



09/09/2026

ORIENTAÇÕES ATUALIZADAS SOBRE A EXECUÇÃO DAS TAREFAS DO MODELO “ATESTMED QUALIFICADO”, INSTITUÍDO PELA PORTARIA CONJUNTA MPS/INSS N. 13/2026

A Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13, de 23 de março de 2026, em vigor desde 30 de março de 2026, disciplina a execução do denominado “*exame médico-pericial por análise documental*” para concessão do benefício por incapacidade temporária, com fundamento no art. 60, § 11-A, da Lei n. 8.213/1991.

Embora a ANMP reconheça a necessidade de conferir celeridade ao atendimento aos segurados da Previdência Social, a nova portaria submete os Peritos Médicos Federais a um instrumento que não comporta, por sua própria estrutura, os juízos clínicos que dele se esperam. **A disciplina adotada não se harmoniza com a regulamentação do Conselho Federal de Medicina (CFM) nem com o Código de Ética Médica (CEM) no que se refere às etapas constitutivas do ato médico-pericial e aos limites da avaliação indireta.**

O modelo também não produziu o resultado de eficiência que dele se esperava. Desde a implementação da sistemática de análise documental introduzida pela Portaria Conjunta MPS/INSS n. 38/2023 – e agora remodelada pela Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 –, o estoque de requerimentos pendentes de análise pelo INSS registrou crescimento expressivo, conforme dados oficiais divulgados pela própria Administração. A substituição da avaliação presencial pela análise documental não eliminou a demanda reprimida, mas deslocou-a, e reduziu significativamente o grau de verificação técnica sobre a incapacidade laborativa. O prejuízo é bidirecional e alcança sobretudo o segurado, cujo direito pode vir a ser reconhecido ou negado sem que nenhum médico o tenha examinado.

Diante desse cenário, a ANMP – que mantém em curso as providências administrativas e judiciais cabíveis em defesa da Carreira e da integridade do ato médico-pericial – apresenta as orientações abaixo, que têm por objetivo resguardar a estrita legalidade, a ética profissional e a segurança jurídica dos Peritos Médicos Federais.

Considerando, contudo, que, até que essas medidas produzam seus efeitos, os associados serão submetidos à execução das tarefas no novo formato – denominado pela Administração de “*ATESTMED Qualificado*”, conforme cartilha operacional divulgada pelo Departamento da Perícia Médica Federal (DPMF) –, a Associação orienta a adoção dos seguintes procedimentos, conforme a hipótese concreta verificada.

ALERTA PRELIMINAR SOBRE O SISTEMA INFORMATIZADO (Portal PMF)

A cartilha operacional do DPMF revela funcionalidades do sistema informatizado (Portal PMF – pmf.previdencia.gov.br, módulo “*PMF Perícias*”) que demandam cautela redobrada dos Peritos Médicos Federais.



1. Funcionalidade “Obter dados estatísticos”. O módulo “*Período de Repouso*” apresenta, em destaque visual, o “*percentual de parecer favorável*” baseado em dados agregados de perícias presenciais anteriores, bem como uma estimativa de prazo de afastamento com os valores de “*Prazo Mínimo*”, “*Prazo Mais Provável*” e “*Prazo Máximo*”. O sistema permite ao Perito clicar diretamente nesses valores para preenchimento automático do campo de prazo de repouso.

A ANMP orienta os associados a **não adotar** os valores estatísticos sugeridos pelo sistema como fundamento para o estabelecimento de datas ou prazos diversos dos indicados na documentação médica. Dados estatísticos agregados não substituem juízo clínico individualizado e não constituem “fatos” nem “evidências” do caso concreto para os fins do art. 4º, § 3º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026. Se o Perito não examinou diretamente o segurado, a única base clínica disponível é a documentação do Médico assistente. A aplicação de parâmetros estatísticos tabelados a caso individual, sem avaliação clínica direta, é incompatível com o art. 5º, § 4º, da Resolução CFM n. 2.430/2025 e com o art. 92 do Código de Ética Médica.

2. Campo “Dados Informados pelo Requerente”. O módulo “*Período de Repouso*” exibe campos de “*Data de Início dos Sintomas*” e “*Descrição dos Sintomas*”, classificados como dados informados pelo próprio requerente. Esses dados são narração leiga, não verificada clinicamente por profissional habilitado. O Perito deve estar ciente de que informações inseridas nesses campos não constituem dado clínico validado e não podem servir de base exclusiva para alterar os parâmetros fixados pelo Médico assistente na documentação médica.

3. Campo “Indícios de Fraude”. O sistema contém campo para assinalar e descrever indícios de irregularidade documental. A cartilha do DPMF informa que essa marca e justificativa “*não aparecem no parecer final nem no processo baixado pelo requerente*”. O Perito deve ter ciência de que esse registro não integra o documento entregue ao requerente, permanecendo restrito ao sistema interno.

