



PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS  
DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS  
DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS

Duque de Caxias, 03 de Abril de 2012.

ORDEM DE SERVIÇO Nº :01/2012

O DIRETOR GERAL DO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS E A CHEFIA DE APOIO TÉCNICO, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando ser necessário que este Departamento estabeleça critérios médicos pericial para a formalização do licenciamento médico.

Considerando a necessidade do Médico Perito basear-se em fatos concretos (avaliação clínica, e métodos complementares e o descrito na legislação) para a caracterização do ato médico pericial.

Considerando a problemática do ato médico pericial poderá refletir na economia do Município e na tributação do servidor em geral:

RESOLVE: determinar que seja adotada como rotina nas inspeções médica as seguintes determinações:

**COMO SE DIRIGIR AO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS**  
**DO IPMDC**

1. Poderá gozar do benefício de **LICENÇA PARA O TRATAMENTO DE SAÚDE**, os servidores ativos, estando ou não em período probatório que estiverem acometidos de doença que impossibilite desempenhar suas atividades laborais, conforme preconiza os artigos - 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104 e 105 do regime jurídico dos servidores públicos do Município de Duque de Caxias

1.1-Os Cargos Comissionado somente tem direito a licença pelo INSS

1.2-O servidor em Estágio Probatório não poderá ser readaptado.( conforme descrito na Lei Orgânica do Município de Duque de Caxias.

2. Servidor deverá comparecer na biometria no prazo de dois (2) dias úteis, conforme o artigo 97 §1º lei 2264 de 05/06/2009
3. O servidor deverá trazer atestado do médico assistente (original e cópia), relatório médico com o CID 10 ( Código Internacional de Doenças) ou odontológico contendo informações que constatem a incapacidade laborativa do servidor, conforme preconiza a resolução do Conselho Federal de Medicina nº1851/2008 (D.O.U.18/08/2008)
4. Trazer laudos de exames complementares,
5. Prescrições médica que comprovem tratamento medicamentoso,e caso o servidor tenha acompanhamento fisioterápico, fonoaudiológico, psicoterápico comprovando o tratamento do servidor (originais e cópias
6. Na impossibilidade do servidor comparecer á biometria, poderá ser a sua licença solicitada por seu **representante legal**, mediante a apresentação de procuração reconhecida em cartório(original e cópia) , dando poderes de representação junto a perícia do IPMDC,, a qual terá validade por 90 dias .
7. Caso necessário a prorrogação da licença medica o servidor trazer nova documentação medica que fundamente a decisão pericial. Podendo ser julgado pelo perito a concessão da renovação da licença, readaptação ou aposentadoria.
8. Após o prazo de 48 horas para apresentação do servidor junto ao departamento de pericias medica, o servidor devera proceder junto ao protocolo geral à abertura do processo de abono de faltas para então o perito julgar pertinente ou não tal solicitação.exceto quando da renovação da licença médica.

**OBS: VALE RESSALTAR QUE CABE AO MEDICO PERITO JULGAR A CONCESSAO OU NÃO DA LICENÇA MEDICA PLEITEADA PELO SERVIDOR. (resolução CFM 1851/2008).**

*Esta ordem de serviço passa a vigorar partir de 1 de maio de 2012.*

*Chefe de Apoio Técnico do Departamento de Perícias Médicas do IPMDC*

Chefe do Departamento de Perícias Médicas do IPMDC



**PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS**  
**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS**  
**DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS**  
**DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS**

**PROCURAÇÃO PARA O IPMDC.**

EU \_\_\_\_\_ (NOME COMPLETO), SERVIDOR O (A) DO MUNICÍPIO DE  
DUQUE DE CAXIAS MATRÍCULA Nº \_\_\_\_\_, NATURAL DE \_\_\_\_\_, DE NACIONALIDADE \_\_\_\_\_,  
RG Nº \_\_\_\_\_ EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_, CIC Nº \_\_\_\_\_,  
RESIDENTE E DOMICILIADO EM \_\_\_\_\_ (ENDEREÇO), BAIRRO \_\_\_\_\_,  
CEP Nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (ESTADO CIVIL), LOTADO NA SECRETARIA DE \_\_\_\_\_,  
VENHO POR MEIO DE ESTE INSTRUMENTO NOMEAR O(A) Sr(A) \_\_\_\_\_ (NOME COMPLETO),  
NATURAL DE \_\_\_\_\_, DE NACIONALIDADE \_\_\_\_\_, RG Nº \_\_\_\_\_,  
EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_, CIC Nº \_\_\_\_\_, RESIDENTE E DOMICILIADO EM \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (ENDEREÇO), BAIRRO \_\_\_\_\_, CEP Nº \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (ESTADO CIVIL), COMO MEU REPRESENTANTE JUNTO AO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS  
DO IPMDC COM FINS DE OBTER LICENÇA MÉDICA .

\_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO REQUERENTE – \_\_\_\_\_

(RECONHECIMENTO DE FIRMA)

ASSINATURA DO REPRESENTANTE – \_\_\_\_\_