



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
<b>Relatório:</b> 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**