



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS
Coordenação dos Juizados Especiais Federais/GO
Sede do Juízo: Rua 19 nº 244, Centro - Goiânia (GO). CEP: 74030-090.
Telefone: (62)3226.1961 – cojef.go@trf1.jus.br

PORTARIA Nº. 04, NUCOD-GO, 04 de julho de 2012.

O Coordenador dos Juizados Especiais Federais de Goiás, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas por lei,

CONSIDERANDO a necessidade de estruturação da Central de Perícias vinculada ao Núcleo de Apoio à COJEF/GO;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer procedimentos uniformes na produção da prova pericial social e médica, nos processos em tramitação nas Varas dos Juizados Especiais Federais e daqueles advindos da realização de Juizado Especial Itinerante (JEFIT);

CONSIDERANDO, ainda, a necessidade de se nomear profissionais devidamente habilitados para realizar as avaliações das condições de saúde e/ou sócio-econômicas da parte autora nos processos para concessão de benefícios por incapacidade e a notória necessidade de conclusão dos exames técnicos em tempo hábil e anterior à fase de audiências (neste caso, processos advindos do JEFIT);

RESOLVE:

Artigo 1º. NOMEAR como Peritos do Juízo a relação de experts médicos e assistentes sociais previamente cadastrados no Núcleo de Apoio à COJEF/GO, em função do município que reside a parte autora,

§ 1º – os quesitos estão dispostos nos Formulários a serem preenchidos pelos profissionais nomeados, relativamente à perícia médica e sócio-econômica, e constam do Anexo I a IV e V desta Portaria, respectivamente, de acordo com o benefício pleiteado pela parte autora.

§ 2º - o formulário referente à perícia médica será preenchido durante o ato pericial e entregue ao NUCOD/GO para baixa e posterior digitalização pela Vara competente. Não obstante, referido formulário poderá, por determinação deste Núcleo, ser preenchido diretamente no JEF Virtual mediante cadastro/acesso do perito nomeado ou enviado via E-proc.

§ 3º - o formulário destinado ao estudo sócio-econômico, corroborado por, no mínimo, 04 (quatro) fotos que descrevam as condições de vida do autor, deverá ser enviado via E-proc, sob a descrição “N.º do processo + nome do autor”, não se excluindo, a possibilidade de ser enviado por e-mail, desde que expressamente autorizado por este Núcleo.

a – Os assistentes sociais terão até a data de 10/08/2012 para efetivar e validar seu cadastro no Sistema de Peticionamento Eletrônico (e-Proc), sob pena de suspensão de sua nomeação para atuar nos processos que carecem de estudo sócio-econômico por parte do NUCOD/GO.

§ 4º - no caso de envio de formulário via E-proc, o nome do documento seguirá seu conteúdo, p. ex.: “Laudo Social”, “Laudo Médico”, “Laudo Médico Complementar”, “Informação Perita Social” ou “Informação Perito Médico”, etc.

§ 5º - é de responsabilidade do perito(a) nomeado(a) manter o controle das perícias por ele(a) realizadas, para fins de comprovação e posterior pagamento de honorários.

Artigo 2º. FIXAR os honorários das assistentes sociais em R\$ 120,00 (cento e vinte reais) e dos médicos em R\$ 176,00 (cento e setenta e seis reais), conforme previsto no art. 3º, § 1º, da Resolução n.º 558, de 22/05/2007, do Conselho Nacional de Justiça Federal, cujas solicitações de pagamento serão realizadas pela Coordenação dos Juizados, nos termos da Portaria NUCOD/GO n.º 03/2012, de 04 de julho de 2012, a partir **da estruturação/adequação do Prédio dos JEF's (GAMA DIAS).**

§ único – em casos excepcionais, o valor dos honorários poderão ser reduzidos ou majorados, de acordo com orientação do Juiz Titular do processo.

Artigo 3º. Aplicam-se ao Juizado Especial Itinerante (JEFIT) os dispositivos acima enumerados, no que couber.

Artigo 4º. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO ERNANE MOREIRA BARROS

Juiz Federal Coordenador dos Juizados Especiais Federais/GO

ANEXO I – Modelo de Laudo Médico para os benefícios de Auxílio-Doença e/ou Aposentadoria por invalidez.

LAUDO MÉDICO

1 - O(a) autor(a) é portador(a) de doença ou lesão? Sim Não

1.1 - Se positiva resposta anterior, qual (is)?

