

**MEDIDA PROVISÓRIA Nº 242, DE 24 DE MARÇO DE 2005.**

Altera dispositivos da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º Os arts. 29, 59 e 103-A da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art.29. ....

.....

II - para os benefícios de que tratam as alíneas "a" e "d" do inciso I do art. 18, na média aritmética simples dos maiores salários-de-contribuição correspondente a oitenta por cento de todo o período contributivo;

III - para os benefícios de que tratam as alíneas "e" e "h" do inciso I do art. 18, e na hipótese prevista no inciso II do art. 26, na média aritmética simples dos trinta e seis últimos salários-de-contribuição ou, não alcançando esse limite, na média aritmética simples dos salários-de-contribuição existentes.

.....

§ 10. A renda mensal do auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, calculada de acordo com o inciso III, não poderá exceder a remuneração do trabalhador, considerada em seu valor mensal, ou seu último salário-de-contribuição no caso de remuneração variável." (NR)

"Art. 59. ....

Parágrafo único. Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade, após cumprida a carência, sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão." (NR)

"Art. 103-A. O direito de a Previdência Social anular os atos administrativos de que decorram efeitos favoráveis para os seus beneficiários decai em dez anos, contados da data em que foram praticados, salvo nos casos de fraude ou comprovada má-fé do beneficiário.

.....

§ 2º Qualquer medida de autoridade administrativa que importe impugnação à validade do ato considera-se exercício do direito de anular e interrompe, de imediato, o decurso do prazo decadencial.

§ 3º A partir da impugnação da validade do ato administrativo, a Previdência Social terá o prazo de três anos para decidir sobre sua manutenção ou revisão.

§ 4º Presume-se a má-fé do beneficiário nos casos de percepção cumulativa de benefícios vedada por lei, devendo ser cancelado o benefício mantido indevidamente." (NR)

Art. 2º Esta Medida Provisória entra em vigor da data de sua publicação.

Art. 3º Fica revogado o [parágrafo único do art. 24 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.](#)

Brasília, 24 de março de 2005; 184º da Independência e 117º da República

E.M. nº 07 - MPS

Em 23 de março de 2005.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,

Submeto à elevada apreciação de Vossa Excelência anteprojeto de medida provisória que promove alterações na Lei nº 8.213, de 14 de julho de 1991, que “dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências”.

A Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, expressou a vontade de regulamentar, mediante lei ordinária, alteração do cálculo do benefício, suprimindo assim o texto constitucional referente a média dos 36 últimos salários-de-contribuição que eram então considerados para o cálculo do benefício.

A Lei nº 9.876, de 26 de novembro de 1999, implementou nova regra ampliando gradualmente a base de cálculo dos benefícios que passou a corresponder aos maiores salários-de-contribuição correspondentes a oitenta por cento de todo o período contributivo do segurado. Além disso, foi introduzido o fator previdenciário, que consiste em uma equação que considera o tempo de contribuição, a alíquota e a expectativa de vida do segurado no momento da aposentadoria.

Diante da impossibilidade de efetuar levantamento das remunerações de toda a vida contributiva do segurado, tendo em vista dificuldades como insuficiência de dados e variações da moeda, o Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, alterado pelo Decreto nº 3.265, de 29 de novembro de 1999 (art. 188-A), dispõe que o período base de cálculo - PBC passa a ser considerado a partir de julho de 1994, mês em que o Real foi implementado como moeda.

No caso das aposentadorias por tempo de contribuição, a aplicação do fator previdenciário permite que o valor do benefício guarde correspondência com o tempo de contribuição, o valor da contribuição e o tempo de recebimento do benefício, que corresponde à expectativa de sobrevida do segurado no momento da aposentadoria.

Portanto, aqueles que contribuem por mais tempo terão benefício maior, assim como os segurados que se aposentam com idade elevada terão aposentadoria maior, visto que receberão benefício por tempo menor, considerando-se que para calcular a aposentadoria pelo fator previdenciário, são usadas como base o número de anos que a pessoa contribuiu para o INSS e sua expectativa de sobrevida após a aposentadoria.

No entanto, não se aplica aos benefícios por incapacidade o fator previdenciário, pois os mesmos têm como característica percentual fixo e caráter temporário.

Verifica-se, por outro lado, que a Lei nº 9.876, de 1999, ao desestimular a concessão de aposentadorias, em face da inclusão do fator previdenciário, teve como consequência um aumento de requerimento de benefícios por incapacidade. Prova disto é o aumento na quantidade de requerimentos observado, sendo que, se no período de 1993 a 1999 a média de requerimento era de 400.000 ano, a partir de 2000 essa média vem aumentando consideravelmente, chegando em 2004 com 1.700.000 requerimentos/ano.