HIPÓTESE 1: Documentação em conformidade e sem indícios de fraude

Se o Perito Médico Federal, ao analisar a documentação médica no módulo “*Documentação Médica/Odontológica*” do sistema PMF Perícias, constatar que o atestado preenche os requisitos objetivos do art. 2º da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 – quais sejam: (i) identificação do requerente; (ii) data de emissão do documento médico ou odontológico; (iii) diagnóstico por extenso ou código CID; (iv) assinatura do profissional emitente, que poderá ser eletrônica e passível de validação; e (v) identificação do profissional emitente, com nome e registro no Conselho de Classe, no Ministério da Saúde, ou carimbo legível – e não identificar indícios de fraude, inconsistência ou motivo razoável que enseje dúvida quanto à possibilidade de concessão sem avaliação direta – e desde que não se verifique nenhuma das situações descritas nas *Hipóteses 5 e 6* adiante –, deverá proceder da seguinte maneira:



- Registrar a documentação no módulo “*Documentação Médica/Odontológica*”, preenchendo os campos obrigatórios (data do documento, tipo de identificação do emitente, CRM, UF, nome do profissional e descrição).
- No módulo “*Diagnóstico*”, inserir exatamente o CID constante do atestado médico.
- No módulo “*Período de Repouso*”, marcar a opção “*Sim*” para necessidade de repouso e preencher o campo “*Prazo de Repouso (Em dias corridos)*”. O estabelecimento de data ou de prazo diverso do indicado pelo Médico assistente somente seria admissível quando presentes os elementos exigidos pelo art. 4º, § 3º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 – fundamento nos fatos, evidências e documentos apresentados pelo requerente, na legislação aplicável, no histórico médico-pericial e na literatura científica pertinente à patologia apresentada. Ausentes tais elementos, deve ser replicado o prazo constante da documentação. Os valores sugeridos pela funcionalidade “*Obter dados estatísticos*” e os tempos médios tabelados por CID (art. 4º, § 4º, da Portaria) não constituem, isoladamente, fundamento apto para essa finalidade, por serem médias populacionais que não expressam a condição clínica individual do segurado que o Perito não examinou.
- No campo “*Considerações complementares que julgar pertinente*”, inserir o seguinte texto padronizado:

“Nos termos do art. 92 do Código de Ética Médica e dos arts. 5º, § 4º, 18, § 2º, III, e 22 da Resolução CFM n. 2.430/2025, registro que o presente ato foi praticado exclusivamente mediante análise de verossimilhança da documentação médica apresentada, na forma do art. 1º, § 2º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, sem avaliação clínica direta do requerente, razão pela qual não se equipara, quanto ao método e ao alcance, ao exame médico-pericial presencial. O juízo técnico ora exercido está integralmente limitado aos elementos documentais disponíveis, que não comportam aferição individualizada do grau de acometimento funcional. Examinada a documentação apresentada, não se identificou inconsistência ou motivo que ensejasse dúvida razoável quanto à possibilidade de conformação por via documental. Não se verificaram, igualmente, nos fatos, evidências e documentos apresentados pelo requerente, no histórico médico-pericial disponível ou na literatura científica pertinente à patologia, elementos que fundamentassem o estabelecimento de datas ou prazos diversos dos indicados na documentação, na forma do art. 4º, § 3º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026. Foram, por essa razão, replicados de maneira inalterada os dados propostos pelo Médico assistente do requerente, os quais constituem a base exclusiva da presente manifestação. O Médico assistente, por ter sido o único profissional a avaliar diretamente o requerente, é o responsável pelas informações clínicas que fundamentam a concessão do benefício.”

Justificativa técnica: O Perito Médico Federal que não examinou o segurado dispõe, como única base clínica do caso concreto, da documentação produzida pelo profissional que o avaliou presencialmente. Nos termos do art. 4º, § 3º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, embora seja facultado ao servidor estabelecer datas e prazos diversos dos



indicados na documentação, tal faculdade pressupõe “*fundamento nos fatos, evidências e documentos apresentados pelo requerente, bem como na legislação aplicável, no histórico médico-pericial e na literatura científica pertinente à patologia apresentada*”. O sistema informatizado oferece sugestão de prazo por preenchimento automático (funcionalidade “*Obter dados estatísticos*”), mas dados estatísticos agregados – percentual de parecer favorável, prazo mínimo, máximo e mais provável baseados em perfil demográfico – não são “*fatos*” nem “*evidências*” do caso concreto: são médias populacionais que nada dizem sobre a condição clínica individual do segurado que o Perito não examinou. A alteração do prazo fixado pelo Médico assistente com fundamento exclusivo nesses parâmetros carece de base epistêmica adequada e é incompatível com a responsabilidade personalíssima do ato pericial (art. 5º, § 6º, da Resolução CFM n. 2.430/2025).

