

PLANO DE TRABALHO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO CELEBRADO ENTRE O INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL E O SERVIÇO SOCIAL DO TRANSPORTE E SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM DO TRANSPORTE, NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL, OBJETIVANDO A DISPONIBILIZAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO E CURSOS PROFISSIONALIZANTES AOS BENEFICIÁRIOS EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO INSS.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS		
ENDEREÇO: Setor de Autarquias Sul, Quadra 2, Bloco "O", 8º andar.		
CIDADE: Brasília	UF: DF	CEP: 70070-946
SEST SENAT		
ENDEREÇO: Setor de Autarquias Sul, Quadra 1, Bloco "J", Ed. Confederação Nacional do Transporte		
CIDADE: Brasília	UF: DF	CEP: 70070-944

1. OBJETO

Viabilizar a operacionalização do Acordo de Cooperação, adiante designado somente ACORDO, firmado entre o INSS e o SEST SENAT, objetivando a disponibilização de atendimento de saúde nas especialidades de odontologia, fisioterapia, nutrição e psicologia, bem como Cursos Profissionalizantes aos segurados em Programa de Reabilitação Profissional - PRP conforme disposto nos atos normativos e constitutivos do INSS e disposições abaixo ajustadas.

2. ABRANGÊNCIA

Este Plano de Trabalho terá abrangência nacional e será executado pelas Equipes de Reabilitação Profissional nas Agências da Previdência Social – ERPAPS do INSS e pelas Unidades Operacionais do SEST SENAT.

3. METAS E RESULTADOS ESPERADOS

São metas e resultados esperados na execução deste ACORDO:

I - a ampliação dos recursos para tratamento e capacitação dos segurados em PRP, proporcionando melhores condições de retorno ao mercado de trabalho;

II - a otimização do tempo para o retorno ao trabalho de todos os segurados que puderem se beneficiar do objeto desse ACORDO;

III - a disponibilização, por parte do SEST SENAT, de vagas para atendimento especializado e capacitação em cursos profissionalizantes dos segurados, vinculados a empresas do setor de transporte, contribuintes do SEST SENAT, nas Unidades Operacionais especificadas no Anexo III do ACORDO;

IV - os encaminhamentos, pelo INSS, dos segurados reabilitandos para atendimento especializado e capacitação em cursos profissionalizantes nas suas unidades; e

V - a realização de ações de promoção da Reabilitação Profissional - RP como parte da área de recursos humanos, aperfeiçoando os processos de trabalho das equipes partícipes.

4. DAS ETAPAS DE EXECUÇÃO

SEQUÊNCIA	ETAPAS	PERIODICIDADE	RESPONSÁVEIS
4.1	Assinatura do ACORDO.	Evento único	INSS/SEST SENAT
4.2	Disponibilizar à Divisão de Reabilitação Profissional, a listagem dos interlocutores designados pelo SEST SENAT para atuarem junto ao INSS, no que concerne à RP, incluindo dados de contato (nome, endereço, telefone, e-mail) para os quais deverão ser direcionados os ofícios e demais demandas pertinentes a cada etapa do PRP.	Até 30 dias após a publicação do ACORDO e durante a vigência do mesmo.	SEST SENAT
4.3	Disponibilizar ao SEST SENAT, a listagem dos Chefes do Serviço de RP das Superintendências Regionais - SRs abrangidas por este ACORDO, bem como dos servidores responsáveis por responder às	Até 30 dias após a publicação do ACORDO e durante a vigência do mesmo.	INSS (DRP)

