

1. OBJETIVO DO MANUAL

Sistematizar o processo de Aposentadoria por invalidez do Instituto de Previdência dos Servidores Públicos Municipais de Pelotas.

2. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- Art. 10, § 7º, da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019.
- Inciso I do § 1º do art. 40 da Constituição Federal, com redação pela Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003.
- §§ 3º e 17, do art. 40 da Constituição Federal, com redação pela Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003.
- Lei Federal nº 10.887, de 18 de junho de 2004.
- Art. 6º-A da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003, inserido pela Emenda Constitucional nº 70, de 29 de março de 2012.
- Art. 7º da Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003.
- Art. 14 do Regulamento de Custeio e Benefícios do Sistema de Previdência Social dos Servidores Titulares de Cargo Efetivo do Município, aprovado pela Lei Municipal nº 4.489, de 21 de fevereiro de 2000, com redação pela Lei Municipal nº 5.174, de 5 de outubro de 2005.

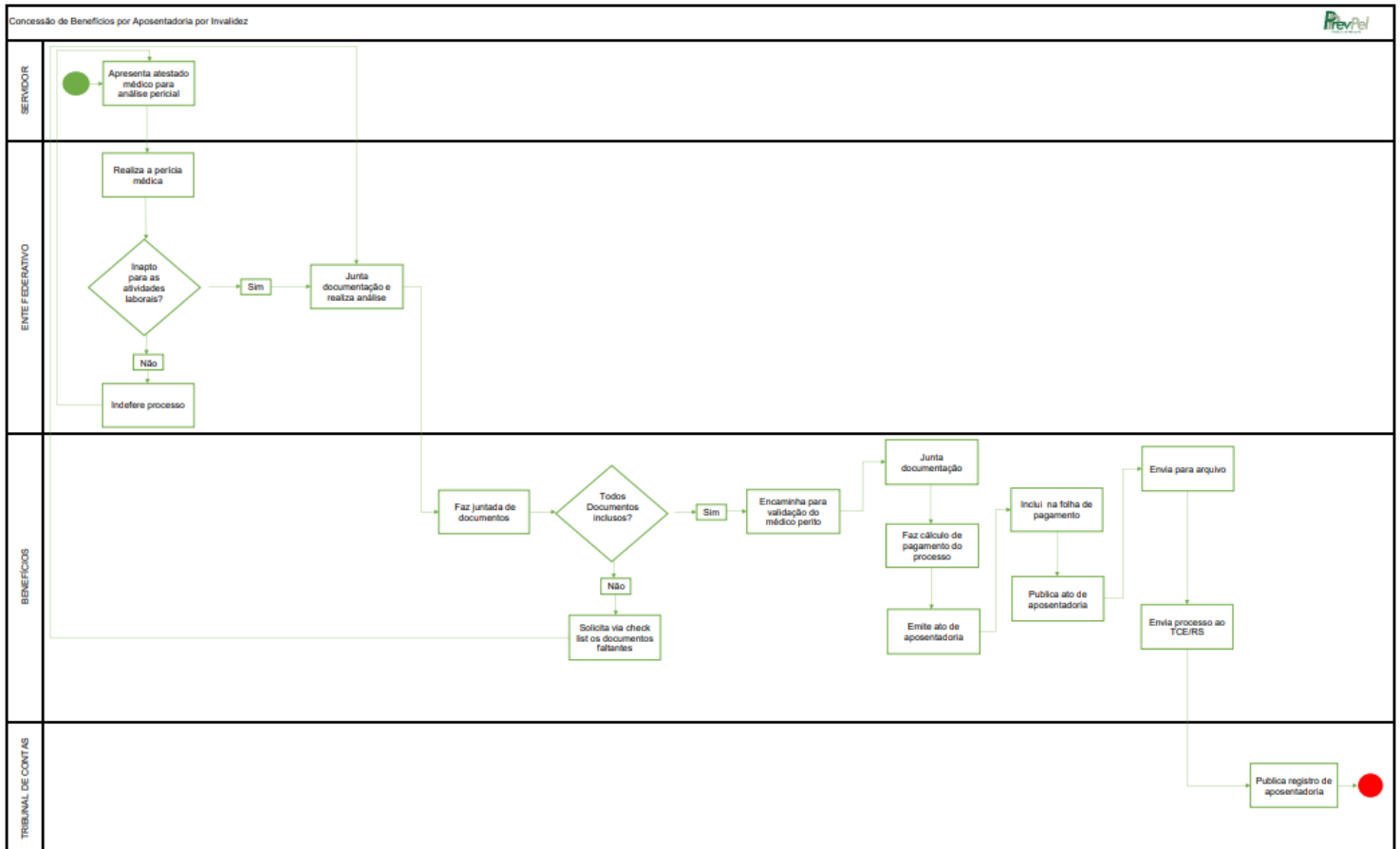
3. RESPONSABILIDADES

Quem participa	Responsabilidades
Diretor de Benefícios	Junta documentos e analisa o processo
Médico perito - RPPS	Valida perícia médica do Ente Federativo
Diretor de Benefícios	Emite o ato de aposentadoria
Gestor da Folha de Pagamento	Calcula e lança na folha de pagamento
Apoio Previdenciário	Publica ato de aposentadoria