HIPÓTESE 2: Documentação em desconformidade com os requisitos objetivos

Se o Perito Médico Federal constatar que a documentação médica apresentada pelo requerente não preenche os requisitos objetivos do art. 2º da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 – por ausência de qualquer dos elementos formais exigidos (identificação, data de emissão, diagnóstico, assinatura ou identificação do profissional emitente) –, deverá proceder da seguinte maneira:

- No módulo “*Período de Repouso*”, marcar a opção “*Não*” para necessidade de repouso.
- Selecionar o motivo “*A documentação apresentada não reúne todos os elementos exigidos nos incisos do Artigo 2º da Portaria Conjunta MPS/INSS 13/2026*” e indicar o elemento específico não atendido, conforme as opções apresentadas pelo sistema (não foi apresentado documento médico/odontológico; documentação ilegível; rasura ou erro grosseiro; ausência de identificação do requerente, do emissor ou de data de emissão).
- No campo “*Descreva especificamente o motivo da não indicação de repouso*”, inserir o seguinte texto padronizado:

***“Nos termos do art. 92 do Código de Ética Médica e dos arts. 5º, § 4º, 18, § 2º, III, e 22 da Resolução CFM n. 2.430/2025, registro que o presente ato foi praticado exclusivamente mediante análise de verossimilhança da documentação médica apresentada, na forma do art. 1º, § 2º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, sem avaliação clínica direta do requerente, razão pela qual não se equipara, quanto ao método e ao alcance, ao exame médico-pericial presencial. O juízo técnico ora exercido está integralmente limitado aos elementos documentais disponíveis, que não comportam aferição individualizada do grau de acometimento funcional. A documentação médica apresentada pelo requerente não preenche os requisitos objetivos estabelecidos no art. 2º da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, razão pela qual o resultado da presente análise de conformidade documental é a não conformação (indeferimento). O presente indeferimento decorre de verificação objetiva de conformidade formal e não importa juízo sobre a existência ou a*”**



inexistência de incapacidade laborativa, cuja aferição pressupõe avaliação clínica direta.”

Justificativa técnica: Nessa hipótese, o indeferimento decorre de verificação objetiva de conformidade formal – e não de juízo médico-pericial sobre a incapacidade laborativa do requerente, juízo que seria impossível sem avaliação clínica direta. O Perito Médico Federal limita-se a constatar que os documentos apresentados não atendem aos critérios formais da portaria.

HIPÓTESE 3: Documentação formalmente em conformidade, mas com dúvida razoável sobre a concessão

Se o Perito Médico Federal constatar que a documentação médica preenche os requisitos formais do art. 2º da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, mas não formar, a partir dos elementos documentais disponíveis, juízo seguro de verossimilhança para a concessão do benefício sem avaliação clínica direta do requerente – em razão de inconsistências na documentação, de incompatibilidade entre o diagnóstico e o período de afastamento indicado, de histórico previdenciário atípico, de indícios de irregularidade documental ou de qualquer outra circunstância que suscite dúvida razoável –, poderá marcar a opção de não conformação (indeferimento).

Essa faculdade decorre diretamente da autonomia técnica e da isenção profissional que a legislação e a regulamentação conferem ao Perito Médico Federal (art. 30, § 11, da Lei n. 11.907/2009; art. 6º, parágrafo único, da Resolução CFM n. 2.430/2025; e art. 4º, § 3º, da própria Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026). A cartilha do DPMF confirma esse entendimento ao registrar que “a definição da necessidade de repouso é prerrogativa do Perito(a) médico(a) federal baseada na sua autonomia”.

Nessa hipótese, o Perito Médico Federal deverá:

- No módulo “*Período de Repouso*”, marcar a opção “*Não*” para necessidade de repouso.
- Selecionar o motivo “*A documentação médica apresentada não demonstra necessidade de afastamento laboral no período indicado, de acordo com o histórico médico pericial, previdenciário disponível / Literatura científica relacionada à patologia*”.
- No campo “*Descreva especificamente o motivo da não indicação de repouso*”, inserir o seguinte texto padronizado:

“Nos termos do art. 92 do Código de Ética Médica e dos arts. 5º, § 4º, 18, § 2º, III, e 22 da Resolução CFM n. 2.430/2025, registro que o presente ato foi praticado exclusivamente mediante análise de verossimilhança da documentação médica apresentada, na forma do art. 1º, § 2º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, sem avaliação clínica direta do requerente, razão pela qual não se equipara, quanto ao método e ao alcance, ao exame médico-pericial presencial. O juízo técnico ora exercido está integralmente limitado aos elementos documentais disponíveis, que não comportam aferição



individualizada do grau de acometimento funcional. Examinados os elementos documentais disponíveis, subsiste dúvida razoável que inviabiliza a formação de juízo seguro de verossimilhança da documentação médica para fins previdenciários, nos termos do art. 1º, § 2º, da referida portaria. No exercício da autonomia técnica assegurada pelo art. 30, § 11, da Lei n. 11.907/2009, pelo art. 6º, parágrafo único, da Resolução CFM n. 2.430/2025 e pelo art. 4º, § 3º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, e diante das limitações inerentes ao instrumento de verificação documental, o resultado que se impõe é a não conformação (indeferimento), com o consequente encaminhamento do requerente para avaliação médico-pericial presencial, na qual será possível a efetiva aferição da incapacidade laborativa nos termos da legislação vigente.”

