

ANEXO V

INSTRUÇÃO NORMATIVA CRPS Nº 1/2022, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2022

FLUXO DE PERÍCIA MÉDICA

1. ANÁLISE PRELIMINAR E SOLICITAÇÃO DE DILIGÊNCIA

1.1 - DILIGÊNCIA PRELIMINAR PARA COMPLEMENTAÇÃO DA INSTRUÇÃO

A diligência preliminar deverá ser realizada quando não forem apresentados documentos na fase recursal capazes de infirmar a decisão médica inicial.

O Conselheiro deverá verificar se constam, no processo ou nos sistemas disponíveis para consulta, informações sobre a opção da parte em apresentar razões ou documentos no protocolo do recurso e se este serviço já foi solicitado pelo INSS na instrução.

Sendo necessária a apresentação da documentação técnica para subsidiar o pedido recursal, a diligência deverá ser encaminhada ao recorrente com redação simples e sucinta.

Uma vez apresentada, a documentação deve ser submetida a parecer da Perícia Médica Federal, com questionamento específico sobre a matéria em debate.

No caso de não cumprimento pela parte, após devidamente intimada, mantêm-se os critérios fixados pela perícia médica, cabendo aplicação do art. 373 do Código de Processo Civil.

1.2 - DILIGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL

a) Solicitação pela Perícia Médica Federal

As avaliações médico-periciais da PMF são realizadas, como regra, por meio de análise documental, mediante revisão analítica dos documentos apresentados pelo recorrente em fase recursal. Também, podem ser feitas consultas aos sistemas informatizados, principalmente ao SABI, no qual consta histórico das perícias realizadas nos benefícios por incapacidade.

Excepcionalmente, se o profissional médico entender necessário, poderá solicitar a realização de perícia presencial, para subsidiar seu parecer. Neste caso, as perícias deverão ser agendadas no sistema PMF-Agenda pelo Instituto Nacional do Seguro Social.

b) Solicitação pelo Conselheiro

A solicitação de diligência para realização de perícia médica presencial, pelo Conselheiro é permitida, excepcionalmente, nas situações em que não houve perícia médica inicial, desde que haja comprovação do não comparecimento no dia e na hora agendados, em razão de:

1) caso fortuito ou força maior, a exemplo de desastres naturais; greve dos servidores do INSS; internação hospitalar do periciando; óbito de familiar próximo;

2) não comprovação pelo INSS quanto à intimação do segurado para realização de perícia, nos termos dos artigos 63 e 64 do Regimento Interno do CRPS. Vale ressaltar que, como regra, o requerimento do benefício por incapacidade realizado por meio dos canais remotos já contém a marcação da perícia médica inicial.

Sempre que possível, mediante análise global dos sistemas informatizados, poderão ser aproveitadas as perícias realizadas em benefícios posteriores, como prova emprestada, visando à economia e celeridade processuais (RICRPS, art. 33, §2º).

2. ANÁLISE DE MÉRITO DO AUXÍLIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

2.1 - MATÉRIAS ADMINISTRATIVAS

2.1.1 - FALTA DE PERÍODO DE CARÊNCIA

As questões relacionadas à carência são apreciadas pelos próprios Conselheiros. Todavia, dependem de análise médica os seguintes pontos:

a) definição quanto à isenção de carência das doenças listadas no art. 2º da Portaria Interministerial MTPS/MS Nº 22 DE 31/08/2022. Ao analisar o processo, se o Conselheiro observar que a doença do recorrente não se enquadra na lista citada, poderá apreciar o mérito, sem necessidade de remeter os autos ao pronunciamento da PMF. Neste caso, os parâmetros técnicos da perícia inicial devem ser avaliados conjuntamente com as alegações de recurso.

b) definição se o afastamento decorreu de acidente de trabalho, de acidente de qualquer natureza ou causa ou de doença profissional ou do trabalho, situações estas que isentam a carência.

2.1.2 - FALTA OU PERDA DA QUALIDADE DE SEGURADO

Questões relacionadas à qualidade de segurado não são de competência direta da PMF em recurso, salvo se a controvérsia versar sobre a fixação do início da incapacidade (DII) pela perícia médica no processo concessório do INSS.

No caso de o pedido recursal versar sobre a alteração da DII, o Conselheiro deverá verificar se o recorrente trouxe aos autos elementos que justifiquem a alteração desta data. Neste caso, deve emitir despacho à PMF solicitando a retificação ou a ratificação dos parâmetros iniciais, antes de apreciar o mérito recursal.

