

DECRETO Nº 47.000, DE 18 DE MAIO DE 2016.

Regulamenta a Lei Complementar nº 138, de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre a licença para tratamento de saúde dos servidores atingidos pela decisão do Supremo Tribunal Federal no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.876 e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, no uso de atribuição que lhe confere o inciso VII do art. 90 da Constituição do Estado e tendo em vista o disposto nos arts. 1º e 2º da Lei Complementar nº 138, de 28 de abril de 2016, **DECRETA:**

Art. 1º Os servidores desligados do serviço público estadual em cumprimento à decisão judicial proferida pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.876, que declarou a inconstitucionalidade dos incisos I, II, IV e V do art. 7º da Lei Complementar nº 100, de 5 de novembro de 2007, e que se encontravam afastados de suas funções em decorrência de licença para tratamento de saúde no dia 31 de dezembro de 2015, terão restabelecida a licença para tratamento de saúde até a data de publicação deste Decreto.

§ 1º O restabelecimento de que trata o caput não abrange os servidores que se encontravam afastados em decorrência de doenças agudas.

§ 2º O restabelecimento da licença para tratamento de saúde dos portadores de doença aguda será concedido pelo período constante no relatório médico apresentado no ato pericial realizado antes de 31 de dezembro de 2015.

§ 3º Considera-se doença aguda aquela correspondente a processo patológico que tenha início súbito, desenvolvimento rápido e duração curta.

§ 4º O servidor ocupante de cargo de provimento efetivo, em decorrência de posse em cargo efetivo até 31 de dezembro de 2015, somente terá restabelecida a licença para tratamento de saúde caso se enquadre nos termos estabelecidos no caput e desde que no ano de 2016 esteja afastado por motivo de doença ou em ajustamento funcional.

§ 5º O servidor que se encontrar em atividade, em decorrência de posse em cargo efetivo, em comissão ou aprovação em processo seletivo ou de designação ocorrida em 2016, terá a licença para tratamento de saúde restabelecida até o dia anterior ao início do

atual vínculo funcional, observado o limite da data de publicação deste Decreto.

§ 6º O disposto no caput também se aplica aos servidores desligados do serviço público estadual em 31 de dezembro de 2015, em cumprimento à decisão judicial proferida pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.876, cuja licença não tenha sido renovada a partir de 17 de dezembro de 2015.

Art. 2º A partir da data de publicação deste Decreto, os servidores desligados do serviço público estadual nos termos do art. 1º e que tiveram suas licenças restabelecidas, deverão ser submetidos à inspeção médica oficial para análise quanto à necessidade de prorrogação da licença para tratamento de saúde.

§ 1º Para avaliar a necessidade de prorrogação da licença para tratamento de saúde de que trata o caput, a Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional – SCPMSO – da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão – SEPLAG – deverá agendar inspeção pericial para o beneficiário.

§ 2º A prorrogação da licença para tratamento de saúde somente se dará para os casos em que a SCPMSO identifique a incapacidade laborativa para o exercício das atribuições do cargo ocupado pelo beneficiário até 31 de dezembro de 2015 e em razão da mesma patologia que o afastou naquela data.

§ 3º A prorrogação da licença para tratamento de saúde será concedida estritamente pelo prazo indicado pelo médico perito no laudo emitido em decorrência da inspeção pericial descrita no caput.

§ 4º Caso o médico perito identifique indícios de incapacidade total e definitiva para o serviço público, deverá ser solicitada a realização de inspeção pericial para concessão de aposentadoria por invalidez.

Art. 3º O beneficiário fica obrigado a seguir rigorosamente o tratamento médico adequado à doença, submetendo-se à fiscalização durante o período de gozo da licença para tratamento de saúde, sob pena de cessação do benefício e sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis, nos termos do art. 44 da Lei Complementar nº 64, de 25 de março de 2002.

Parágrafo único. Nas inspeções periciais subsequentes será exigido que fique comprovado que o beneficiário se encontra em efetivo tratamento, sob pena de não ter a licença para tratamento de saúde prorrogada.

Art. 4º O beneficiário licenciado para o tratamento de saúde nos termos deste Decreto receberá o valor equivalente à última remuneração percebida antes do desligamento.

Art. 5º Incidirá contribuição previdenciária sobre a remuneração paga a título de licença para tratamento de saúde, nos termos da Lei Complementar nº 64, de 2002, garantindo-se o cômputo do respectivo tempo de contribuição para fins de aposentadoria e pensão.