Justificativa técnica: O art. 1º, § 2º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 qualifica a análise documental como “análise por verossimilhança”. Se a verossimilhança não se forma – porque os dados são insuficientes, contraditórios ou suscitam dúvida legítima –, inexistirá base para a concessão pela via documental. A autonomia técnica do Perito (art. 4º, § 3º, da própria portaria; art. 6º, parágrafo único, da Resolução CFM n. 2.430/2025) inclui o poder-dever de reconhecer os limites epistêmicos do instrumento documental e de encaminhar o caso para avaliação presencial quando a análise por verossimilhança não se mostrar possível. O art. 30, § 11, da Lei n. 11.907/2009 assegura ao Perito Médico Federal o exercício de suas funções “com isenção e sem interferências externas”, o que compreende a prerrogativa de não emitir juízo conclusivo quando os elementos disponíveis não o permitam. A existência de percentual estatístico favorável apresentado pelo sistema (funcionalidade “Obter dados estatísticos”) não supre a dúvida clínica: percentuais populacionais não dizem nada sobre o caso individual do segurado que o Perito não examinou.

HIPÓTESE 4: Documentação formalmente em conformidade, mas sem indicação de prazo de repouso ou com indicação de prazo indeterminado

Se o Perito Médico Federal constatar que a documentação médica apresentada pelo requerente preenche os requisitos formais do art. 2º da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 – contendo identificação do requerente, data de emissão, diagnóstico por extenso ou CID, assinatura e identificação do profissional emissor –, mas não contiver indicação de prazo de repouso, ou contiver indicação de prazo indeterminado de repouso, deverá proceder da seguinte maneira:

- No módulo “Período de Repouso”, marcar a opção “Não” para necessidade de repouso.
- Selecionar o motivo “A documentação médica apresentada não demonstra necessidade de afastamento laboral no período indicado, de acordo com o histórico médico pericial, previdenciário disponível / Literatura científica relacionada à patologia”.
- No campo “Descreva especificamente o motivo da não indicação de repouso”, inserir o seguinte texto padronizado:



“Nos termos do art. 92 do Código de Ética Médica e dos arts. 5º, § 4º, 18, § 2º, III, e 22 da Resolução CFM n. 2.430/2025, registro que o presente ato foi praticado exclusivamente mediante análise de verossimilhança da documentação médica apresentada, na forma do art. 1º, § 2º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, sem avaliação clínica direta do requerente, razão pela qual não se equipara, quanto ao método e ao alcance, ao exame médico-pericial presencial. O juízo técnico ora exercido está integralmente limitado aos elementos documentais disponíveis, que não comportam aferição individualizada do grau de acometimento funcional. A documentação médica apresentada não contém indicação de prazo determinado de repouso, ou o indica como indeterminado, circunstância que impede a formação do juízo de verossimilhança exigido pelo art. 1º, § 2º, da referida portaria para a concessão do benefício por via exclusivamente documental. Não se verificaram, nos fatos, evidências e documentos apresentados pelo requerente, no histórico médico-pericial disponível ou na literatura científica pertinente à patologia, elementos que permitissem, na forma do art. 4º, § 3º, da mesma portaria, o estabelecimento autônomo de prazo determinado de afastamento. A fixação de prazo com base exclusiva em parâmetros estatísticos populacionais, sem qualquer avaliação do grau de acometimento clínico individual, careceria de base epistêmica adequada e seria incompatível com a responsabilidade personalíssima do ato pericial (art. 5º, § 6º, da Resolução CFM n. 2.430/2025). Não tendo o Médico assistente, único profissional a avaliar diretamente o requerente, fixado prazo determinado de repouso, inexistente elemento clínico que habilite o subscritor a definir o prazo de afastamento por via exclusivamente documental. Nessas condições, o resultado da presente análise de conformidade documental é a não conformação (indeferimento), com o consequente encaminhamento do requerente para avaliação médico-pericial presencial, na qual será possível a efetiva aferição da incapacidade laborativa e a fixação fundamentada do período de afastamento, nos termos da legislação vigente.”

Justificativa técnica: O art. 1º, § 2º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 qualifica a análise documental como “análise por verossimilhança da documentação médica ou odontológica para fins previdenciários”. A verossimilhança pressupõe que a documentação contenha os elementos clínicos mínimos – entre os quais se inclui, necessariamente, o prazo de repouso indicado pelo profissional que avaliou o paciente. Quando a documentação não contém esse elemento – ou o indica como indeterminado –, a análise por verossimilhança não se perfaz, porque inexistente parâmetro temporal apto a fundamentar a concessão de benefício por incapacidade temporária.