4. DETALHAMENTO DO PROCESSO

Etapa	Atividade	Responsável	Detalhamento
1	Apresenta atestado médico para análise pericial	Servidor	Utiliza formulário/requerimento padrão e apresenta no Setor de RH
2	Realiza a perícia médica	Ente Federativo	Encaminha Laudo Pericial, de acordo com formulário padrão, ao Setor competente
3	Junta documentos, analisa e envia ao RPPS	Ente Federativo	Finaliza o processo de inativação e encaminha ao RPPS
4	Confere e analisa a documentação recebida	Setor de Benefícios	Recebe a pasta com o processo, confere se a documentação está completa, conforme check list e analisa
5	Encaminha para validação do médico perito	Setor de Benefícios	Agenda com médico perito para avaliação presencial e validação do processo
6	Faz cálculo de pagamento do processo	Gestor da Folha de pagamento	Calcula e revisa os proventos do beneficiário
7	Emite ato de aposentadoria	Setor de Benefícios	Emite ato de acordo com modelo pré definido pelo SAPIEM - Sistema de Pensões e Inativações da Esfera Municipal (TCE)
8	Inclui na folha de pagamento	Gestor da Folha de pagamento	Inclui beneficiário na Folha de Pagamento com lançamento das rubricas variáveis e descontos
9	Publica o ato de aposentadoria	Setor de Benefícios	Publica em sítio eletrônico do PrevPel
10	Encaminha processo ao TCE	Setor de Benefícios	Encaminha processo para publicação no sítio eletrônico do TCE
11	Envia para arquivo	Setor de Benefícios	Envia pasta do processo para arquivo no Setor de Benefícios
12	Publica registro de aposentadoria	Tribunal de Contas do Estado/RS	Publica o registro de aposentadoria

5. FLUXOGRAMA DO PROCESSO



6. ANEXOS

- I - Requerimento de aposentadoria
- II – Declaração de acumulação de benefícios
- III - Check list de documentos obrigatórios
- IV – Formulário Perícia médica PMP
- V – Formulário Perícia médica SANEP

Aprovado por:
William Sottoriva Andreia

Diretor de Benefícios

Em: 06/06/2022



PREFEITURA DE PELOTAS

Requerimento Aposentadoria

Nome: _____

CPF: _____

Matrícula: _____

Secretaria: _____

Cargo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

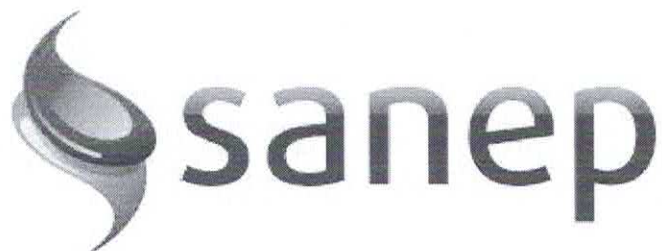
E-mail: _____

Modalidade de Aposentadorias

<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Serviço – Quadro Geral
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Serviço – Professor (a)
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Idade
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Compulsória

Pelotas,de de

Assinatura do Requerente



Requerimento Aposentadoria

Nome: _____

CPF: _____

Matrícula: _____

Secretaria: _____

Cargo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Modalidade de Aposentadorias

<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Serviço – Quadro Geral
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Serviço – Professor (a)
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Idade
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Compulsória

Pelotas,de de

Assinatura do Requerente

Requerimento Aposentadoria

Nome: _____

CPF: _____

Matrícula: _____

Secretaria: _____

Cargo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Modalidade de Aposentadorias

<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Serviço – Quadro Geral
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Serviço – Professor (a)
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Idade
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Compulsória

Pelotas,de de

Assinatura do Requerente

Requerimento Aposentadoria

Nome: _____

CPF: _____

Matrícula: _____

Secretaria: _____

Cargo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Modalidade de Aposentadorias

<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Serviço – Quadro Geral
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Serviço – Professor (a)
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Idade
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez
<input type="checkbox"/> Aposentadoria Compulsória

Pelotas,de de

Assinatura do Requerente

DECLARAÇÃO DE (NÃO) ACUMULAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Nome: _____ CPF: _____
RG nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data da expedição: _____
Endereço: _____ Qd.: _____ Lt.: _____ nº: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Fone: _____ E-mail: _____