2.1.3 - NÃO COMPARECIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Nos casos de indeferimento por não comparecimento à perícia inicial, cabe ao Conselheiro apreciar os motivos trazidos pelo recorrente para fundamentar sua ausência. Se houver a devida justificativa, nos termos da alínea “b” do item 1.2 deste Manual, deverá ser realizada perícia médica presencial. Caso contrário, o processo deverá ser julgado no estado em que se encontra, sem solicitação do pronunciamento da PMF. A realização de perícia médica inicial é condição inafastável para que haja revisão analítica em fase recursal.

Na hipótese de haver benefício posterior requerido pelo interessado, em que a incapacidade tenha sido reconhecida, se os parâmetros da perícia posterior puderem subsidiar a análise pelo Conselheiro, é dispensável a diligência para nova perícia presencial, diante do conjunto fático-probatório existente (RICRPS, art. 33, §2º).

2.1.4 - DATA DE INÍCIO DO BENEFÍCIO MAIOR QUE A DATA DE CESSAÇÃO (DIB > DCB)

A fixação da data do início do benefício (DIB) deve ser feita nos termos do art. 60, caput, e §1º, da Lei 8.213/91.

Quando a perícia médica conclui que o benefício deve ser cessado (DCB) em data anterior à entrada do requerimento (DER/DIB), sendo esta superior a 30 dias do início da incapacidade (DII), tem-se o indeferimento por motivo de “DIB posterior à DCB”.

Se o objeto do recurso envolver apenas a fixação da DCB em data anterior à DER/DIB, não cabe envio à PMF, por se tratar de matéria administrativa. Porém, se recurso se referir a parâmetros fixados pela perícia (DII, DCB etc.), caberá o pronunciamento da PMF especificamente quanto a essa matéria.

2.1.5 - DII ANTERIOR AO INGRESSO/REINGRESSO NO RGPS

Como regra, a data do início da incapacidade fixada no benefício em análise é o parâmetro a ser observado para verificar a existência ou não da qualidade de segurado.

Nos casos em que a DII for anterior ao ingresso ou reingresso ao RGPS, a avaliação é estritamente administrativa, não sendo devido o benefício por motivo de “falta/perda da qualidade de segurado no RGPS”. Porém, se o recurso se referir à fixação dos parâmetros médicos, caberá o envio à PMF.

2.1.6 – INGRESSO OU REINGRESSO AO RGPS COM EXISTÊNCIA PRÉVIA DA DOENÇA OU LESÃO INVOCADOS PARA O REQUERIMENTO

De acordo com o art. 59 da Lei 8.213/91, o auxílio por incapacidade temporária não será devido nas situações em que o segurado, ao se filiar ou se refiliar ao RGPS, já for portador da doença ou lesão indicados como causa do benefício, a não ser que se trate de agravamento ou progressão.

Vale ressaltar que, nos casos de isenção de carência, devem ser observados, também, o art. 151 da Lei 8.213/91, bem como o §2º do art. 1º da Portaria Interministerial MTPS/MS nº 22 DE 31/08/2022.

Quanto à análise da progressão ou do agravamento da doença ou lesão, devem ser verificados, como regra, os parâmetros médicos existentes, principalmente a relação entre a data do início da doença (DID) e a data do início da incapacidade (DII), bem como a DID e DID fixadas em requerimentos anteriores.

2.1.7 - REVISÃO E ALTERAÇÃO DA DIB

A maior parte dos pedidos recursais para alteração da DIB (pagamento de parcelas atrasadas ou retroativos) estão relacionadas à data do requerimento, que é matéria administrativa.

Não cabe à PMF analisar questões relativas à retroação da DER.

Se o segurado não ingressou com o pedido do benefício no prazo de 30 dias, cabe verificar se os motivos de sua inércia são relevantes e se ensejariam o não conhecimento do recurso.

Somente em casos de divergência em relação aos parâmetros técnicos (DII) e com dúvida fundamentada em despacho, os autos devem ser submetidos ao parecer da PMF.

2.1.8 - REVISÃO DA DIB E AFASTAMENTOS ANTERIORES

Nas hipóteses dos §§ 4º e 5º do art. 75 do Decreto 3.048/99, para a correta fixação do início do benefício e pagamento a contar do 16º dia de afastamento, no caso de afastamentos anteriores à última DUT (data do último dia trabalhado), faz-se necessário que esta informação conste nos autos e no sistema informatizado (SABI).

Estas informações devem constar da declaração do empregador que informar o último dia de trabalho, bem como os afastamentos anteriores e se eles decorreram do mesmo motivo incapacitante.

Sendo possível determinar que os afastamentos se deram pela mesma causa, através de declaração do empregador ou dos atestados médicos, e tendo o requerimento ocorrido dentro do prazo de 30 dias de afastamento, o Conselheiro pode determinar a correção da fixação da DIB para o 16º dia de afastamento.

Se não for possível determinar, com base na declaração do empregador e nos atestados, que os afastamentos se deram pela mesma causa, caberá solicitação de pronunciamento para a PMF com despacho fundamentado.