É relevante distinguir dois problemas que a Portaria trata, mas que são logicamente independentes: a data de início do repouso e o prazo de duração do repouso. O art. 4º, § 1º, oferece solução supletiva apenas para o primeiro problema (na ausência de data de início, considera-se a data de emissão do documento), mas não oferece solução para o segundo. Já o art. 4º, § 4º, atribui ao DPMF a competência para emitir orientações com “tempos médios de afastamento habitualmente reconhecidos pela perícia médica, de acordo com a CID”, mas esses tempos médios são médias populacionais derivadas de avaliações periciais presenciais anteriores – nas quais houve exame clínico do segurado



e aferição individualizada do grau de acometimento. A transposição automática dessas médias para caso individual no qual nenhum profissional – nem o Médico assistente, nem o Perito – parametrizou clinicamente o grau de acometimento da doença constitui exercício de inferência sem premissa factual, incompatível com os princípios da ética médica e com a própria natureza da análise por verossimilhança.

A ausência de prazo de repouso na documentação do Médico assistente pode decorrer de diversas razões clínicas legítimas – gravidade do quadro, evolução imprevisível, necessidade de reavaliação periódica –, nenhuma das quais é acessível ao Perito por via documental. Presumir prazo onde o próprio assistente não o fixou é, portanto, construir ficção clínica sobre lacuna informacional, em sentido diametralmente oposto à prudência que a pretendida aferição por verossimilhança exige.

HIPÓTESE 5: Documentação formalmente em conformidade, com CID potencialmente enquadrável nas hipóteses de isenção de carência (art. 26, II, da Lei n. 8.213/1991)

Se o Perito Médico Federal, ao analisar a documentação médica no módulo “*Documentação Médica/Odontológica*” do sistema PMF Perícias, constatar que o atestado preenche os requisitos objetivos do art. 2º da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 e que o diagnóstico registrado corresponde a CID potencialmente enquadrável nas hipóteses de isenção de carência previstas no art. 26, II, da Lei n. 8.213/1991, deverá proceder da seguinte maneira:

- No módulo “*Período de Repouso*”, marcar a opção “*Não*” para necessidade de repouso.
- Selecionar o motivo “*A documentação médica apresentada não demonstra necessidade de afastamento laboral no período indicado, de acordo com o histórico médico pericial, previdenciário disponível / Literatura científica relacionada à patologia*”.
- No campo “*Descreva especificamente o motivo da não indicação de repouso*”, inserir o seguinte texto padronizado:

***“Nos termos do art. 92 do Código de Ética Médica e dos arts. 5º, § 4º, 18, § 2º, III, e 22 da Resolução CFM n. 2.430/2025, registro que o presente ato foi praticado exclusivamente mediante análise de verossimilhança da documentação médica apresentada, na forma do art. 1º, § 2º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, sem avaliação clínica direta do requerente, razão pela qual não se equipara, quanto ao método e ao alcance, ao exame médico-pericial presencial. O juízo técnico ora exercido está integralmente limitado aos elementos documentais disponíveis, que não comportam aferição individualizada do grau de acometimento funcional. A documentação médica apresentada indica diagnóstico potencialmente enquadrável nas hipóteses de isenção de carência previstas no art. 26, II, da Lei n. 8.213/1991. A aferição do enquadramento exige juízo clínico individualizado sobre a gravidade, o estágio evolutivo e o grau de acometimento funcional da patologia no caso concreto, elementos que não são acessíveis por via exclusivamente documental e que*”**



somente a avaliação médico-pericial presencial é capaz de fornecer. É o que reconhece a própria Administração ao dispor, no art. 3º, parágrafo único, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 15/2026, que “A análise documental prévia não substitui o exame médico-pericial presencial quanto à aferição da sequela e da efetiva redução da capacidade laborativa”. Nessas condições, no exercício da autonomia técnica assegurada pelo art. 30, § 11, da Lei n. 11.907/2009, pelo art. 6º, parágrafo único, da Resolução CFM n. 2.430/2025 e pelo art. 4º, § 3º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, a formação do juízo de verossimilhança resta inviabilizada e o resultado que se impõe é a não conformação (indeferimento), com o consequente encaminhamento do requerente para avaliação médico-pericial presencial, na qual será possível a efetiva aferição da incapacidade laborativa e do enquadramento nas hipóteses legais de isenção de carência, nos termos da legislação vigente.”

Justificativa técnica: A isenção de carência prevista no art. 26, II, da Lei n. 8.213/1991 aplica-se ao segurado acometido por determinadas patologias graves, conforme lista fixada em regulamento. O enquadramento, contudo, não decorre da mera correspondência entre o CID registrado no atestado e os códigos da lista regulamentar. Patologias como neoplasias malignas, cardiopatias graves, hepatopatias graves, nefropatias graves e as demais condições elencadas no art. 151 da Lei n. 8.213/1991, com a lista atualizada pela Portaria Interministerial MTP/MS n. 22/2022, apresentam espectro clínico amplo: o mesmo CID pode corresponder a estágios iniciais com prognóstico favorável e mínimo impacto funcional ou a quadros avançados com incapacidade total. A determinação de que aquela manifestação específica, naquele segurado concreto, é grave o suficiente para justificar a isenção de carência pressupõe avaliação clínica individualizada – exame físico, correlação com exames complementares, aferição do estado e do grau de comprometimento funcional –, nenhum dos quais é acessível ao Perito Médico Federal por via exclusivamente documental.