	demandas pertinentes a cada etapa do PRP, de modo a facilitar o encaminhamento de providências e soluções.		
4.4	Divulgar o ACORDO entre os responsáveis pelas unidades onde serão realizados o atendimento e/ou capacitação de segurados, dar conhecimento do fluxo estabelecido no ACORDO, criar e manter um clima de acolhimento ao segurado, esclarecer sobre o preenchimento dos formulários utilizados, orientar gestores e supervisores de área quanto ao objeto deste ACORDO e outras questões operacionais necessárias.	Até 60 dias após a publicação do ACORDO.	SEST SENAT/INSS
4.5	Identificar os segurados que poderão se beneficiar deste ACORDO, emitir ofícios para os interlocutores das Unidades Operacionais do SEST SENAT com cópia para a GEPAR, e demais etapas subsequentes até a Certificação.	Após o recebimento da listagem dos interlocutores da empresa.	INSS
4.6	Ter disponibilidade de 2 vagas (por mês) em curso profissionalizante ofertado pelo SEST SENAT, em cada Unidade Operacional. As vagas serão ofertadas conforme disponibilidade de turmas abertas. Obs.: Caberá ao INSS definir junto ao reabilitando o interesse pelo curso ofertado	Após a divulgação do ACORDO e orientação dos gestores das unidades.	SEST SENAT
4.7	Realizar atendimentos nas especialidades de saúde, conforme disponibilidade de agenda, em cada unidade.	Após a divulgação do ACORDO e orientação dos gestores das unidades.	SEST SENAT
4.8	Encaminhar segurados reabilitandos ao SEST SENAT para atendimento especializado e/ou curso profissionalizante, mediante contato prévio.	Durante a vigência do ACORDO.	INSS (Equipes locais da RP)
4.9	Responder em 30 (trinta) dias aos ofícios emitidos pelo INSS quanto à solicitação de vaga em ambos os casos.	Durante a vigência do ACORDO.	SEST SENAT
4.10	Enviar os formulários próprios definidos para cada serviço objeto deste ACORDO.	Durante a vigência do ACORDO.	INSS (Equipes locais da RP)
4.11	Acompanhar o reabilitando por meio de visitas e manter a instituição informada quanto a possíveis intercorrências durante o mesmo.	Durante a vigência do ACORDO.	INSS (Equipes locais da RP)
4.12	Informar o INSS sobre faltas do segurado e outros problemas ocorridos durante o atendimento ou curso, preencher e enviar o Formulário de Parecer Especializado e/ou o Certificado de conclusão de curso, bem como os Cartões de Frequência ao término do período.	Durante e ao término do treinamento.	SEST SENAT
4.13	Emitir Certificado de RP, quando couber.	Após o término da capacitação.	INSS (Equipes locais da RP)
4.14	Realizar reuniões técnicas e treinamentos entre as equipes do INSS e do SEST SENAT para discussão, alinhamento, monitoramento e medidas de correção na execução do ACORDO.	Variável (sob demanda).	INSS (Serviço de RP na SR e Equipes da RP na Gerência-Executiva) SEST SENAT
4.15	Elaborar relatórios semestrais para avaliação dos resultados do ACORDO: quantos segurados foram avaliados e certificados, após desligamento do PRP.	Semestral.	DRP, Serviço de Reabilitação na SR e SEST SENAT.

5. DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

Os procedimentos operacionais deverão ser executados conforme previsto neste Plano de Trabalho e em consonância com as normativas legais e administrativas das instituições partícipes.

5.1. Caberá ao INSS:

I - identificar:

- a) os reabilitandos que podem ser beneficiados pelas ações previstas neste ACORDO;
- b) no escopo ofertado pelo SEST SENAT, os atendimentos especializados e cursos profissionalizantes mais adequados ao perfil de cada reabilitando; e
- c) a necessidade de recursos materiais, bem como realizar todas as demais ações inerentes ao PRP, de acordo com as normas e legislação vigentes que norteiam as ações das equipes de RP;

II - operacionalizar os encaminhamentos e monitorar os fluxos, de modo a fortalecer, qualificar e dinamizar o PRP;

III - comunicar ao SEST SENAT quando ocorrer qualquer situação, por parte do segurado, que impeça a continuidade do atendimento;

IV - encaminhar os ofícios inerentes à rotina do PRP por **e-mail** e/ou pelo próprio segurado reabilitando:

- a) Anexo I - Ofício para instituição parceira;
- b) Anexo II - Ofício de encaminhamento para curso;
- c) Anexo III - Formulário de parecer/atendimento especializado;
- d) Anexo IV - Cartão de frequência em cursos, treinamentos e atendimento especializado; e
- e) Anexo V - Relatório de avaliação de cursos e treinamento;

V - promover ações para melhorar a comunicação entre as equipes de RP do INSS e o SEST SENAT; e

VI - emitir Certificado de RP, quando couber.

