



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Memória de Reunião		
Grupo de Trabalho – Ações Judiciais dos benefícios previdenciários por incapacidade		
Programa Resolve		
Data	Horário	Local
10.04.2019	14h00	Sala de Reuniões 208 – 2º andar

Participantes (por ordem de assinatura da lista)	
Nome	Telefone/E-mail
Conselheira Daldice Maria Santana de Almeida – CNJ (Presidente)	61 2326-4964 daldice.almeida@cnj.jus.br
Dr. Paulo Sérgio Domingues, Desembargador Federal do TRF3	11 3012-1205 psdoming@trf3.jus.br
Dra. Lívia Cristina Marques Peres, Juíza Auxiliar da Presidência do CNJ (Secretária)	61 2326-5262 livia.peres@cnj.jus.br
Dra. Paula Patrícia Provedel de Mello Nogueira, Juíza Federal do TRF2 – Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro	21 99646-5894 paulapatricia@jfrj.jus.br
Dr. Bruno Takahashi, Juiz Federal do TRF3, Coordenador da CECOM-SP	11 99304-9193 btakahas@trf3.jus.br
Dra. Denise Dias de Casto Bins Schwanck, Juíza Federal do TRF4 - 2ª Vara de Gravataí	denisebins@trf4.jus.br
Dra. Isabella Karen Araújo Simões, Defensora Pública Federal	61 3316-7918 isabella.simoese@dpu.def.br
Dra. Márcia Cristina Sigwalt Valeixo, Procuradora Federal - AGU/PGF	61 2026-9941 marcia.valeixo@agu.gov.br
Dr. Alexandre César Diniz Morais Lima, Procurador Federal – PFE-INSS	84 98856-8690 alexandre.lima@agu.gov.br
Antonio Ferreira de Melo Filho, Assessor da Secretaria Especial de Programas, Pesquisas e Gestão Estratégica - CNJ	61 2326-4773 antonio.melo@cnj.jus.br



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Memória

O Grupo de Trabalho reuniu-se às 14h do dia 10 de abril de 2019 para analisar a minuta do formulário com os quesitos mínimos e tomar decisões quanto às dúvidas e sugestões que surgiram ao longo do trabalho. Após análise e votação nas questões mais complexas, o Grupo de Trabalho chegou às conclusões abaixo, as quais resultaram na versão em anexo.

- Deliberações:

- 1.** Acordou-se que a análise da reunião focará nos quesitos, sendo a análise e decisão sobre o formato do documento realizada em momento posterior.
- 2.** A Presidente do grupo, Conselheira Daldice, comprometeu-se a solicitar apoio das áreas técnicas do CNJ quanto à proposta de ordenação lógica do formulário, o qual será apresentado para análise e discussão posterior do grupo de trabalho.
- 3.** Será elaborado manual para preenchimento do formulário, sendo colocados links nos quesitos que direcionarão o perito a instruções específicas.
- 4.** O formulário será testado no JEF/SP.
- 5.** Após votação, decidiu-se que todas as questões do formulário terão um campo de complementação disponível, mas de preenchimento facultativo. A possibilidade de tornar alguns campos obrigatórios será analisada posteriormente com base na experiência dos TRFs da 2^a e da 4^a Regiões.

Dados e quesitos a serem respondidos pelo médico-perito em formulário / laudo eletrônico:

DADOS CO PROCESSO: a permanência ou não deste item depende de solução de TI

1) Número:

ou

2) CPF

ou

3) Nome e data de nascimento:

INFORMAÇÕES DECLARADAS PELO(A) PERICIANDO(A):

1) O(a) examinando(a) é ou foi paciente do(a) perito(a)? () sim () não

2) Profissão, grau de escolaridade e formação técnico-profissional do(a) examinando(a):

3) Última atividade laboral exercida pelo(a) examinando(a):

3.1) Tarefas/funções exigidas para o desempenho da atividade:

3.2) Tempo de exercício da última atividade:

3.3) Até quando o(a) examinando(a) exerceu a última atividade?

4) O(a) examinando(a) já foi submetido(a) à reabilitação profissional? () sim () não

4.1) Em caso de resposta positiva, para qual atividade foi reabilitado(a)?

5) Experiências laborais anteriores do(a) examinando(a):

6) Motivo alegado da incapacidade:

7) Histórico/anamnese:

EXAME MÉDICO PERICIAL:

1) O(a) periciando estava acompanhado(a) durante a realização do exame? () sim () não

1.1) Caso a resposta seja positiva, complemente:

2) Documentos médicos relevantes:

Todos os atestados, relatórios, exames e demais documentos médicos apresentados à perícia e existentes nos autos foram devidamente analisados

3) Profissiografia analisada:

4) Limitações funcionais eventualmente presentes:

QUESITOS:

A) Diagnóstico/CID:

B) Causa provável do diagnóstico (congenita, degenerativa, hereditária, adquirida, inerente à faixa etária, idiopática, acidentária etc.?).

C) Data provável de início da doença, moléstia ou lesão.