Além da não aplicação do fator previdenciário, a fixação do PBC a partir de julho de 1994, no caso dos benefícios por incapacidade, dificulta a agilidade no reconhecimento inicial do direito. Considerando que a Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e de Informações da Previdência Social - GFIP foi implementada em janeiro de 1999, a migração de períodos extemporâneos requer tratamento específico, tais como realização de pesquisas externas, comprovação da atividade, etc.

Tratando-se, no caso de auxílio-doença, de benefício temporário, não se justifica a dificuldade do segurado em comprovar um período que, ademais, não altera o direito ao benefício, visto que a carência necessária para a concessão é de doze meses. Portanto, propomos que o PBC considere o período de trinta e seis meses de contribuição, simplificando a apuração da renda mensal de benefício, que corresponde, na forma do art. 61 da Lei nº 8.213, de 1991, a noventa e um por cento do salário de benefício.

Simulando o cálculo de renda mensal inicial - RMI, no caso de um segurado que tenha contribuído o valor correspondente ao teto máximo em todo o período contributivo, observamos que a renda do benefício é superior ao salário do segurado empregado. Portanto, em muitos casos o segurado não prioriza o retorno ao trabalho, uma vez que é mais vantajoso permanecer em gozo de benefício.

Considerando que a maior demanda de requerimentos refere-se a benefícios por incapacidade, é evidente que a alteração do PBC vai acarretar uma diminuição imediata nos custos da Instituição. Além desse aspecto, a fixação do PBC em trinta e seis meses vai facilitar para o segurado o requerimento do benefício e agilizar ainda mais a concessão dos benefícios via Internet, uma vez que o período a ser considerado no PBC estará abrangido pela GFIP e conseqüentemente, haverá maior consistência nos dados do Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS para o período e maior confiabilidade nos dados.

Uma inovação advinda da Lei nº 8.213, de 1991, ainda, foi a constante no parágrafo único do art. 24 que passou a considerar, para fins de carência, o período anterior à perda da qualidade de segurado desde que contasse – a partir da nova filiação – com, no mínimo, um terço do número de contribuições exigidas para o cumprimento da carência definida para o benefício a ser requerido.

Tal dispositivo legal tinha a pretensão de beneficiar o cidadão que, contribuindo regularmente para o Regime Geral de Previdência Social - RGPS, vinha a

perder este vínculo por um lapso de tempo que acarretasse a perda da qualidade de segurado – o chamado período de graça.

O tempo relativo ao chamado período de graça, por sua vez, varia em função do número de contribuições vertidas ao INSS. O segurado com até 120 contribuições tem 12 meses de período de graça. Aquele que conta com mais de 120 contribuições, tem 24 meses de período de graça. Em ambos os casos, o período pode ser dilatado por mais 12 meses para o segurado desempregado, desde que comprove esta condição por meio de registro no órgão próprio do Ministério do Trabalho e Emprego.

Vencido o período de graça, o cidadão perde a condição de segurado da Previdência Social e deixa de ter direito a qualquer benefício previdenciário. Assim, quando retorna à atividade abrangida pelo RGPS, basta fazer um novo grupo de contribuições igual a um terço da carência exigida por determinado benefício, a contar da nova filiação, para valer-se de todo o período contributivo anterior à perda da qualidade de segurado.

Todavia, a aplicabilidade deste dispositivo legal perdeu a razão de ser desde 8 de maio de 2003 para os benefícios que exijam período contributivo maior, como é o caso das aposentadorias por tempo de contribuição, especial e idade. Trata-se de dispositivo legal introduzido pelo art. 3º da Lei nº 10.666, de 2003, que aboliu o quesito *qualidade de segurado* como uma das exigências para reconhecimento do direito a estas três modalidades de benefício. Não há sentido, portanto, em manter-se a exigência, atualmente fixada no parágrafo único do art. 24 da Lei nº 8.213, de 1991, de que, havendo perda da qualidade de segurado, as contribuições anteriores a essa perda só possam ser computadas para efeito de carência depois que o segurado contar, a partir da nova filiação à Previdência Social, com no mínimo um terço do número de contribuições exigidas para a carência do benefício a ser requerido.

Com relação ao auxílio-doença, entretanto, o dispositivo legal não teve a mesma sorte, visto que sua aplicabilidade fragiliza sobremaneira o trabalho médico-pericial, propiciando ações oportunistas.

Para o reconhecimento do direito a esta modalidade de benefício, além dos quesitos carência e qualidade de segurado, é exigida a caracterização da incapacidade laborativa através do exame médico-pericial.