A impossibilidade não é contingente – derivada de eventual insuficiência da documentação apresentada –, mas estrutural: o instrumento da análise documental, concebido como verificação de verossimilhança (art. 1º, § 2º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026), não foi desenhado para comportar juízos clínicos dessa natureza. É o que a própria Administração reconhece, em sede normativa, ao dispor, no art. 3º, parágrafo único, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 15/2026, que “A análise documental prévia não substitui o exame médico-pericial presencial quanto à aferição da sequela e da efetiva redução da capacidade laborativa”. Se a aferição de sequela e de redução funcional – juízos de complexidade equivalente – é reconhecidamente incompatível com a via documental, não há fundamento lógico ou normativo para que a aferição da gravidade da patologia para fins de isenção de carência seja tratada de modo diverso.

Acresce que o art. 1º, § 5º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, ao remeter a isenção de carência a “orientações técnicas do Departamento de Perícia Médica Federal da Secretaria de Regime Geral de Previdência Social do Ministério da Previdência Social e legislação vigente”, não resolve o problema: nenhuma orientação técnica administrativa pode suprir a lacuna epistêmica decorrente da ausência de exame clínico, porque a questão não é de padronização procedimental, mas de impossibilidade material



de formular juízo clínico individualizado sem os dados que somente o exame presencial produz. A delegação ao DPMF para emissão de orientações não transmuta análise documental em avaliação pericial, assim como a existência de parâmetros estatísticos agregados não substitui a aferição clínica do caso concreto (art. 5º, § 4º, da Resolução CFM n. 2.430/2025).

O Perito Médico Federal que, nessas condições, concedesse o benefício com (ou sem) isenção de carência com base exclusiva em correspondência CID, sem avaliação clínica do grau de acometimento, estaria emitindo juízo técnico desprovido de base epistêmica adequada, com potencial de gerar tanto concessões indevidas – quando o quadro, embora classificado no CID listado, não apresenta a gravidade exigida – quanto indeferimentos injustos – quando a documentação não reflete a real gravidade de quadro que, se examinado presencialmente, justificaria a isenção. Em ambos os cenários, quem suporta o risco é o Perito, cuja responsabilidade pelo ato pericial é personalíssima (art. 5º, § 6º, da Resolução CFM n. 2.430/2025).

HIPÓTESE 6: Documentação formalmente em conformidade, com elementos que suscitam a necessidade de reconhecimento de nexos técnico previdenciário (art. 1º, § 4º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026)

Se o Perito Médico Federal, ao analisar a documentação médica no módulo “*Documentação Médica/Odontológica*” do sistema PMF Perícias, constatar que o atestado preenche os requisitos objetivos do art. 2º da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 e que a documentação apresentada contém elementos que indicam possível origem acidentária ou ocupacional da patologia – tais como referência a acidente de trabalho, acidente de qualquer natureza, doença ocupacional, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), ou diagnóstico com CID potencialmente relacionável à atividade laboral do segurado –, deverá proceder da seguinte maneira:

- No módulo “*Período de Repouso*”, marcar a opção “*Não*” para necessidade de repouso.
- Selecionar o motivo “*A documentação médica apresentada não demonstra necessidade de afastamento laboral no período indicado, de acordo com o histórico médico pericial, previdenciário disponível / Literatura científica relacionada à patologia*”.
- No campo “*Descreva especificamente o motivo da não indicação de repouso*”, inserir o seguinte texto padronizado:

“Nos termos do art. 92 do Código de Ética Médica e dos arts. 5º, § 4º, 18, § 2º, III, e 22 da Resolução CFM n. 2.430/2025, registro que o presente ato foi praticado exclusivamente mediante análise de verossimilhança da documentação médica apresentada, na forma do art. 1º, § 2º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, sem avaliação clínica direta do requerente, razão pela qual não se equipara, quanto ao método e ao alcance, ao exame médico-pericial presencial. O juízo técnico ora exercido está integralmente limitado aos elementos documentais disponíveis, que não comportam aferição individualizada do grau de acometimento funcional. A documentação médica