DOENÇA	DATA DE INÍCIO	CID

1.2 - Que exame(s) ou outro(s) documento(s) comprova(m) a(s) doença(s) ou lesão(ões)?

1.3 - Descrever o quadro clínico da parte autora, explicando como se deu o surgimento da doença/lesão/ e se há correlação com o ambiente/rotina de trabalho.

2 - Indicar a ATIVIDADE LABORAL HABITUAL da parte autora: _____

2.1 – Se a atividade for “autônomo”, especificar a ocupação preponderante: _____

2.2 - Há incapacidade para essa atividade? Sim Não

2.3. – A referida incapacidade sobreveio em razão da progressão ou agravamento da doença/lesão? Sim Não

2.4. - Se houver incapacidade, ela é: Definitiva Temporária

2.5. - Se houver incapacidade, ela é: Total Parcial

2.6 - É possível o desempenho de atividade remunerada diversa da que habitualmente exercia? Sim Não

2.6.1 – Há restrições? _____

2.7 – Há necessidade de reavaliação? Sim Não

Se SIM, informar a data limite: _____

3- Qual a DATA DE INÍCIO OU A DATA MÍNIMA DA INCAPACIDADE: _____

3.1 – A data mencionada no item 3 coincide com a data de início da doença?

Sim Não

3.2 - Exames e outros documentos que comprovam a data acima: _____

4 – Há possibilidade de reversão se a parte autora for submetida a intervenções cirúrgicas? Sim Não

5 - A parte autora é capaz de ter uma vida independente? Sim Não

5.1 - A parte autora necessita da assistência permanente de outra pessoa?

Sim Não

6 - OUTRAS ANOTAÇÕES: _____

_____, _____, de _____ de _____.

Perito Médico

CRM/____: _____

(Carimbo)

ANEXO II – Modelo de Laudo Médico para os benefícios de prestação continuada (LOAS Maior)

LAUDO MÉDICO

1- O(a) autor(a) é portador(a) de alguma patologia de natureza física, mental, intelectual ou sensorial? Sim Não

CID: _____ Especificar: _____

2 – A patologia indicada no item anterior pode obstruir a participação do autor de forma plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas?

Sim Não

3 - Qual a origem da patologia? _____

4 – A patologia diagnosticada pode ser considerada de longa duração, ou seja, produz efeitos pelo prazo mínimo de 02 (dois) anos?

5 – Qual a data de início ou data mínima da patologia? _____

6 – Há possibilidade de reversão se a parte autora for submetida a intervenções cirúrgicas? Sim Não

7 – A parte autora apresentou exame ou laudo médico que confirme o diagnóstico da patologia acima descrita? Sim Não

7.1 – Se SIM a resposta do item anterior, indicar qual(is) exame(s) e/ou laudo(s)/relatório(s) médico(s):

8 - OUTRAS ANOTAÇÕES:

_____, _____, de _____ de _____.

Perito Médico

CRM/____: _____

(Carimbo)

ANEXO III – Modelo de Laudo Médico para os benefícios de prestação continuada (LOAS Menor)

LAUDO MÉDICO

1- O(a) autor(a) é portador(a) de alguma patologia de natureza física, mental, intelectual ou sensorial? Sim Não

CID: _____ Especificar: _____

2 – A patologia indicada no item 1, incapacita a parte autora para o desempenho de atividades compatíveis com a sua idade? Sim Não

3 – A patologia gera restrição da participação social do autor nas atividades compatíveis à sua idade, em igualdade de condições com as demais pessoas? Sim Não

4 – Qual a origem da supracitada patologia? _____

5 – A patologia diagnosticada pode ser considerada de longa duração, ou seja, produz efeitos pelo prazo mínimo de 02 (dois) anos?

6 – Qual a data de início ou data mínima da patologia? _____

7 – Há possibilidade de reversão se a parte autora for submetida a intervenções cirúrgicas? Sim Não

8 – A parte autora apresentou exame ou laudo médico que confirme o diagnóstico de patologia acima descrito? Sim Não

8.1 – Se SIM a resposta do item anterior, indicar qual(is) exame(s) e/ou laudo(s)/relatório(s) médico(s):

9 - OUTRAS ANOTAÇÕES:

_____, _____, de _____ de _____.

Perito Médico

CRM/____: _____

(Carimbo)

LAUDO MÉDICO

1- O(a) autor(a) é portador(a) de doença do trabalho ou seqüelas de acidente que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia?