Restando comprovado que os afastamentos se deram por outro motivo, não cabe aplicação dos §§4º e 5º do art. 75 do Decreto 3.048/99.

2.1.9 - PEDIDO DE PRORROGAÇÃO SEM ELEMENTOS TÉCNICOS

Esta hipótese abrange os casos em que o segurado requer o pagamento do benefício até o dia da realização da perícia inicial (ordem 01), contudo não possui elementos técnicos para subsidiar o requerimento, pautando seu pedido exclusivamente no fato de ter ficado aguardando a perícia do INSS.

Assim, não restando comprovada a incapacidade, a prorrogação poderá ser indeferida, sem necessidade de encaminhamento dos autos à PMF, em aplicação do entendimento do § 6º, do art. 75, do RPS, na redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Registre-se que a ACP 2005.33.00.0020219-8 não se aplica aos casos de concessão, mas apenas aos casos de pedido de prorrogação pendentes.

2.1.10 - REVISÃO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO - BILD (31/91)

Nos casos de cessação do benefício por incapacidade temporária devido a revisão de BILD, deve-se verificar se o benefício foi concedido por meio de decisão judicial, por meio de consulta às telas INFBEN/CONBAS do Plenus.

Verificada a concessão judicial, se constar a sentença nos autos, deverá o Conselheiro analisar a existência de eventuais condicionantes à cessação do benefício, tais como a manutenção por um prazo determinado ou a exigência de reabilitação prévia. Nestes casos, o processo não deve ser encaminhado à PMF, podendo ser julgado.

2.1.11 - PRORROGAÇÃO DO BENEFÍCIO CESSADO, NO CASO DE CONCESSÃO DE NOVO BENEFÍCIO DENTRO DE 60 DIAS

No caso de recurso contra a cessação de benefício mantido, se houver concessão de novo benefício dentro de 60 dias (data de início do novo benefício) depois da DCB (data da cessação do benefício recursado), deve-se analisar se o deferimento do novo benefício se deu pelo mesmo motivo, nos termos do 75, §3º, do Decreto 3.048/99, hipótese em que se deve proceder à prorrogação do benefício cessado. Essa regra se aplica a todas as categorias de segurado, sendo este, inclusive, o entendimento do INSS (IN 128/2022, art. 347).

Para a verificação da existência de “mesmo motivo”, deve-se, principalmente, analisar o histórico dos laudos médicos constantes no processo concessório ou no SATCentral. Também,

complementarmente, pode-se consultar a Classificação Internacional da Doença (CID) dos benefícios, bem como a data do início da doença (DID).

Constatado pelo Conselheiro que se trata do mesmo motivo, é desnecessária remessa à Perícia Médica Federal para pronunciamento sobre a prorrogação da incapacidade, uma vez que já houve fixação dos parâmetros em perícia presencial posterior. Assim, a decisão será de prorrogação do benefício até a véspera do benefício subsequente, descontando-se os dias eventualmente trabalhados, se houverem, na forma da legislação.

Quando restarem dúvidas sobre o motivo que ensejou a incapacidade, cabe o envio à PMF para pronunciamento. Neste caso, o despacho do Conselheiro deve questionar, além da manutenção da incapacidade, se o benefício posterior foi ou não concedido pelo mesmo motivo.

2.1.12 – UTILIZAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS E PARECERES REALIZADOS EM OUTROS BENEFÍCIOS - PROVA EMPRESTADA

Ao apreciar a matéria controvertida, o Conselheiro pode verificar as perícias já realizadas nos benefícios anteriores e posteriores, para avaliação global do mérito. Nestes casos, devem ser observadas, principalmente, a Classificação Internacional da Doença (CID) e a data do início da doença (DID). Não há necessidade de que as datas sejam idênticas, mas devem guardar relação e as doenças pertencerem ao mesmo subgrupo dos CID, entendido estes como a letra seguida dos dois primeiros algarismos da codificação da doença, conforme exemplos a seguir:

- 1- **M54 e M54.5** dorsalgias e dor lombar baixa
- 2- **F33 e F33.3** – transtornos depressivos
- 3- **C10 e C10.2** – neoplasia maligna da orofaringe

Essas consultas podem ser realizadas na tela de consultas aos laudos do SABI via SATCENTRAL ou no HISMED do sistema PLENUS.

Em todo caso, não é permitido ao Conselheiro alterar ou criar nenhum parâmetro exclusivamente técnico, posto que esta é uma prerrogativa exclusiva da perícia médica.