A caracterização da incapacidade laborativa, por sua vez, depende da análise de ocorrência de situação de doença e de incapacidade. A medicina não é uma ciência exata e por mais avançada que esteja, tem dificuldade em caracterizar, com precisão, a data de início de algumas doenças e, até mesmo, a partir de quando tais doenças incapacitam para o trabalho. Trata-se da fixação da Data do Início da Doença – DID e Data do Início da Incapacidade – DII.

Considerando o dispositivo legal que trata do um terço da carência, o médico perito se vê em situação ainda mais delicada, pois terá muitas vezes de precisar se o

início da incapacidade laborativa recai a contar do segundo dia do quarto mês do novo vínculo sujeito ao RGPS.

A legislação atual acoberta o direito a qualquer cidadão que fique sem contribuir para o RGPS por mais de 10 ou 20 anos e que retornando a contribuir para o sistema faça um grupo de apenas 4 contribuições, bastando que a DII seja fixada a contar do segundo dia do quarto mês desta nova vinculação.

Além disso, a legislação prevê os mesmos critérios para a manutenção da qualidade de segurado mencionada no subitem anterior. Assim, o segurado que perde seu vínculo com a Previdência Social tem 12, 24 ou até 36 meses para requerer um auxílio-doença e caso seja caracterizada a DII neste lapso de tempo o direito ao benefício será reconhecido.

Cabe ressaltar que o inciso II do artigo 26 da Lei nº 8.213, de 1991 prevê a isenção de carência somente para concessão dos benefícios de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa, e de doença profissional ou do trabalho, bem como, nos casos de segurado que, após filiar-se ao RGPS, seja acometido de uma das afecções e doenças especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Previdência Social e do Trabalho e Emprego.

Vê-se então que, como regra geral, o segurado precisa cumprir carência e ser acometido da doença após filiar-se. Está correto. A seqüência obrigatória é filiar-se, para então adoecer e finalmente tornar-se incapaz antes de completar a carência, nos casos do inciso II do art. 26. Nos demais casos, o direito será devido se o segurado adoecer, filiar-se, completar a carência e só então tornar-se incapaz.

Todavia, o disposto no art. 59, em seu parágrafo único, assim redigido, é incoerente com aquela disposição:

“Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.

Parágrafo único. Não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral de Previdência Social já portador da doença ou da lesão invocada como causa para o benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.”

Assim, torna-se necessário compatibilizar os dispositivos, dando ao art. 59, parágrafo único, redação adequada que reconheça o direito após cumprida a carência, igualando, assim, as situações.

De outro lado, a referida Lei estabelece o princípio da decadência, excetuando a comprovação de má-fé, o que gerou interpretações jurídicas e administrativas

quanto a impossibilidade de revisão de atos administrativos que não se enquadram especificamente nesta situação. A exemplo, podemos identificar:

A acumulação de benefícios incompatíveis sempre foi tratada pelo INSS como situação contrária à lei, sendo o benefício incompatível cessado a qualquer época, sempre que identificado pelos sistemas de benefícios ou por ação administrativa, de acordo com as situações prescritas nos arts. 149, 150 e 211 do Decreto nº 83.080, de 24 de janeiro de 1979.

Embora exista o impedimento legal para o recebimento conjunto de benefícios com espécies incompatíveis, é de ressaltar que no ano de 2003 a Diretoria de Benefícios do INSS realizou estudo e identificou mais de 26 mil benefícios que se encontram na situação de acumulação indevida, de que trata o art. 124 da Lei nº 8.213, de 1991, onerando os Cofres da União, em mais de R\$ 20 milhões mensais.

Permanecendo esses benefícios em manutenção por mais um, cinco ou dez anos, respectivamente, os cofres da União serão onerados em cerca de R\$ 266 milhões, R\$ 1,329 bilhão e R\$ 2,658 bilhões, respectivamente.

Justifica-se a edição da medida provisória na forma ora proposta em face da necessidade de que, prontamente, sejam asseguradas à Previdência Social condições para implementar as medidas de racionalização na concessão de benefícios e combater as fraudes e irregularidades apontadas, mas também para permitir que se possa assegurar a quem de direito a garantia do acesso aos benefícios, por meio da equalização de regras e procedimentos que requerem base legal.

Estas, Excelentíssimo Senhor Presidente, são as razões que nos levam a submeter à consideração de Vossa Excelência o presente proposta de Medida Provisória.

Respeitosamente,

**ROMERO JUCÁ**  
Ministro de Estado da Previdência Social