Art. 6º Os servidores desligados do Estado em 31 de dezembro de 2015 em cumprimento à decisão judicial proferida pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.876 nomeados em virtude de concurso público realizado pelo Poder Executivo estadual para cargo de carreira integrante do quadro de pessoal em que estiveram lotados poderão apresentar, para cumprimento de requisito para a posse, atestado médico emitido por profissional de sua escolha até a data de 31 de dezembro de 2018.

§ 1º O candidato que optar por se submeter ao exame admissional realizado pela SCPMSO não poderá, posteriormente, apresentar o atestado médico emitido por profissional de sua escolha de que trata o caput .

§ 2º O candidato deverá solicitar ao profissional médico competente que preencha o atestado médico utilizando-se do formulário constante no Anexo I ou Anexo II, conforme o edital do concurso público, e valide a declaração constante no Anexo III, ambos deste Decreto, para fins do disposto no caput.

§ 3º O atestado médico e a declaração deverão ser apresentados à autoridade responsável pelo ato de posse do nomeado e deverão ser arquivados em sua

pasta funcional, devendo ser recusados caso um de seus campos não esteja devidamente preenchido.

§ 4º O atestado médico e a declaração deverão permanecer disponíveis para consulta da SCPMSO sempre que requisitado, passando a compor o prontuário médico do servidor.

§ 5º Caberá à Secretaria de Estado de Educação inserir no Sistema Integrado de Administração de Pessoal o resultado do atestado médico apresentado pelo candidato, nos termos deste artigo.

§ 6º O candidato que se valer de informações inverídicas ou omitir dados relevantes responderá civil, penal e administrativamente perante a Administração Pública estadual.

§ 7º Ao servidor que ingressar na Administração Pública nos termos deste artigo não serão concedidos benefícios por incapacidade laborativa em decorrência da patologia diagnosticada previamente, exceto se houver agravamento do quadro, mesmo estando o servidor em rigoroso tratamento.


Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Tiradentes, em Belo Horizonte, aos 18 de maio de 2016; 228º da Inconfidência Mineira e 195º da Independência do Brasil.

FERNANDO DAMATA PIMENTEL

ANEXO I

(a que se refere o § 2º do art. 6º do Decreto nº 47.000, de 18 de maio de 2016)

	SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO	ATESTADO MÉDICO ADMISSIONAL
	EXAME MÉDICO ADMISSIONAL - NOMEAÇÃO PREVISTA NA LEI COMPLEMENTAR 138/2016 .	EDITAL 01/2011

01 - NOME DO INTERESSADO:		02 - CPF: MASP (SE TIVER):	
03 - CARGO PRETENDIDO:		04 - CARTEIRA DE IDENTIDADE: DATA DE EXPEDIÇÃO: / /	
05 - ESTADO CIVIL	06 - SEXO	07 - DATA DE NASCIMENTO: / /	06 - NATURALIDADE
07 - E-MAIL		08 - DDD/TELEFONE:	
09 - ASSINATURA DO INTERESSADO: _____/_____/_____ _____ DATA ASSINATURA			

PARA USO DO MÉDICO EXAMINADOR	
10 - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO: NOME:	CARGO PRETENDIDO:
11 - VER E ASSINAR O QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS QUE O INTERESSADO DEVE APRESENTAR PREENCHIDO E ASSINADO.	
12 - ANAMNESE OCUPACIONAL DETALHADA: Registrar trabalhos anteriores: Empresa: Atividade desenvolvida: Tempo na empresa: Afastamentos do trabalho: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motivo do afastamento: Tempo do afastamento: Sofreu acidentes de trabalho?: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, descreva: Apresentou doença profissional: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, descreva: Outras informações importantes:	
13 - ANAMNESE CLÍNICA DETALHADA:	
14 - ANTECEDENTES FAMILIARES:	
15 - MEDICAMENTOS EM USO (DETALHAR):	

16 - EXAMES COMPLEMENTARES (COM DATAS):

Exames laboratoriais: data: ____/____/____

Hemograma: Hm: _____ Hb: _____ Ht: _____ RDW: _____ Leucócitos:

Neut.: _____ Linf.: _____ Basóf.: _____

Eos.: _____ Monoc.: _____ PLT: _____

Glicemia: _____ TSH: _____ Creatinina: _____

Glicohemoglobina: _____

Urina Rotina: _____

Videolaringoscopia (apenas para professores): data: ____/____/____:

ECG: data: ____/____/____

Radiografia Tórax PA e Perfil: data: ____/____/____

Outros: _____

17 - EXAME FÍSICO:

Ectoscopia (aparência geral):

AR: _____

ACV: _____

PA: _____ Fc: _____

Abdome: _____

Ap. Locomotor: _____

Pele e Anexos: _____

Edemas: _____ Cianoses: _____ Aparência das mucosas: _____

Qualidade da voz (para professores):

Neutra (ou Normal) Alterada (disfonia) com sinais de:
Rouquidão, Soprosidade, Aspreza, Tensão ou Astenia

Outros: _____

18 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (ESPECIFICAR SE CADA PATOLOGIA ESTÁ EM ATIVIDADE OU ESTACIONÁRIA):

19 - CID:

20 - CONCLUSÃO MÉDICA: CONSIDERANDO O CARGO PRETENDIDO O CANDIDATO ESTÁ:

Apto ao Cargo de _____

Inapto ao Cargo de _____

em decorrência de:

Incapacidade para as atribuições inerentes ao cargo decorrente de agravo à saúde (art. 3º § 3º, inc. I, Dec. 46.968/16)

Possibilidade de o trabalho acarretar progressão do agravo à saúde (art. 3º § 3º, inc. II, Dec. 46.968/16)

Risco para terceiros (art. 3º § 3º, inc. III, Dec. 46.968/16)

_____/_____/____


LOCALIDADE _____ DATA _____
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

OBSERVAÇÕES:

- 1) É obrigatório o preenchimento de todos os campos deste formulário
- 2) Este atestado e o questionário de antecedentes clínicos serão arquivados na pasta funcional do periciando.
- 3) Validade dos exames complementares:
 - Exames de sangue e urina: 30 dias (a contar da coleta do material),
 - Videolaringoscopia , ECG e Radiografia do Tórax PA e Perfil: 90 dias (a contar do dia da realização do exame).
- 4) No exame de urina deverá constar a informação de que o material foi colhido no laboratório.
- 5) Deverá constar em todos os exames o número de identidade do candidato e a identificação dos profissionais que o realizaram.

ANEXO II

(a que se refere o § 2º do art. 6º do Decreto nº 47.000, de 18 de maio de 2016)

 SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL - NOMEAÇÃO PREVISTA NA LEI COMPLEMENTAR 138/2016 .			ATESTADO MÉDICO ADMISSIONAL EDITAIS 01/2014; 02/2014; 03/2014; 04/2014 e 05/2014		
01 - NOME DO INTERESSADO:			02 - CPF: MASP (SE TIVER):		
03 - CARGO PRETENDIDO:			04 - CARTEIRA DE IDENTIDADE: DATA DE EXPEDIÇÃO: / /		
05 - ESTADO CIVIL	06 - SEXO	07 - DATA DE NASCIMENTO: / /	06 - NATURALIDADE		
07 - E-MAIL			08 - DDD/TELEFONE:		
09 - ASSINATURA DO INTERESSADO: _____/_____/_____ _____ DATA ASSINATURA					

PARA USO DO MÉDICO EXAMINADOR	
10 - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO: Nome: _____ Cargo Pretendido: _____	
11 - VER E ASSINAR O QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS QUE O INTERESSADO DEVE APRESENTAR PREENCHIDO E ASSINADO.	
12 - ANAMNESE OCUPACIONAL DETALHADA: Registrar trabalhos anteriores: Empresa: _____ Atividade desenvolvida: _____	
Tempo na empresa: Afastamentos do trabalho: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motivo do afastamento: Tempo do afastamento: Sofreu acidentes de trabalho?: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, descreva: _____	
Apresentou doença profissional: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, descreva: _____	
Outras informações importantes: _____	
13 - ANAMNESE CLÍNICA DETALHADA:	
14 - ANTECEDENTES FAMILIARES	
15 - MEDICAMENTOS EM USO (DETALHAR):	

16 - EXAMES COMPLEMENTARES (COM DATAS):

Exames laboratoriais: data: ___/___/___

Hemograma: Hm: _____ Hb: _____ Ht: _____ RDW: _____ Leucócitos: _____

Neut.: _____ Linf.: _____ Basóf.: _____

Eos.: _____ Monoc.: _____ PLT: _____

Glicemia: _____ TSH: _____

Urina Rotina: _____

Videolaringoscopia (apenas para professores): data: ___/___/___:

ECG: data: ___/___/___

Radiografia Tórax PA e Perfil: data: ___/___/___

Outros: _____

17 - EXAME FÍSICO:

Ectoscopia (aparência geral): _____

AR: _____

ACV: _____

PA: _____ Fc: _____

Abdome: _____

Ap. Locomotor: _____

Pele e Anexos: _____

Edemas: _____ Cianoses: _____

Aparência das mucosas: _____

Qualidade da voz (para professores): _____

Neutra (ou Normal) Alterada (disfonia) com sinais de: Rouquidão,
 Soprosidade, Aspreza, Tensão ou Astenia

Outros: _____

18 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (ESPECIFICAR SE CADA PATOLOGIA ESTÁ EM ATIVIDADE OU ESTACIONÁRIA):	19 - CID:
<p>20 - CONCLUSÃO MÉDICA: CONSIDERANDO O CARGO PRETENDIDO O CANDIDATO ESTÁ:</p> <p><input type="checkbox"/> Apto ao Cargo de _____</p> <p><input type="checkbox"/> Inapto ao Cargo de _____</p> <p>em decorrência de:</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidade para as atribuições inerentes ao cargo decorrente de agravo à saúde (art. 3º § 3º, inc. I, Dec. 46.968/16)</p> <p><input type="checkbox"/> Possibilidade de o trabalho acarretar progressão do agravo à saúde (art. 3º § 3º, inc. II, Dec. 46.968/16)</p> <p><input type="checkbox"/> Risco para terceiros (art. 3º § 3º, inc. III, Dec. 46.968/16)</p> <p>_____/_____/_____ LOCALIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO</p>	

OBSERVAÇÕES:

- 1) É obrigatório o preenchimento de todos os campos deste formulário
- 2) Este atestado e o questionário de antecedentes clínicos serão arquivados na pasta funcional do periciando.
- 3) Validade dos exames complementares:
 - Exames de sangue e urina: 30 dias (a contar da coleta do material),
 - Videolaringoscopia , ECG e Radiografia do Tórax PA e Perfil: 90 dias (a contar do dia da realização do exame).
- 4) No exame de urina deverá constar a informação de que o material foi colhido no laboratório.
- 5) Deverá constar em todos os exames o número de identidade do candidato e a identificação dos profissionais que o realizaram.

ANEXO III

(a que se refere o § 2º do art. 6º do Decreto nº 47.000, de 18 de maio de 2016)

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS - PARA USO PERICIAL

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____ SEXO: F M

IDADE: _____

CARGO: _____ MASP (SE TIVER): _____

As informações deste questionário devem ser preenchidas pelo candidato. Esse questionário tem caráter sigiloso e será arquivado em prontuário médico. Assim, nenhum campo deverá ficar sem preenchimento.

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas.

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Escarro com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarreias		
Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na frequência da urina		
Dificuldades frequentes no trabalho		
Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima:		

02 - Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado? () Não () Sim. Quais? (Citar todos, inclusive a dosagem)

03 – Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? () Não () Sim. Qual(is)? _____

04 – Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

05 – Já sofreu alguma fratura?

() Não () Sim. Tipo(s)? _____

06 - Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)?

() Não () Sim. Qual? _____

Por quais períodos? _____ Por quais motivos? _____

07 - Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

08 - É tabagista?

() Não () Sim. Cigarros/dia? _____ Há quanto tempo? _____

09 - É etilista (consome bebida alcoólica)?

() Não () Sim. Quantidade: _____

Frequência: _____

10 - Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (Depressão, Ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

11 - Apresenta ou já apresentou doença relacionada à voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

12 - Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (Asma, Bronquite, Rinite alérgica ou outra) ou a medicamentos?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

13 - Apresenta ou já apresentou alguma doença infecto contagiosa?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

14 - Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteomusculares (por exemplo: fibromialgia, artroses, artrites, etc.)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

15 - Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

16 - Já teve algum acidente de trânsito?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

17 - Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida?

() Não () Sim. _____

18 - Tem filhos?() Não () Sim. Quantos? _____

“Código Penal Brasileiro - Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.”

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local _____ DATA ____/____/____

Assinatura _____

Assinatura e carimbo do médico: _____