2.2 - MATÉRIAS EXCLUSIVAMENTE MÉDICAS - ANÁLISE DE MÉRITO PELA PMF

Como regra, em relação aos benefícios por incapacidade, apenas os parâmetros técnicos são matérias exclusivamente médicas, quais sejam:

a) fixação/alteração da DID: esta data é importante para sabermos se se trata de agravamento ou progressão da doença, bem como, nos casos de isenção de carência se o requerente já estava filiado ao RGPS.

b) fixação/alteração da DII: este é o principal parâmetro para verificar os requisitos ao benefício, já que se trata do “evento gerador”, em relação ao qual se analisará a qualidade de segurado e a carência.

c) fixação/alteração da DCI (data da cessação da incapacidade): trata-se do prazo estimado para a recuperação da capacidade laborativa. Este prazo pode ser prorrogado, a pedido do segurado (PP), se o prazo inicial concedido for insuficiente para recuperação.

d) isenção de carência: aplica-se no caso das patologias previstas no art. 2º da Portaria Interministerial MTPS/MS nº 22 DE 31/08/2022, bem como nos casos indicados nos art. 26, II, da Lei 8.213/91.

3. NEXO TÉCNICO/CAUSAS ACIDENTÁRIAS

3.1 CONSTATAÇÃO DO TIPO DE NEXO

Antes de analisar o processo, é necessário identificar qual o tipo de nexo firmado pela perícia médica inicial. Embora essa informação possa ser encontrada no sítio eletrônico do INSS, é comum que o recorrente não a anexe ao pedido. O Conselheiro pode obtê-la mediante consulta ao SATCentral, na opção “Comunicação de Resultado de Requerimento (CRER)”, verificando a respectiva fundamentação, sendo possível identificar os seguintes nexos:

a) NEXO TÉCNICO EPIDEMIOLÓGICO – NTEP, fundamento no art. 337 do Decreto 3.048/99;

b) NEXO PROFISSIONAL, fundamento no anexo II do Decreto 3.048/99;

c) NEXO INDIVIDUAL, fundamento no parágrafo 2º do art. 20 da Lei 8213/1991

No caso de não constarem tais informações nos autos, e se não for possível a consulta via SATCENTRAL da CRER da perícia inicial, faz-se necessária a manifestação da PMF.

3.2 - DEFINIÇÕES DOS NEXOS ACIDENTÁRIOS (Resolução 535/2016 – Manual de Acidente do Trabalho)

3.2.1 Nexo Técnico Profissional ou do Trabalho

Os nexos estabelecidos pela associação do agravo com os agentes etiológicos ou fatores de risco, presentes nas atividades econômicas dos empregadores e constantes das listas A e B do Anexo II do RPS, são considerados de natureza profissional ou do trabalho, sendo assim compreendidos:

I - Nexo Técnico Profissional: é aquele decorrente da constatação de uma doença profissional, isto é, aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade cujos trabalhadores tenham sido expostos, ainda que parcial ou indiretamente; e

II - Nexo Técnico do Trabalho: é aquele decorrente da constatação de uma doença do trabalho, isto é, aquela adquirida em função das condições especiais em que o trabalho é realizado.

A caracterização da espécie acidentária será realizada pela perícia médica, por meio do sistema corporativo do INSS, que apresentará, por ocasião do primeiro exame (ax1), quesitos necessários ao enquadramento de uma das espécies de Nexo Técnico Previdenciário.

Ressalta-se que, nos exames subsequentes, como aqueles relacionados a Pedido de Prorrogação (PP), não haverá apresentação de quesitos para caracterização da espécie de nexos, uma vez que a eventual prorrogação decorre da incapacidade para o trabalho e não da natureza acidentária do agravo.

3.2.2 - Nexo Técnico Individual

É aquele que decorre de acidentes do trabalho típicos ou de trajeto, bem como de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele relacionado diretamente, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei nº 8.213/91. Engloba três situações:

a) acidente típico: quando o acontecimento súbito ou a contingência imprevista causou danos à saúde do trabalhador e ocorreu durante o desempenho da atividade profissional ou por circunstâncias a ela ligadas.

b) acidente de trajeto: é o acidente que ocorre no percurso do segurado de sua residência para o trabalho ou vice-versa ou de um local de trabalho para outro da mesma empresa, bem como o deslocamento do local de refeição para o trabalho ou deste para aquele, independentemente do meio de locomoção, sem alteração ou interrupção do percurso por motivo pessoal. Não havendo limite de prazo estipulado para que o segurado atinja o local de residência, refeição ou do trabalho, deve ser observado o tempo necessário compatível com a distância percorrida e o meio de locomoção utilizado.

c) doença equiparada a acidente do trabalho: é o agravo decorrente das condições especiais em que o trabalho é realizado e que não esteja previsto nas listas A e B do RPS, conforme expresso no § 2º do art. 20 da Lei nº 8.213/91:

“§ 2º Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho. ”

3.2.3 - Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP

O NTEP é aplicado pela significância estatística da associação entre a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde (CID-10) e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). Em outras palavras, consiste na correlação entre a doença (CID) e a atividade econômica (CNAE) executada pelos trabalhadores.