5.2. Caberá ao SEST SENAT:

I - disponibilizar:

- a) vagas para atendimento e/ou curso profissionalizante em suas unidades para os reabilitandos abrangidos por este ACORDO; e
- b) pessoal para a execução dos serviços acordados (profissionais de saúde/instrutores/supervisores);

II - indicar 2 (dois) funcionários que ficarão responsáveis pelo acompanhamento dos segurados durante o serviço previsto neste ACORDO;

III - acompanhar, supervisionar e avaliar os segurados no desenvolvimento das atividades programadas com base em seus padrões de qualidade;

IV - comunicar ao Profissional de Referência em Reabilitação Profissional - PR, responsável pelo acompanhamento dos segurados reabilitandos, quaisquer intercorrências durante o atendimentocurso;

V - promover ações:

- a) objetivando propiciar um adequado clima de acolhimento aos segurados reabilitandos; e
- b) para melhorar a comunicação entre as equipes de RP do INSS, o SEST SENAT e o segurado;

VI - adequar a oferta de vagas para atendimento especializadocurso profissionalizante de acordo com as necessidades identificadas, quando possível.

5.3. Fluxo de Trabalho:

5.3.1 O PR, responsável pelo segurado, procederá o agendamento, por telefone, do dia e local da avaliação com o contato do SEST SENAT e confirmará o agendamento por **e-mail**.

5.3.2 O segurado comparecerá à avaliação portando o ofício emitido pelo INSS, onde constará a data de retorno do segurado ao serviço de RP, observado que, no caso de:

I - curso, o PR emitirá o Ofício de Encaminhamento para Curso (Anexo II) e o Cartão de Frequência (Anexo IV), combinando com o SEST SENAT a data de início e término; e

II - atendimento especializado, o PR emitirá ofício Formulário de Parecer/Atendimento Especializado (Anexo III) e Cartão de Frequência (Anexo IV), combinando com o SEST SENAT a data de início e término do tratamento.

5.3.3 O Contato do SEST SENAT deverá no caso de:

I - atendimento especializado:

a) enviar a resposta contendo a avaliação do profissional de saúde responsável, emitida em Formulário de Parecer Especializado (Anexo III), local de atendimento e demais informações por e-mail, no prazo de até 30 (trinta) dias contados da triagem; e

b) zelar para que os Cartões de Frequência (Anexo IV), devidamente preenchidos, assinados e datados, sejam entregues ao segurado no último dia útil do mês de atendimento;

II - curso: zelar para que o Cartão de Frequência (Anexo IV) seja assinado e datado e entregue ao segurado no último dia do curso, juntamente com o Relatório de Avaliação de Cursos e Treinamento (Anexo V).

5.3.4 Acontecendo algum tipo de ocorrência que impossibilite a continuidade do atendimento/curso, o contato do SEST SENAT informará por e-mail imediatamente ao PR para as devidas orientações e providências.

5.3.5 Se o segurado for aprovado ao término do curso, o PR emitirá o Certificado de Reabilitação Profissional e o segurado receberá alta do benefício, sendo finalizado o PRP.

6. DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO:

Conforme descrito nas etapas anteriores, as ações de execução, alinhamento, operacionalização e monitoramento se darão por meio de formulários e relatórios próprios para esta finalidade e contatos periódicos. Os partícipes assegurarão entre si o acesso aos dados necessários para o acompanhamento deste ACORDO.

7. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DOS CUSTOS DO ACORDO

Este ACORDO não se caracteriza como prestação de serviços ou transferência de recursos orçamentários, motivo pelo qual não se consigna dotação orçamentária.

