

PORTARIA Nº 005, DE 24 DE JULHO DE 2018.

Estabelece o Relatório Médico Assistente para fins de concessão e prorrogação de Benefício Previdenciário.

O Diretor Geral do Instituto Municipal de Previdência dos Servidores Públicos de Itaúna - IMP, no uso de suas atribuições legais, que lhe confere o artigo 113 inciso VIII da lei municipal nº 4.175/2007, e ouvido o Conselho Administrativo do IMP, por este aprovado;

RESOLVE:

Art. 1º DETERMINAR que o segurado apresente o Relatório Médico Assistente à Perícia Médica do IMP para a Concessão e Prorrogação de Benefício Previdenciário por Incapacidade Laborativa, observando o que disciplina a Resolução CFM nº 1.851/2008;

Art. 2º Os segurados deverão apresentar o laudo e/ou Atestado Médico e o Relatório Médico Assistente, devidamente preenchido pelo Médico Assistente na Gerência de Benefícios do Instituto Municipal de Previdência dos Servidores Públicos de Itaúna para agendamento do exame médico-pericial, disciplinado na Lei nº 4.175/2007.

Art. 3º O modelo do Relatório Médico Assistente anexo a esta Portaria será disponibilizado no endereço eletrônico do IMP (www.imp.mg.gov.br).

Art. 4º O Relatório Médico Assistente deverá ser apresentado pelo segurado a partir de 1º de agosto de 2018.

§ 1º Na hipótese do segurado não comparecer à perícia médica agendada, ou comparecer sem o Relatório do Médico Assistente conforme modelo anexo ser-lhe-á concedida alta médica imediata.

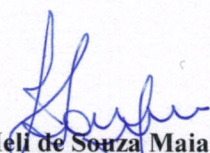
§ 2º O segurado poderá interpor recurso contra decisão de perícia médica que decidir por alta médica ou capacidade laborativa, devendo o mesmo ser encaminhado a uma junta médica, composta de dois médicos, para concluir tecnicamente sobre o pedido. Caso o segurado discorde da decisão poderá recorrer à Junta de Recursos que julgará, em primeira instância, os recursos dos servidores municipais que se sentirem prejudicados nos seus direitos, por atos do Diretor Geral do IMP, lavrando suas decisões em Atas, que serão encaminhadas ao mesmo que as acatará;

§ 3º poderão as partes envolvidas, que se sentirem lesadas com a decisão do parágrafo anterior, interpor recurso ao Conselho Administrativo, ficando a o ato em suspenso até conclusão final por parte deste órgão.

Art. 5º O Comunicado de Resultado de Exame pericial, será encaminhado à Gerência de Movimentação e Registros (Setor Pessoal) do órgão em que o servidor estiver lotado.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na presente data, valendo como publicidade a publicação no site oficial do Instituto Municipal de Previdência dos Servidores Públicos de Itaúna, sem prejuízo da publicação no Jornal Oficial do Município.

Itaúna, 24 de julho de 2018.



Heli de Souza Maia
Diretor Geral do IMP
Matrícula 089-7

ANEXO I

RELATÓRIO MÉDICO ASSISTENTE

Modelo disponível na website: www.imp.mg.gov.br

Normas e orientações a serem seguidas em caso de licenças por motivo de saúde:

Resolução CFM nº 1.851/2008:

Atestado solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica, deverá **observar**:

- I. o diagnóstico;
- II. os resultados dos exames complementares;
- III. a conduta terapêutica;

- IV. o prognóstico;
- V. as consequências à saúde do paciente;
- VI. o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementarmente o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;
- VII. registrar os dados de maneira legível;
- VIII. identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Nome do(a) segurado(a): _____ Idade: _____

Como médico assistente, solicito, a pedido do(a) segurado(a) abaixo assinado, perícia médica para avaliação de concessão de:

- () Benefício previdenciário por incapacidade laborativa.
- () Prorrogação de benefício previdenciário por incapacidade laborativa.

Início da doença: ____/____/____ Início do tratamento: ____/____/____ Paciente desde: ____/____/____

Relatório sobre a doença:



Diagnóstico(s) com CID10:

Prognóstico(s):

Provável tempo de repouso estimado:

Resultado de exame e conduta terapêutica indicada:

Médico Assistente:

Assinatura: _____
(CRM e Carimbo – Obrigatórios)

Data do exame: ____/____/____

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº 1.658/2002.

Ciente: _____ Data: ____/____/____
Assinatura do Paciente ou Responsável