Os pressupostos desta relação estão contidos na Lei nº 11.430/06, que alterou a Lei nº 8.213/91, com posterior inclusão da lista C no Anexo II do RPS, trazendo a correlação estatística estabelecida entre CID e CNAE.

Esta correlação é estabelecida automaticamente no sistema de benefícios do INSS por ocasião da perícia médica, cabendo ao Perito Médico ratificá-la ou não.

3.3 - PEDIDO DE TRANSFORMAÇÃO DA ESPÉCIE (B31/B91)

A alteração de espécie pode ser requerida tanto pelo segurado, quanto pelo empregador, sendo o procedimento alterado de acordo com o tipo de nexos existente. Ambos necessitam ser intimados do recurso que a parte contrária interpôs, para apresentarem suas contrarrazões.

As partes precisam estar corretamente identificadas no sistema informatizado, bem como o motivo do indeferimento, para que a tarefa seja direcionada à Perícia Médica Federal.

Devem ser adotadas as seguintes ações: no e-SISREC, o caminho será em AÇÕES >ALTERAR PARTES DO PROCESSO>INCLUIR. O tipo de representação no ícone alterar dados da parte é indispensável para criação da tarefa correta no sistema da Perícia Médica Federal.

3.3.1 – Solicitação de transformação pelo segurado

Geralmente, a solicitação do segurado é para alteração da espécie previdenciária (31/32/36) para acidentária (91/92/94). O pedido deve ser realizado através de pedido de revisão a ser apreciado inicialmente pelo INSS. Da decisão de revisão, é cabível recurso, tanto pela empresa – se houver alteração, quanto pelo segurado – se não houver alteração.

3.3.2 – Solicitação de transformação pela empresa

Via de regra, as solicitações dos empregadores são para alteração da espécie acidentária para previdenciária. Tal procedimento vai depender do tipo de nexos firmado pela perícia médica inicial, para verificação do fluxo a ser seguido.

Preliminarmente, para se garantir a lisura do processo e o direito ao contraditório pelo empregador, deve-se disponibilizar no processo administrativo o conteúdo da perícia médica que fixou a espécie acidentária em discussão. Esta informação pode ser obtida nas consultas ao SATCENTRAL>LAUDOS DO SABI.

Uma vez juntada ao processo a perícia médica em questão (apenas do benefício em análise), faz-se mister a inclusão via CPF do procurador da empresa ou seu representante legal no sistema e-SISREC, para que ele possa acessar os autos em questão, em garantia ao contraditório e à ampla defesa.

3.3.2.1 Nexos Profissional, do Trabalho ou Individual – recurso direto

Se o nexos estabelecido for profissional, do trabalho ou individual, a petição elaborada pela empresa deve ser recebida como recurso, sem fase de contestação. Recebido o recurso, o relator verificará se o segurado foi instado a se manifestar, e, caso não tenha sido, deverá oportunizar

a apresentação de contrarrazões ao recurso da empresa antes de solicitar a manifestação da PMF, e, após tais providências, baseado no parecer da PMF, apresentará seu voto ao Colegiado.

3.3.2.2 Nexo Técnico Epidemiológico – NTEP - recurso do resultado da contestação

Se o nexos estabelecido for o epidemiológico, o INSS receberá e analisará a contestação da empresa (Art. 337 do RPS), com realização de perícia/parecer médico em fase de contestação, após intimação do segurado para contrarrazoar.

Nesta fase, os autos não devem ser encaminhados ao CRPS, posto que a competência para analisar a contestação é do INSS e não da Junta de Recursos.

Na hipótese de encaminhamento indevido de contestação para o CRPS, a providência a ser adotada é a devolução dos autos à APS, via despacho. Caso o Conselheiro verifique esta ocorrência, encaminhará os autos por despacho ao presidente da unidade julgadora para pronunciamento e este, uma vez ratificado o despacho, na opção de trânsito indevido, encaminhará os autos manualmente ao INSS/SRD.

Quando for verificado o trânsito indevido do processo ao CRPS, não se deve devolver os autos em diligência preliminar – mas sim por despacho na forma do parágrafo anterior -, uma vez que não se trata de processo a retornar ao Conselho de Recursos, nesta fase.

Apenas diante do resultado da avaliação da contestação é que caberá recurso tanto da empresa, quanto do segurado, com efeito suspensivo, ou seja, a espécie é mantida até o resultado do recurso.

Uma vez que a contestação tenha sido julgada na JR como recurso ordinário, caso o processo seja encaminhado à CAJ com o recurso especial, o acórdão da JR deve ser anulado, tendo em vista que não houve análise pelo INSS da contestação.

4. APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE - MAJORAÇÃO DE 25%

No caso de pedido de majoração nas espécies 32/92, com pedido indeferido pela perícia em fase de concessão pelo INSS, o encaminhamento deve ser feito a PMF para parecer.

Deve-se atentar para a existência de documentação médica acostada ao pedido. Por vezes, a análise pericial é feita em CRER (Comunicação de Resultado da Perícia) separada ou em

envelope, e não consta nos laudos do SABI. Nesse caso, deve ser solicitada a juntada ao processo recursal através de diligência preliminar ao INSS.

5. CESSAÇÃO DE APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE POR RETORNO VOLUNTÁRIO AO TRABALHO

Com previsão no artigo 46 da Lei 8.213/91, o retorno ao trabalho é causa para o cancelamento automático do benefício e, neste caso, uma vez comprovado o exercício de atividade remunerada, seja pelo CNIS, declaração do empregador ou pesquisa externa, a perícia médica pelo INSS é dispensável, assim como parecer da PMF.

Em muitos casos, as alegações de retorno ao trabalho são feitas através de denúncias à ouvidoria, sendo realizada perícia médica. Nessas situações, a cessação não pode ser amparada pelo artigo 46 e o objeto do recurso deve ser a avaliação pericial. Todos estes fatos dependem de meticulosa análise do caso concreto pelo Conselheiro.

Se a cessação é decorrente de perícia médica, devem ser aplicados os prazos do art. 47 da Lei 8.213/91, no que tange as parcelas de recuperação.

6. RECEBIMENTO DE PARCELAS DE RECUPERAÇÃO E CESSAÇÃO DE APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE

O tempo em que o segurado permanecerá em benefício, recebendo as parcelas de recuperação, depois de constatada sua recuperação da capacidade laboral, dependerá do período em que esteve em benefício, além do fato de a recuperação ter sido total ou parcial.

Todas as hipóteses têm previsão no Artigo 47, da Lei nº 8.213/91 e dependem da avaliação pericial médica.

Estão isentos de perícia de acordo com o art. 101 da Lei 8213/91:

I - após completarem cinquenta e cinco anos ou mais de idade e quando decorridos quinze anos da data da concessão da aposentadoria por invalidez ou do auxílio-doença que a precedeu; ou

II - após completarem sessenta anos de idade.

Nos casos de existência de perícia de alta no SABI e, a depender da documentação médica acostada, os autos devem ser remetidos a PMF para pronunciamento.

7. BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO (BILD)

Deve-se atentar para o fato de que os benefícios por incapacidade de longa duração, em sua maioria, são concedidos na via judicial. Nesses casos, a concessão pode ter sido feita no sistema Prisma, e não no SABI.

Caso não ocorra a migração para o SABI (benefícios “não povoados”), a PMF não terá acesso aos antecedentes, não tendo nenhum elemento técnico para emitir seu parecer. Isso pode ser facilmente observado se não existir informação na consulta dos laudos.

Nessa situação, se não houver informações nos laudos do sistema informatizado (e-recursos/SABI), é cabível diligência para que a documentação seja anexada, a fim de que a PMF possa ter subsídios para emitir seu parecer.

8. ANÁLISE DE TEMPO EXERCIDO SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS

8.1 Verificação da existência de ação judicial

Quando se tratar de análise de recurso que envolva o reconhecimento de períodos de atividade especial, seja em requerimento de aposentadoria por tempo de contribuição, ou em requerimento de aposentadoria especial, recomenda-se ao Conselheiro que, inicialmente, verifique a existência de ação judicial com mesmo objeto.

Vale lembrar que, embora a espécie do benefício requerido judicialmente possa ser diferente da do benefício em análise, ainda assim é possível que tenham o mesmo objeto, já que, normalmente, na via judicial, pede-se alternativamente a concessão da outra espécie.

Sendo assim, verificada a existência de ação judicial, recomenda-se análise da sentença, a fim de se apurar se os períodos pretendidos já foram avaliados no âmbito do judiciário, ou, se for o caso, a solicitação de diligência preliminar, para que o interessado junte a petição inicial.

Dessa forma, constatada a existência de ação judicial com mesmo objeto, por força do que dispõe o Regimento Interno do CRPS, terá ocorrido a desistência/renúncia do recurso, não cabendo o conhecimento da matéria.

A averbação de períodos reconhecidos na justiça é feita pelo INSS através do sistema PRISMA e fica disponível para consulta no aplicativo CTC do Plenus CV3. Logo, podem ser acessadas através da pesquisa da tela CTCNOM.