8. DO INÍCIO E FIM DA OPERACIONALIZAÇÃO DO ACORDO

A execução do objeto deste ACORDO terá início após a publicação no Diário Oficial da União, ficando a vigência e a prorrogação vinculadas aos prazos neles estabelecidos.

9. DECLARAÇÃO DA ENTIDADE

Declaro, sob as penas do art. 299 do Código Penal, que o SEST SENAT não se encontra em mora e nem em débito junto a qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal Direta ou Indireta.

ALESSANDRO ANTONIO STEFANUTTO

Presidente do INSS

NICOLE GOULART

Diretora Executiva Nacional do SEST SENAT

VINÍCIUS LADEIRA MARQUES DE SOUSA

Diretor Adjunto do SEST SENAT



Documento assinado eletronicamente por **ALESSANDRO ANTONIO STEFANUTTO**, **Presidente**, em 22/04/2024, às 19:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **VINICIUS LADEIRA MARQUES DE SOUSA**, **Usuário Externo**, em 03/05/2024, às 17:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nicole Carvalho Goulart, Usuário Externo**, em 03/05/2024, às 17:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.inss.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **15700074** e o código CRC **4D6C4832**.

ANEXO I

OFÍCIO PARA INSTITUIÇÃO PARCEIRA

OFÍCIO Nº /SIGLA APS/GEX/INSS

Cidade/UF, xx de xxxx de 20xx.

Ao Senhor (a)
NOME COMPLETO DESTINATÁRIO
Cargo/função
Endereço
CEP/Cidade/Estado

Assunto: minúsculo e negrito.

Prezado (a) Senhor (a),

1. O(A) segurado(a) _____, CPF nº _____, Espécie/NB: _____, está em Reabilitação Profissional no INSS com potencial laborativo para retornar ao trabalho com as seguintes contraindicações: _____

2. Para darmos continuidade ao processo reabilitatório do (a) segurado (a), solicitamos:

() Indicação de função/atividade, respeitando as contraindicações mencionadas acima, enviando-nos a descrição das atribuições que lhe serão propostas.

() Participação no curso/treinamento de _____.

() Atendimento especializado de _____.

() Nova indicação de função/atividade, uma vez que a oferecida foi considerada incompatível.

() Relatório de avaliação e desempenho do curso e/ou treinamento.

3. Durante o período de reabilitação profissional (avaliações, cursos, treinamentos ou atendimentos especializados), o beneficiário continuará sob a responsabilidade do INSS e em percepção de auxílio por incapacidade temporária, não estabelecendo nenhum vínculo empregatício ou funcional entre o reabilitando e a empresa/entidade, bem como entre esta e o INSS, nos termos do §1º do art. 139 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.

4. Em caso de reabilitação bem-sucedida (cursos ou treinamentos), o segurado receberá o Certificado de Reabilitação Profissional e passará a fazer jus a reserva de vagas nos termos do art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991:

“Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I - até 200 empregados2%;

II - de 201 a 500 empregados3%;

III - de 501 a 1.000 empregados.....4%;

IV - de 1.001 em diante5%.”

5. A referida resposta deverá ser enviada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento deste, aos cuidados do Profissional de Referência (Gerência-Executiva, Agência da Previdência Social, nome, endereço, telefone, e-mail deste).

Atenciosamente,

PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

Matrícula/Cargo

ANEXO II**OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO PARA CURSO****OFÍCIO nº /SIGLA DA APS/GEX/INSS**

Cidade/UF, xx de xxxx de 20xx.

Ao Senhor (a)
NOME COMPLETO DESTINATÁRIO
Cargo/função
INSTITUIÇÃO DE CURSO DE FORMAÇÃO/QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Endereço
CEP/Cidade/Estado

Assunto: Encaminhamento para curso

Prezado (a) Senhor (a),

1. Encaminhamos o (a) segurado (a) _____, CPF nº: _____,
NB: _____ para realizar o curso de Formação/Qualificação
Profissional: _____.