apresentada contém elementos que suscitam a necessidade de reconhecimento de nexó técnico previdenciário, nos termos do art. 1º, § 4º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, combinado com o art. 337 do Decreto n. 3.048/1999. O reconhecimento do nexó técnico previdenciário, em qualquer de suas modalidades, constitui juízo de causalidade que exige investigação pericial sobre as circunstâncias do evento, as condições ambientais e ocupacionais do segurado, a correlação temporal entre a exposição e a patologia, a existência de concausas e a compatibilidade clínica entre o quadro apresentado e o agente etiológico alegado. Nenhum desses elementos consta da documentação disponível. O atestado do Médico assistente indica a incapacidade, mas tipicamente não contém, nem lhe incumbe conter, investigação sobre causalidade ocupacional ou acidentária. A própria Administração reconhece, no art. 3º, parágrafo único, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 15/2026, que “A análise documental prévia não substitui o exame médico-pericial presencial quanto à aferição da sequela e da efetiva redução da capacidade laborativa”. Nessas condições, no exercício da autonomia técnica assegurada pelo art. 30, § 11, da Lei n. 11.907/2009, pelo art. 6º, parágrafo único, da Resolução CFM n. 2.430/2025 e pelo art. 4º, § 3º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026, a formação do juízo de verossimilhança resta inviabilizada e o resultado que se impõe é a não conformação (indeferimento), com o consequente encaminhamento do requerente para avaliação médico-pericial presencial, na qual será possível a efetiva aferição da incapacidade laborativa e o reconhecimento ou afastamento do nexó técnico previdenciário, nos termos da legislação vigente.”

Justificativa técnica: O art. 1º, § 4º, da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 condiciona a concessão do benefício de natureza acidentária, por via documental, ao “reconhecimento do nexó técnico previdenciário pela Perícia Médica Federal, conforme disposto no art. 337 do Regulamento da Previdência Social”. A norma pressupõe, portanto, que o nexó possa ser reconhecido no âmbito da análise documental. Essa pressuposição é insustentável.

A impossibilidade, tal como na hipótese de isenção de carência, não é contingente, mas estrutural. O instrumento da análise documental foi concebido para responder a uma pergunta específica: o documento apresentado é verossímil para fins de concessão do benefício por incapacidade temporária? O nexó técnico previdenciário responde a uma pergunta de natureza fundamentalmente diversa: existe relação de causalidade entre a patologia e a atividade laboral ou o evento acidentário? São perguntas que operam em planos epistêmicos distintos – a primeira é verificação de conformidade; a segunda é investigação etiológica. Pretender que a segunda seja resolvida pelo instrumento da primeira é atribuir ao mecanismo documental uma capacidade investigativa que ele não possui e não foi desenhado para possuir.

É o que se confirma, por argumento de coerência normativa, a partir da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 15/2026, cujo art. 3º, parágrafo único, dispõe que “A análise documental prévia não substitui o exame médico-pericial presencial quanto à aferição da sequela e da efetiva redução da capacidade laborativa”. Se a própria Administração reconhece que



a aferição de sequela e de redução funcional – juízos que, assim como o nexos, exigem avaliação clínica contextualizada – é incompatível com a via documental, o reconhecimento de nexos técnico previdenciário, que acrescenta à dimensão clínica uma dimensão investigativa de causalidade ainda mais complexa, não pode ser tratado de modo menos exigente.

Acresce que o atestado do Médico assistente é documento vocacionado a registrar diagnóstico e incapacidade – não a estabelecer causalidade ocupacional ou acidentária. A presença de referência a acidente ou a doença ocupacional no atestado constitui, no máximo, dado informativo que deve orientar a investigação pericial, mas não a substituir. A menção a acidente de trabalho em atestado médico não equivale a reconhecimento de nexos: este depende de verificação técnica autônoma pela Perícia Médica Federal, que somente se perfaz com acesso ao conjunto de elementos clínicos, ocupacionais e circunstanciais do caso.

O Perito Médico Federal que, nessas condições, reconhecesse ou afastasse nexos técnico previdenciário com base exclusiva em análise documental estaria emitindo juízo de causalidade desprovido de base investigativa adequada, com consequências bidirecionais: o reconhecimento indevido de nexos onera o sistema acidentário e distorce estatísticas de saúde ocupacional; o afastamento indevido de nexos suprime do segurado o direito à estabilidade provisória (art. 118 da Lei n. 8.213/1991), ao depósito de FGTS durante o afastamento e às demais consequências jurídicas da natureza acidentária. Em ambos os cenários, a responsabilidade pelo ato pericial – que é personalíssima (art. 5º, § 6º, da Resolução CFM n. 2.430/2025) – recai sobre o Perito que emitiu juízo sem dispor dos elementos necessários para formulá-lo.

NOTA SOBRE A RELAÇÃO ENTRE AS HIPÓTESES

As *Hipóteses 5 e 6* descrevem situações específicas – isenção de carência e nexos técnico previdenciário – nas quais a impossibilidade de formação do juízo de verossimilhança decorre de limitação estrutural do instrumento documental, e não de circunstância particular do caso. Quando o fundamento da não conformação for a impossibilidade de aferir isenção de carência ou de reconhecer nexos técnico previdenciário, o Perito Médico Federal deverá utilizar o texto padronizado da *Hipótese 5* ou da *Hipótese 6*, conforme o caso, e não o texto da *Hipótese 3*. A *Hipótese 3* permanece aplicável a todas as demais situações de dúvida razoável que não se enquadrem nas *Hipóteses 5 ou 6*.

ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

Não alteração dos dados do atestado médico

Em nenhuma das hipóteses acima o Perito Médico Federal deverá reduzir, ampliar ou modificar as datas, os prazos ou os diagnósticos constantes da documentação médica apresentada pelo requerente. Especificamente:

(i) Os valores de “*Prazo Mínimo*”, “*Prazo Mais Provável*” e “*Prazo Máximo*” exibidos pela funcionalidade “*Obter dados estatísticos*” são médias populacionais, e não dados



clínicos do caso concreto. Não constituem, isoladamente, fundamento apto, na forma do art. 4º, § 3º, da portaria, para o estabelecimento de prazo de repouso diverso do indicado pelo Médico assistente.

(ii) Não se deve alterar a “*Data de Início da Doença*” com base na “*Data de Início dos Sintomas*” informada pelo requerente. A “*Descrição dos Sintomas*” informada pelo requerente é narração leiga, não verificada clinicamente.

(iii) A modificação das conclusões do Médico assistente – único profissional que efetivamente examinou o requerente –, sem que o Perito tenha tido qualquer contato clínico direto com o segurado e sem os elementos exigidos pelo art. 4º, § 3º, da portaria, carece de base clínica e é incompatível com o art. 92 do Código de Ética Médica e com o art. 5º, § 4º, da Resolução CFM n. 2.430/2025.

Sobre a funcionalidade “Obter dados estatísticos”

A cartilha do DPMF apresenta o mecanismo de sugestão estatística como “*dados apenas de apoio, que podem ou não ser utilizados*” e afirma que “*a definição da necessidade de repouso é prerrogativa do Perito(a) médico(a) federal baseada na sua autonomia*”. Essas ressalvas são formalmente corretas, mas a arquitetura do sistema – que apresenta o dado estatístico em destaque visual antes do campo de decisão e permite preenchimento com um clique – cria incentivo estrutural à adoção do valor sugerido. A ANMP orienta os associados a exercer sua autonomia de forma consciente e fundamentada, sem se deixar condicionar pela sugestão algorítmica. A autonomia médica não é preservada pela ressalva da cartilha, mas é exercida pela decisão consciente do Perito de fundamentar seu juízo na documentação clínica – e não em parâmetro estatístico.

Comunicação de ordens contrárias

Eventuais determinações de gestores para que o Perito Médico Federal altere os parâmetros do atestado médico, aplique tempos médios tabelados por CID em substituição às indicações do Médico assistente, utilize a funcionalidade de preenchimento automático (“*Obter dados estatísticos*”) como parâmetro obrigatório, ou emita juízo de mérito sobre a incapacidade laborativa sem avaliação clínica direta devem ser registradas documentalmente e imediatamente comunicadas à ANMP, com cópia dos *e-mails*, ordens de serviço ou mensagens que comprovem a determinação.

A edição da Portaria Conjunta MPS/INSS n. 13/2026 e a cartilha operacional que a implementa não alteram a posição institucional da ANMP, segundo a qual a análise de conformidade documental é instrumento administrativo de processamento de requerimentos que não se equipara, quanto ao método e ao alcance, ao exame médico-pericial presencial, e não comporta os juízos clínicos que este produz. Essa é também a orientação do Conselho Federal de Medicina quanto às etapas constitutivas do ato médico-pericial e aos limites da avaliação indireta (arts. 5º, § 4º, 18, § 2º, III, e 22 da Resolução CFM n. 2.430/2025).



Autonomia técnica e alcance destas orientações

Justamente por sustentar a plena autonomia técnica do Perito Médico Federal no exercício de suas atribuições legais, assegurada pelo art. 30, § 11, da Lei n. 11.907/2009 e pelo art. 6º, parágrafo único, da Resolução CFM n. 2.430/2025, a ANMP registra que as orientações constantes do presente documento possuem caráter técnico e não vinculam a decisão do Perito no caso concreto. Cada ato praticado no modelo “*ATESTMED Qualificado*” constitui decisão individual, autônoma e fundamentada do servidor médico, formada à luz da documentação efetivamente apresentada em cada requerimento. A ANMP não recomenda resultado predeterminado para qualquer análise. O objetivo destas orientações é assegurar que o ato seja praticado dentro dos limites do instrumento disponível e adequadamente documentado, em resguardo da segurança jurídica do associado e do direito do segurado.

A autonomia aqui preservada é a mesma que a Associação defenderá em todas as instâncias competentes quando exercida em sentido diverso do sugerido neste documento, e cuja restrição por determinação hierárquica, por meta de produtividade ou por parâmetro sistêmico contraria os dispositivos acima referidos.

A ANMP permanecerá integralmente à disposição para defender seus associados em todas as instâncias competentes.

DIRETORIA DA ANMP