Há situações recorrentes em que, após a averbação judicial, na ocasião de novo requerimento, o INSS não inclui tais períodos no novo benefício. Nessa situação, é possível que o Conselheiro determine a inclusão dos períodos, conforme a sentença/averbação, em obediência à coisa julgada.

De qualquer forma, nessa situação, ou na de ação com mesmo objeto, é desnecessário o encaminhamento à PMF, por se tratar de desistência ou preclusão.

É importante ressaltar que se o recorrente apresentar documentos/requerimentos diversos do da ação judicial, deve-se ter nova análise e, em caso de dúvida fundamentada, o Conselheiro pode solicitar pronunciamento técnico da PMF.

8.2 Análise do mérito do recurso

Inicialmente, faz-se mister verificar se consta no processo concessório o parecer da Perícia Médica Federal elaborado em fase de instrução inicial em relação aos períodos trabalhados com a exposição aos agentes nocivos.

Caso não conste o parecer, o Conselheiro deverá diligenciar para que sejam inseridas ao processo de recurso no e-Sisrec.

O Conselheiro deve observar se foram apontadas falhas no preenchimento dos formulários, seja pelo setor de perícias ou pelo administrativo, oportunizando-se ao recorrente, antes da nova apreciação, a retificação dos formulários, bem como a apresentação dos laudos ambientais, se necessário.

Após saneamento dos autos, e na existência de dúvidas fundamentadas, poderá ser solicitada manifestação da PMF, na forma regimental.

9. BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC – B87)

Feita a análise preliminar, o Conselheiro deverá verificar se o objeto do recurso administrativo refere-se à avaliação da renda familiar per capita ou se está relacionado ao critério da deficiência/impedimento de longa duração do recorrente.

9.1- Análise da renda familiar per capita

Na análise de recurso de BPC/LOAS-Deficiente (B87) indeferido pelo critério de renda ou pela falta de qualquer elemento necessário a esta avaliação, a Unidade Julgadora deve restringir-se ao julgamento deste requisito e, em caso de provimento ao recurso, restituirá o processo ao INSS para prosseguir com a análise da deficiência do requerente e proferir nova decisão.

Na hipótese em que o recurso não esteja instruído com elementos documentais que permitam o julgamento do critério de renda do BPC/LOAS-Deficiente (B87) e nem se possa obtê-los por meio do SAT - Sistema de Atendimento - Módulo Central ou outro sistema disponível, o processo será devolvido em diligência, especificando os documentos que o INSS deve juntar.

Na hipótese de a documentação a ser apresentada for de responsabilidade do requerente, deve-se providenciar, preferencialmente, o envio de correspondência por meio do sistema e-Sisrec.

9.2- Análise do critério da deficiência do recorrente

Tratando-se de recurso de BPC/LOAS-Deficiente (B87) indeferido com base em não reconhecimento da deficiência do requerente, o Conselheiro, se for o caso, demandará a realização de Parecer Técnico Fundamentado de Benefício Assistencial em fase recursal pela Perícia Médica Federal, devendo os autos estarem instruídos com a avaliação detalhada conjunta do sistema SIBE para subsidiar a elaboração de quesitos pelo relator e a elaboração do parecer pela PMF.

O Conselheiro deve se abster de solicitar que a análise médica seja realizada por profissional especialista na deficiência apresentada pelo requerente.

Na hipótese de a Perícia Médica Federal definir pela necessidade de realização de nova avaliação médica na modalidade presencial, até que haja adequação sistêmica para encaminhamento automático pela PMF, os autos serão devolvidos ao Conselheiro, que encaminhará o expediente ao INSS em diligência, para fins de agendamento do ato pericial no sistema PMF-Agendas, com a consequente convocação do requerente.

Nos casos de indeferimento por não comparecimento às avaliações social ou médica, a depender da motivação recursal e do convencimento do Conselheiro, os autos deverão ser remetidos em

diligência ao INSS para realização das avaliações em fase recursal, sendo desnecessário o trâmite preliminar pela Perícia Médica Federal, diante da ausência de subsídios para elaboração de parecer em fase recursal. Por cautela, é recomendável que seja solicitado ao INSS instruir o recorrente a comparecer nas avaliações munido dos documentos médicos que comprovem sua deficiência.

10. APOSENTADORIA DO DEFICIENTE – APOSENTADORIA POR IDADE E APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO (Lei Complementar nº142/2013)

O processo recursal deve estar instruído com o laudo médico pericial completo, com a descrição da história clínica, exames apresentados e a descrição do exame físico, além da pontuação obtida no IF-BrA (Índice de funcionalidade brasileiro aplicado para fins de classificação e concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência).

Caso não constem do processo de recurso referidas informações, o conselheiro deve fazer diligência para que o INSS as providencie.

Somente após esta instrução é que a Perícia Médica Federal terá subsídios para efetuar sua análise em fase recursal.