Declaro, sob pena prevista no art. 299 do Código Penal Brasileiro, e em atendimento ao disposto nos §§ 1º e 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019, que:

1 – **RECEBO** pensão por morte neste RPPS ou em outro regime previdenciário:

() não

() sim – Especificar: _____

2 – **RECEBO** pensão decorrente de atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal:

() não

() sim – Especificar: _____

3 – **RECEBO** aposentadoria concedida no âmbito do Regime Geral de Previdência Social ou de regime próprio de previdência social:

() não

() sim – Especificar: _____

4 – **RECEBO** proventos de inatividade decorrentes das atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal:

() não

() sim – Especificar: _____

Caso receba quaisquer dos benefícios acima especificados é necessária a juntada de documentação comprobatória (contracheque ou comprovante de rendimentos anual)

Declaro, ainda, estar ciente que caso haja acumulação de benefícios previdenciários acima especificados, no momento oportuno, haverá a escolha do valor integral do benefício mais vantajoso e de uma parte do outro benefício, apurado na forma do § 2º do art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019.

Pelotas,..... dede 20.....

(assinatura do requerente, de acordo com o documento de identidade apresentado)

CHECKLIST


**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE PELOTAS – PREVPEL.**
CHECKLIST: Documentos necessários para requerer aposentadoria

Nome do servidor(a):
Matrícula:
Cargo:
Modalidade:

	SIM	NÃO
Identidade e CPF		
Cargo / Função		
Endereço completo com CEP		
Telefone		
Assinatura do servidor(a)		
CTC (legível e sem rasuras)		
Aposentadoria especial (magistério)		
PPP- Perfil Profissiográfico Previdenciário		
LTCAT – Laudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho		
Parecer / Laudo técnico da perícia médica em relação ao enquadramento por exposição e agentes nocivos		
Laudo Técnico pericial relativo às atividades Insalubres / perigosas exercidas		
Certidões (óbito, nascimento, casamento)		
Tabela de vencimentos vigente na data da concepção		
Ato de admissão		
Comprovação de que recebe incentivos (certificados, diploma, certidão, etc)		
Contracheque – Ativo		
Decreto de Aposentadoria		
Requerimento de Aposentadoria SAPIEM		
Requerimento de Aposentadoria SIM		
Outros Documentos que se fizerem necessários		

Recebido por:	Data:
---------------	-------



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
DIRETORIA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

PERÍCIA MÉDICA

1. Identificação

Nome Matrícula
Cargo Lotação
E-mail Telefone
Período do Atestado a Data da Perícia

Obs.: Preencher o campo abaixo quando os atestados forem com períodos intercalados.

De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>

2. Perícia Médica

Idade Tempo na Função

Histórico



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
DIRETORIA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

Exame Físico

Diagnóstico (CID)

Considerações Médico Periciais

Data do início da incapacidade

Data provável da cessação da incapacidade

Há necessidade de revisão médico pericial antes do retorno do trabalho? Sim Não

Patologia definida nas leis
4714/01 e 7713/88? Sim Não

Pelotas,

Carimbo e Assinatura Médico Perito

Lançado por:

Em:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
DIRETORIA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

CONCLUSÃO PERICIAL

Nome

Matrícula

1. Há incapacidade para o Trabalho?

Não

Sim – Início da Incapacidade

Término da Incapacidade

2. Necessita Reavaliação prévia da Perícia médica antes do retorno ao trabalho?

Não

Sim – Data da perícia de reavaliação

3. Encaminhamento para reabilitação profissional? Sim Não

4. Há incapacidade definitiva (Aposentadoria por invalidez)? Sim Não

5. Patologia definida nas leis 4714/01 e 7713/88? Sim Não

Justificativa (CID)

Pelotas,

Carimbo e Assinatura Médico Perito

COMUNICAÇÃO DE RESULTADO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

Nº 0351

NOME: _____

EXAME Nº _____

PROTOCOLO: _____

CONCLUSÃO:

() INCAPACIDADE PARA O TRABALHO (AUXÍLIO DOENÇA) DE: ___/___/___ À ___/___/___

() PRORROGADO PERÍODO DA LICENÇA (AUXÍLIO DOENÇA) DE: ___/___/___ À ___/___/___

() NÃO HÁ INCAPACIDADE PARA O TRABALHO

() ENCAMINHADO PARA READAPTAÇÃO FUNCIONAL

() HÁ INCAPACIDADE DEFINITIVA (APOSENTADORIA POR INVALIDEZ)

A MOLÉSTIA SE ENQUADRA PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA? () SIM () NÃO

OBS: Caso seja necessária a prorrogação da licença, deverá marcar nova perícia no SSO nos 7 dias que antecedem o final da licença

PELOTAS ___/___/___

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO PERITO

RECEBI A 1ª VIA EM ___/___/___

ASSINATURA DO EXAMINADO OU RESPONSÁVEL