D) A parte apresenta incapacidade para os atos da vida civil? () sim () não

D.1) Justifique

E) A doença, moléstia ou lesão decorre do trabalho exercido ou de acidente de trabalho? () sim () não

E.1) Em caso de resposta positiva, justifique, indicando o agente de risco, o agente nocivo causador ou o acidente (local, empregador e data).

F) O(a) autor(a) é acometido(a) de alguma das seguintes doenças ou afecções: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental grave, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível

e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), S.I.D.A., contaminação por radiação ou hepatopatia grave? () sim () não

F.1) Em caso de resposta positiva, qual?

Escolher um item.

G) O(a) autor(a) realiza e coopera com a efetivação do tratamento adequado ou fornecido pelo SUS para sua patologia? () sim () não () não é caso de tratamento

G.1) Justifique:

G.2) Em caso de resposta, quais os efeitos colaterais provocados pelo tratamento a que se submete o (a) periciando(a):

H) Em caso de recebimento prévio de benefício cujo restabelecimento esteja sendo discutido, o tratamento foi mantido durante a vigência do benefício? () sim () não () não é caso de tratamento () não é caso de benefício prévio

H.1) Aponte, caso necessário, observações sobre o tratamento.

I) A partir das constatações acima, qual a conclusão?

I.1) Sem incapacidade na atualidade

I.1.1) Justifique.

I.1.2) Houve incapacidade pretérita em período(s) além daquele(s) em que o(a) autor(a) já esteve em gozo de benefício previdenciário? () sim () não

I.1.2.1) Em caso de resposta positiva, decline os períodos de incapacidade pretérita.

I.1.3) O(a) autor(a) apresenta seqüela consolidada decorrente de acidente de qualquer natureza? () sim () não

I.1.3.1) Em caso de resposta positiva, identifique a seqüela e a redução por ela gerada na redução da capacidade do periciando para sua atividade habitual, informando o grau de redução da capacidade.

I.1.3.2) Qual a data de consolidação das lesões?

I.2) Com incapacidade temporária

I.2.1) Justifique:

I.2.2) DII - Data provável de início da incapacidade, justificando-a a partir de dados objetivos e/ou documentos médicos .

I.2.3) A incapacidade decorre de progressão ou agravamento de doença, moléstia ou lesão antecedente? () sim () não

I.2.3.1) Em caso de resposta positiva, justifique.

I.2.4) Antes da DII, houve outro(s) período(s) de incapacidade ?

I.2.4.1) Em caso de resposta positiva, indique os períodos de incapacidade.

I.2.5) Qual a data provável de recuperação da capacidade? Justifique.

I.2.5.1) A recuperação da capacidade laboral depende da realização de procedimento cirúrgico? () sim () não

I.2.5.1.1) Em caso de resposta positiva, esclareça o motivo da exigência e qual o procedimento necessário.

I.3) Com incapacidade permanente

I.3.1) Justifique, indicando as limitações funcionais:

I.3.2) A incapacidade se verifica para toda e qualquer atividade? () sim () não

I.3.2.1) Justifique:

I.3.2.2) Em caso de resposta positiva, informar DII - Data provável de início da incapacidade, justificando-a a partir de dados objetivos

I.3.2.3) Informar data a partir da qual foi possível constatar que a incapacidade era permanente, justificando-a a partir de dados objetivos e/ou documentos médicos.

I.3.2.3) Há necessidade de assistência permanente de terceiros? () sim () não

I.3.2.3.1) Em de resposta positiva, justifique:

I.3.2.3.1) Em caso de resposta positiva, data em que teve início a necessidade de assistência permanente de terceiros:

I.3.3) Em caso de incapacidade permanente para a atividade habitual ou para a qual foi reabilitado, mas não para toda e qualquer atividade:

I.3.3.1) DII - Data provável de início da incapacidade, justificando-a a partir de dados objetivos.

I.3.3.2) Data a partir da qual foi possível constatar que a incapacidade era permanente, justificando-a a partir de dados objetivos.

I.3.3.3) Quais as limitações apresentadas?

I.3.3.4) É possível a reabilitação para alguma outra atividade laboral? () sim () não .

I.3.3.4.1) Em caso de resposta positiva, exemplifique que atividades podem ser exercidas.

I.3.3.4.2) Em caso de resposta negativa, justifique.

K) Foram avaliadas outras moléstias indicadas nos autos, não listadas no diagnóstico acima? () sim () não

K.1) Em caso de resposta positiva, indicar as moléstias

L) Havendo laudo judicial anterior, neste ou em outro processo, pelas mesmas patologias descritas nestes autos, indique, em caso de resultado diverso, os motivos que levaram a tal conclusão, inclusive considerando eventuais tratamentos realizados no período, exames conhecidos posteriormente, fatos ensejadores de agravamento da condição, etc.

M) Os sinais e sintomas apresentados durante o exame pericial são compatíveis com o que a literatura médica descreve para a(s) patologia(s) informada(s) na petição inicial? () sim () não

M.1) em caso de resposta positiva, esclareça.

N) Outras considerações que o(a) perito(a) considere relevantes para a solução da causa: