e Data: _____		
Responsável pelas informações: _____ Diretor de Departamento		

A PERÍCIA MÉDICA SERÁ REALIZADA NO DIA ____/____/____

CIENTE DO SERVIDOR _____



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE
GABINETE DA PREFEITA

ANEXO II

QUESITOS JUNTA MÉDICA

1 - Está o examinado incapacitado para o trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2 - Em caso de resposta afirmativa: A) A incapacidade para o trabalho é: <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total B) É suscetível de recuperação para a mesma função? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não C) É suscetível de reabilitação para outra função? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3 - Qual a data provável de cessação da incapacidade? _____/_____/_____
4 - A incapacidade decorre de Acidente de Trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5 - A incapacidade decorre de Moléstia Profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6 - A doença causadora da incapacidade encontra-se no rol especificado do art.48, § 6º da Lei Complementar Previdenciária Municipal nº 003, de 17 de maio de 2006? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Caso a resposta seja afirmativa, especifique o nome da doença e CID: _____
7 - Trata-se de invalidez permanente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Relatório: 01. Causa da Invalidez (CID): _____ 02. Origem da Doença: _____ 03. Tipo da Doença: _____ 04. Data Provável de Início da Enfermidade: ____/____/_____ 05. CID Predominante: _____ 06. Diagnóstico Final: _____ _____



**ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE
GABINETE DA PREFEITA**

PARECER CONCLUSIVO DA JUNTA MÉDICA

A Junta Médica emite parecer no sentido de:

- Indeferir a licença**
- Licença para tratamento** ____ dias, a partir de ____/____/____.
- Readaptação funcional**
- Aposentadoria**
- Licença por doença em pessoa da família** ____ dias, a partir de ____/____/____.

São Francisco do conde/BA, ____/____/____.

Nome, carimbo c/ CRM, assinatura dos profissionais médicos:

Dr.(a)

Dr.(a)

Dr.(a)

Ciente do servidor _____

Matricula nº