Os formulários do IF-BrA (Formulário de identificação, Funções corporais acometidas, Instrumento Matriz e Modelo Linguístico Fuzzy) constituem os elementos para classificação da deficiência e pontuação obtida, através dos quais a Perícia Médica Federal irá efetuar o seu pronunciamento em confronto com as alegações recursais e documentação médica apresentada pelo recorrente.

11. PENSÃO POR MORTE

11.1 Análise da Incapacidade e deficiência - filho/irmão maior inválido

Feita a análise preliminar, sugere-se que seja verificado se a alegada incapacidade decorre de deficiência intelectual ou mental que torne a parte recorrente absoluta ou relativamente incapaz, bem como se tal fato foi reconhecido judicialmente.

Quando se tratar de invalidez, a teor do art. 22, § 9º, do RPS, a comprovação ocorre por meio de exame médico-pericial pela Perícia Médica Federal. Já nos casos de deficiência intelectual, mental ou grave, por meio de avaliação biopsicossocial por equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Em ambos os casos, os processos devem estar previamente instruídos com as avaliações antes do encaminhamento à Perícia Médica Federal para emissão de parecer técnico fundamentado em fase recursal.

Caso não tenha sido feita a perícia na fase do processo inicial e tendo sido comprovado caso fortuito ou força maior para o não comparecimento a perícia ou comprovado o desconhecimento do agendamento da perícia, o processo de recurso deve retornar ao INSS para que realize a instrução processual devida com a juntada da perícia realizada, vez que sem esta não haverá subsídios para análise da Perícia Médica em fase recursal.

Deve-se tomar a cautela de verificar o CNIS do pretense dependente para verificar a existência de vínculos ou recolhimentos que sejam incompatíveis com a “invalidez” alegada.

Sobre a matéria também vale lembrar que no período de **01/09/2011** – publicação e entrada em vigor da Lei 12.470/2011, que incluiu o § 4º no Artigo 77 da Lei nº 8.213/91 – **até 17/06/2015** – data de publicação e entrada em vigor da Lei nº 13.135/2015, que revogou o aludido § 4º, o dependente com deficiência intelectual ou mental que o torne absoluta ou relativamente incapaz, assim declarado judicialmente, que exerça atividade remunerada, poderá receber sua parte individual reduzida em 30%.

Sendo assim, nos casos que tratem de matéria disciplinada pelos §§ 4º e 6º do Artigo 77 da Lei nº 8.213/91, supracitados, respeitadas suas vigências, a lide poderá ser solucionada pelo próprio conselheiro, não sendo necessário o encaminhamento a PMF.

11.2 Realização de perícia indireta e constatação de invalidez do instituidor antes do óbito

De acordo com o parecer CFM 04/2017, “é vedado ao perito médico assinar laudos periciais quando não tenha realizado pessoalmente o exame no requerente, salvo em caso de óbito quando poderá ser designado a realizar perícia indireta documental”.

A perícia indireta está prevista no Manual Técnico da Perícia Médica e será realizada por meio da avaliação de documentos comprobatórios (resumo de internação, laudos médicos, atestados

ou exames complementares), com pronunciamento do Perito Médico sobre a fixação da DID e DII, nexos técnicos previdenciários, além da isenção de carência.

A perda da qualidade de segurado do segurado falecido é causa impeditiva para a concessão da pensão por morte. A exceção é se ele tiver preenchido requisitos para obtenção de aposentadoria, conforme exegese do art. 180 do Decreto 3048/99.

Quando do encaminhamento deste tipo de solicitação de pronunciamento à PMF, devem ser observados os documentos trazidos pela parte, de forma a fornecer subsídios de convencimento para estabelecer os parâmetros como data do início da doença e da incapacidade, se é caso de isenção e manutenção da incapacidade até a data do óbito.

12. SIGLÁRIO

ATM – assessor técnico-médico

BILD - benefício por incapacidade de longa duração

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNIS- Cadastro Nacional de informações Sociais

CRPS - Conselho de Recursos da Previdência Social

DCA- Data da cessação administrativa (ACP 2005.33.00.0020219-8)

DCI - data da cessação da incapacidade

DCB – data da cessação do benefício

DER – data de entrada do requerimento

DIB – data de início do benefício

DID- data do início da doença

DII – data do início da incapacidade

GCD – Gabinete de Crise de Diligências

NB – número do benefício

NTEP - nexó técnico epidemiológico

PMF - Perícia Médica Federal

PP – pedido de prorrogação

RICRPS – Regimento Interno do CRPS

RPS – Regulamento da Previdência Social

SABI – Sistema de Administração dos Benefícios por Incapacidade

SATCENTRAL - Sistema de Atendimento - Módulo Central

SPMF - Subsecretaria de Perícia Médica Federal