Sim Não

CID: _____ Especificar: _____

Se positiva resposta anterior:

1.1 - Qual a data de início da lesão/seqüela/doença ocupacional (se for o caso)?:

1.2 - Descrever o quadro clínico da parte autora, explicando como se deu o surgimento da doença/lesão/seqüela:

2 - Indicar a ATIVIDADE LABORAL HABITUAL da parte autora: _____

2.1 – Se a atividade for “autônomo”, especificar a ocupação preponderante:

2.2 - O autor é capaz de exercer atividade laboral diversa da que habitualmente exercia? Justificar: _____

3 – Qual a DATA DE INÍCIO ou a DATA MÍNIMA em que houve a **redução da capacidade laboral da parte autora**? _____

4 – Há possibilidade de reversão se a parte autora for submetida a intervenções cirúrgicas? Sim Não

5 - OUTRAS ANOTAÇÕES: _____

_____, _____, de _____ de _____.

Perito Médico

CRM/____: _____
(Carimbo)

Perito Médico

CRM/____: _____
(Carimbo)

ANEXO VI – Modelo de Laudo Social

_____, Assistente Social devidamente inscrita no CRESS/_____ sob o nº _____, nomeado(a) perito(a) nos autos do processo em epígrafe, vem à presença de Vossa Excelência apresentar o presente ESE – Estudo Socioeconômico realizado na residência do(a) Requerente, conforme abaixo:

LAUDO SOCIAL

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO:

Os instrumentais técnicos utilizados para a realização do estudo socioeconômico foram: visita domiciliar no endereço citado no processo, observações e entrevista com o(a) reclamante.

2 – DA COMPOSIÇÃO/RENDA FAMILIAR: *Vide anexo A*

3 – DESPESA FAMILIAR:

TIPO	VALOR (R\$)
Moradia	
Energia	
Água	
Alimentação	
Medicamentos	
Gás	
TOTAL:	

4 – CONDIÇÕES DE MORADIA:

5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE:

6 – OUTROS FATOS/INFORMAÇÕES RELEVANTES:

7 – CONCLUSÃO:

A família é hipossuficiente, necessitando do benefício assistencial para a sua subsistência.

A família não necessita do benefício assistencial, pois é capaz de se manter.

Outros (especificar) _____

_____, _____, de _____ de _____.

Assistente Social
(Carimbo)

ANEXO A – COMPOSIÇÃO/ RENDA FAMILIAR

De acordo com o §1º do art. 20 da Lei 8742/93, a família é composta pelos seguintes integrantes: AUTOR (A), O CÔNJUGE OU COMPANHEIRO, OS PAIS E, NA AUSÊNCIA DE UM DELES, A MADRASTA OU O PADRASTO, OS IRMÃOS SOLTEIROS, OS FILHOS E ENTEADOS SOLTEIROS E OS MENORES TUTELADOS, **DESDE QUE VIVAM SOB O MESMO TETO.**

1. AUTOR(A):		RG:		CPF:	
Dt. Nascimento	Grau de Parentesco	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Renda(R\$)
____/____/____			<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado		
2. NOME:		RG:		CPF:	
Dt. Nascimento	Grau de Parentesco	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Renda(R\$)
____/____/____			<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado		
3. NOME:		RG:		CPF:	
Dt. Nascimento	Grau de Parentesco	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Renda(R\$)
____/____/____			<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado		
4. NOME:		RG:		CPF:	
Dt. Nascimento	Grau de Parentesco	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Renda(R\$)
____/____/____			<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado		

ANEXO A – continuação COMPOSIÇÃO/ RENDA FAMILIAR

5. NOME:		RG:		CPF:	
Dt. Nascimento	Grau de Parentesco	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Renda(R\$)
____/____/____			<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado		
6. NOME:		RG:		CPF:	
Dt. Nascimento	Grau de Parentesco	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Renda(R\$)
____/____/____			<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado		
7. NOME:		RG:		CPF:	
Dt. Nascimento	Grau de Parentesco	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Renda(R\$)
____/____/____			<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado		
8. NOME:		RG:		CPF:	
Dt. Nascimento	Grau de Parentesco	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Renda(R\$)
____/____/____			<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado		

ANEXO B – FOTOS