2. Dia (s) da semana: _____ Horário: _____ h.

3. Seguem algumas recomendações:

I - instituição que oferta o curso de Formação/Qualificação Profissional:

a) ao final do curso o segurado deverá retornar à Equipe de Reabilitação Profissional com os Cartões de Frequência devidamente preenchidos, assinado e carimbado pela instituição de Formação/Qualificação Profissional;

b) se ocorrerem situações adversas no decorrer do Curso, deverão ser imediatamente comunicadas ao Profissional de Referência através de e-mail e/ou Ofício para serem realizados os devidos encaminhamentos de forma conjunta;

c) não encaminhar o reabilitando para curso diverso do que lhe foi indicado, sem prévio conhecimento e autorização do Profissional de Referência;

II - o (a) segurado (a) deverá:

a) cumprir rigorosamente o horário e as normas estabelecidas pela instituição que oferta o curso de formação/qualificação profissional;

b) evitar ausentar-se do curso, salvo por motivo absolutamente necessário e quando devidamente autorizado; e

c) comparecer para atendimento na Reabilitação Profissional, quando convocado ou se considerar necessário, com prévio agendamento.

4. Responsável pela Orientação Profissional: _____ . Telefone: _____ (horário __h às __h), ou e-mail: _____
e/ou em sua ausência o (a) Serviço de Reabilitação Profissional da Superintendência Regional: _____
pelo e-mail: _____.

Atenciosamente,

PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

Matrícula/Cargo

ANEXO III

FORMULÁRIO DE PARECER/ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Nome do (a) Segurado (a): _____
 CPF nº: _____ Espécie: _____ NB: _____
 PR/RP requisitante: _____ Matrícula: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

PARECER DO PROFISSIONAL ESPECIALIZADO

Nome do Profissional: _____
 Área: _____
 Registro: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Profissional

ANEXO IV

CARTÃO DE FREQUÊNCIA EM CURSOS, TREINAMENTOS E ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

CARTÃO DE FREQUÊNCIA			
Nome do (a) segurado (a):			
Nº Benefício/Espécie:		Mês/ano de referência:	
Período:			
Nome da Entidade/Empresa:			
DIA	Assinatura segurado	DIA	Assinatura segurado
1		17	
2		18	
3		19	
4		20	
5		21	
6		22	
7		23	
8		24	
9		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16			
Nome do Instrutor/Responsável:		Assinatura:	
		Local:	
		Data:	

ANEXO V

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE CURSOS E TREINAMENTO

Função de Treinamento: _____

Nome do (a) Segurado (a): _____

Data do início: _____

Data do término: _____

Período/dias frequentados na semana: _____

Horário: das _____ às _____

Atividades desenvolvidas (utilizar o verso se necessário):

1. Aspectos da Execução do Trabalho:

I - Trabalhou: () Individualmente () Em equipe

II - Posições:

- () Em pé () Sentado
 () Andando () Agachado
 () Deitado

III - Esforços Físicos:

- Peso máx: _____
 () Puxou () Levantou
 () Carregou () Empurrou

IV - Movimentos:

- () Dedos () Mãos/Braços
 () Pés/Pernas () Coluna
 () Bimanual

2. Aspectos Psicofísicos: (assinalar conforme os critérios de avaliação abaixo)

(A) Ótimo (B) Bom (C) Regular (D) Ruim (E) Não avaliado

- () Rapidez () Concentração
 () Precisão () Memória
 () Ordem () Capacidade de Aprendizagem
 () Produtividade () Coordenação Motora
 () Qualidade () Destreza Manual

3. Atitudes, Comportamentos e Hábitos: (assinalar conforme os critérios de avaliação)

(A) Ótimo (B) Bom (C) Regular (D) Ruim (E) Não avaliado

- () Independência () Motivação
 () Criatividade () Responsabilidade
 () Perseverança () Cooperação
 () Iniciativa () Participação
 () Relacionamento c/ o Grupo () Relacionamento c/ o Avaliador
 () Capacidade de Organização () Segurança
 () Assiduidade () Pontualidade

4. Desempenho durante o curso/treinamento:

() Ótimo () Bom () Regular () Insatisfatório

5. Observações e considerações relevantes:

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do Responsável Pelo Treinamento