



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO
GESTÃO**

**Coordenação de Gestão de
Saúde do Servidor
COGESS**

PROTÓCOLOS TÉCNICOS

2018

COMUNICADO

PROTOCOLOS TÉCNICOS

INTRODUÇÃO

A Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor – COGESS, da Secretaria Municipal de Gestão – SMG, pelas competências definidas pelo **Decreto nº 57.775/17**, informa aos servidores que, com a publicação do **Decreto nº 58.225/18** e novos avanços da Medicina, fez-se necessária a atualização de seus protocolos técnicos para fins de exames médicos-Opericiais de Ingresso, concessão de Licenças Médicas, caracterização de Acidente e Doença do Trabalho, avaliação de Readaptação Funcional, avaliação para a Aposentadoria por Invalidez, concessão de Pensão Mensal, concessão de Salário Família e concessão de Isenção de Imposto de Renda e de IPREM.

Sua utilização deve levar em conta as seguintes considerações preliminares:

1- **Conforme definido pelo Decreto nº 57.775/17**, a Coordenação de Gestão de Saúde – COGESS, é o órgão competente para coordenar e executar as atividades técnicas e administrativas relativas a atividades médico-periciais.

2- **O médico perito** é o profissional incumbido, por lei, de avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente.

3- **O objetivo do** exame médico-pericial de ingresso é avaliar a capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades para as quais está se propondo, tendo em conta os riscos inerentes a cada cargo e o prognóstico de algumas patologias.

4- **O objetivo das** perícias médicas para licença para tratamento de saúde e por acidente de trabalho ou por doença profissional ou do trabalho é avaliar o servidor e conceder o afastamento das suas funções pelo tempo necessário para que recupere sua capacidade laboral, **independente do período de tratamento e/ ou cura da patologia em questão.**

5- **O objetivo das** avaliações para fins de readaptação funcional é a restrição do rol de atividades inerentes ao cargo/função do servidor.

6- **O objetivo das** avaliações para fins de aposentadoria por invalidez é a verificação da incapacidade laborativa definitiva para o serviço público.

7- **O objetivo das** avaliações para fins de pensão mensal e salário família é a verificação da incapacidade para o trabalho antes do óbito do servidor e antes da maioridade respectivamente.

8- **O objetivo das** avaliações para fins de isenção de imposto de renda é o enquadramento da patologia apresentada pelo servidor aposentado nas leis federais que regularizam o assunto.

9- **Os presentes protocolos técnicos** foram elaborados pela equipe médica da COGESS, composta por médicos do trabalho e médicos especialistas nas diversas áreas, com base em documentos e publicações técnico-científicas atuais, bem como, em dados epidemiológicos da Coordenação.

10- **O servidor não poderá** ser mantido em gozo de licença médica para tratamento da própria saúde, em razão da mesma doença, por prazo superior a 24 (vinte e quatro) meses.

11- **Todas as decisões médico-periciais** da COGESS serão publicadas em Diário Oficial da Cidade de São Paulo.

12- **Para todos os efeitos**, as decisões médico-periciais da COGESS serão validadas através de publicação em Diário Oficial da Cidade de São Paulo.

13- **Os protocolos técnicos poderão**, a qualquer tempo, em sua totalidade ou em aspectos pontuais, ser alterados para fins de adequação aos avanços da medicina e a eventuais novas normas legais.

PROTOCOLOS PARA EXAMES MÉDICO-PERICIAIS PARA INGRESSO

Os Protocolos Técnicos para exames médico-periciais para ingresso a seguir referem-se às principais patologias geradoras de inaptidão nos exames médicos de ingresso, cabendo as seguintes observações gerais.

1- **Considera-se que o objetivo** do exame médico admissional de ingresso é avaliar a capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades para as quais está se propondo, tendo em conta os riscos inerentes a cada cargo e o prognóstico de algumas patologias apresentadas pelos candidatos. Os critérios foram estabelecidos levando-se em consideração a função que o candidato irá exercer e os dados epidemiológicos que apontaram patologias responsáveis por licenças prolongadas, readaptações funcionais e aposentadoria precoce por invalidez.

2- **Os Protocolos Técnicos de Ingresso** poderão ser complementados por diretrizes específicas e soberanas, que constem em Editais de Concurso para ingresso nos quadros funcionais O médico perito da COGESS, durante a avaliação pré-admissional, poderá solicitar exames complementares de apoio diagnóstico, nos casos em que considerar necessário com a finalidade de comprovar o estado de saúde do candidato, subsidiar as hipóteses diagnósticas e a elaboração do laudo médico pericial. Os exames solicitados deverão ser providenciados por conta do candidato, podendo ser realizados na rede pública ou particular de saúde pública.

3- **A conclusão médico-pericial de APTIDÃO ou INAPTIDÃO** para o cargo será emitida pelo médico perito da COGESS, com base nos itens acima, nos Protocolos Técnicos da COGESS, nos exames complementares solicitados e outras evidências periciais pertinentes à conclusão final.

4- **Casos não** previstos nestes Protocolos Técnicos serão analisados a critério médico-pericial.

5- **Todos os candidatos** portadores de qualquer tipo de patologia serão orientados a realizar tratamento.

6- **Estes Protocolos Técnicos** deverão ser revistos e atualizados periodicamente.

7- **As decisões médico-periciais de APTIDÃO e INAPTIDÃO** serão publicadas no Diário Oficial da Cidade pela COGESS.

OBSERVAÇÕES:

○ Os candidatos portadores de necessidades especiais e que tenham se inscrito pela Lei nº 13.398/02, terão suas deficiências caracterizadas através de exame médico pericial especializado da COGESS.

○ A Compatibilidade da Deficiência Física (caracterizada conforme os critérios descritos acima) com a função / cargo pleiteado, será avaliada por uma Comissão de Compatibilidade, designada pelo Secretário da Pasta responsável pelo Concurso e publicada em Diário Oficial da Cidade.

○ O candidato que tiver sua deficiência compatibilizada com a função / cargo, será submetido ao exame médico pericial de ingresso para avaliação da sua condição de saúde não relacionada à deficiência;

I . 1 - EXAME MÉDICO GERAL

O candidato será considerado INAPTO nos casos em que apresentar:

I.1.a - cicatrizes e/ ou deformidades diversas que levem à limitação funcional para a função pleiteada;

I.1.b - cirurgias que reduzam a capacidade física e vital para a função pleiteada;

I.1.c - doenças clínicas incuráveis ou progressivas, ou que tenham deixado sequelas limitantes para função;

I.1.d - doenças infectocontagiosas em atividade e com limitação ou risco para si no desempenho da função;

I.1.e - doenças da pele não controladas ou não tratadas: eritrodermia, púrpura, pêfigo; todas as formas de úlceras: de estase, anêmica, microangiopática, arteriosclerótica e neurotrófica; as colagenoses: lúpus eritematoso sistêmico, dermatomiosite, esclerodermia, micoses profundas; e Hanseníase;

I.1.f - processo hemorroidário para as funções de risco para esta patologia, por exemplo, motoristas;

I.1.g - o candidato ainda será considerado INAPTO, nos casos em que apresentar alteração em exame complementar que represente qualquer condição incapacitante.

I. 2 - EXAME ORTOPÉDICO

O candidato será considerado INAPTO nos casos em que apresentar as alterações seguintes, incompatíveis com a função, em especial nas funções de risco como Guarda Civil Metropolitano, Professor de Educação Física, Agente de Apoio – Motorista, entre outras:

I.2.a - perda de substância óssea com redução da capacidade motora;

I.2.b - instabilidades articulares tipo luxações recidivantes ou habituais e instabilidades ligamentares isoladas ou generalizadas de qualquer etiologia;

I.2.c - desvio de eixo fisiológico do aparelho locomotor, como sequelas de fraturas, cifoses superiores a 45 graus, escoliose superior a 10 graus, espondilólise e espondilolistese de natureza congênita ou adquirida, deformidade da cintura escapular, do cotovelo, punho ou mão e dos dedos; discopatia da coluna vertebral; caracterizadas por quadros algícos prévios ou que tenham requerido tratamento especializado e ou afastamento.

I.2.d - cirurgias prévias da coluna para fraturas, discopatia, espondilolistese, infecção ou correção de desvios;

I.2.e - desvios do tornozelo e articulações subtalar, desvios das articulações médio-társicas e do ante pé;

I.2.f - pré-existência de cirurgia no plano articular;

I.2.g - obliquidade pélvica com ou sem discrepâncias de complemento dos membros inferiores Genu Varum ou Valgun com repercussão sobre o eixo fisiológico corporal.

I.2.h - alterações congênicas e sequelas de osteocondrites;

I.2.i - doença infecciosa óssea e articular (osteomielite) ou sequelas que levem à redução significativa de mobilidade articular, da força muscular e com alteração de eixo que comprometa a força e a estabilidade das articulações; alteração óssea que comprometa a força e a estabilidade dos membros superiores e inferiores; discopatia; fratura viciosamente consolidada; pseudoartrose; doença inflamatória e degenerativa ósteo-articular; artropatia de qualquer etiologia; tumor ósseo e muscular; distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho ou lesões por esforços repetitivos.

I. 3 - EXAME NEUROLÓGICO

O candidato será considerado INAPTO nos casos em que apresentar as alterações seguintes, incompatíveis com a função, em especial nas funções de risco como Guarda Civil Metropolitano, Professor de Educação Física, entre outras:

I.3.a - Alterações neurológicas, ou sequelas do tipo: paralisias totais ou parciais, atrofia e distrofias musculares, perdas de sensibilidade e epilepsia

I.3.b - infecção do sistema nervoso central; doença vascular do cérebro e/ ou da medula espinhal; síndrome pós-traumatismo crânio encefálico, distúrbio do desenvolvimento psicomotor; doença degenerativa e hereditária degenerativa; distrofia muscular progressiva; doenças desmielinizantes.

I . 4 - EXAME PULMONAR

O candidato será considerado INAPTO nos casos em que apresentar as alterações seguintes, incompatíveis com a função, em especial nas funções de risco como Guarda Civil Metropolitano, Professor de Educação Física, Agente de Apoio - Motorista nos casos em que apresentar distúrbio da função pulmonar.

O candidato deverá, no ato da perícia, apresentar os exames subsidiários pertinentes a sua patologia, sendo prerrogativa do perito solicitar mais exames que subsidiem sua conclusão (Rx tórax, provas de função pulmonar, saturação de O₂).

Nos casos duvidosos o candidato poderá ser encaminhado para parecer de especialista.

I . 5 - EXAME CARDIOVASCULAR

O candidato será considerado INAPTO nos casos em que apresentar:

I.5.a - Insuficiência cardíaca congestiva em Classe Funcional III ou IV da NYHA; e em classe funcional I e II para funções que exijam esforço físico. Todos os candidatos com estes diagnósticos deverão ser avaliados por especialista em cardiologia do COGESS

I.5.b - doença coronariana não compatível com funções que exijam esforço físico, miocardiopatias, hipertensão arterial sistêmica (parâmetros abaixo), hipertensão pulmonar; pericardite;

I.5.c - cardiopatia congênita, ressalvada a CIA, a CIV e a PCA corrigidos cirurgicamente e alterações da válvula aórtica bicúspide, que não promovam repercussão hemodinâmica; valvulopatia adquirida, ressalvado o prolapso de válvula mitral com ausência de repercussão funcional;

I.5.d - arritmia cardíaca: ressalvados os candidatos considerados aptos pelo especialista do COGESS;

I.5.e - Insuficiência venosa periférica – varizes (parâmetros abaixo); linfedema; fístula artério-venosa; angiодisplasia; arteriopatía oclusiva crônica;

I.5.f - arteriosclerose obliterante, tromboangiíte obliterante, arterites; arteriopatía não oclusiva - aneurismas, mesmo após correção cirúrgica; arteriopatía funcional - doença de Reynaud, acrocianose, distrofia simpático-reflexa; síndrome do desfiladeiro torácico.

I . 5 . 1 - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

I.5.1.a - O candidato que no momento do exame admissional apresentar Pressão Arterial (PA) até 150 x 100 mmHg (inclusive), sem patologia associada, será considerado APTO independente da função.

I.5.1.b - O candidato que apresentar PA superior a 150 x 100 mmHg, será classificado em uma das seguintes situações:

- Função de risco e sem patologia associada – solicitar exames:
- Exames normais: APTO.

- Exames alterados - Encaminhar para cardiologista, que avaliará o tipo de alteração, podendo considerar APTO ou INAPTO.
 - Função de risco e com patologia associada: INAPTO.
 - Outras funções e sem patologia associada: APTO.
 - Outras funções e com patologia associada – solicitar exames:
 - Exames normais: APTO.
 - Exames alterados - Encaminhar para cardiologista, que avaliará o tipo de alteração, podendo considerar APTO ou INAPTO.
- I.5.1.c - O candidato que apresentar PA de 170 x 110 mmHg ou acima desta medida, será classificado em uma das seguintes situações:
- Função de risco, com ou sem patologia associada, será considerado INAPTO.
 - Outras funções, patologia associada: INAPTO.
 - Outras funções, sem patologia associada – Solicitar exames.
- Exames normais: APTO.
 - Exames alterados: Encaminhar para cardiologista, que avaliará o tipo de alteração, podendo considerar APTO ou INAPTO.

OBSERVAÇÕES:

- São consideradas funções de risco relacionadas com alterações da pressão arterial: Guarda Civil Metropolitana, Professor de Educação Física, agente de apoio – Motorista, entre outras.
- São consideradas patologias associadas à Hipertensão Arterial: Diabetes Mellitus, Arritmias e Obesidade.
- Os exames solicitados são: Glicemia, RX de Tórax, ECG, Exame de Fundo de Olho (FO), Urina I, Dosagem de Creatinina, Uréia, Colesterol e Triglicérides.
- Os exames poderão ser realizados na rede pública ou particular de saúde.
- Todos os candidatos hipertensos serão orientados para realizarem o devido tratamento.

I. 5 .2 - VARIZES DE MEMBROS INFERIORES

I.5.2.a - O candidato que apresentar varizes primárias de Grau I ou II (veias com calibre até 0,5 cm), sem quadro agudo e sem sinais de insuficiência venosa crônica, será considerado APTO, independente da função que venha exercer.

I.5.2.b - O candidato que apresentar varizes primárias de Grau III e Grau IV (veias de calibre superiores a 0,5 cm), sem quadro agudo e sem sinais de insuficiência venosa:

- Função de risco: INAPTO.
- Outras funções: APTO.

I.5.2.c - Nos demais casos de varizes encaminhar para especialista, que avaliará dentro dos seguintes critérios:

O candidato que apresentar varizes primárias Graus I, II e III, com sinais de IVC, porém sem quadro agudo:

- Função de risco: INAPTO.
- Outras funções: APTO a depender do quadro de IVC.

I.5.2.d - O candidato que apresentar veias de grosso calibre GRAU IV (acima de 0,7 cm), sem quadro agudo, porém com sinais de Insuficiência Venosa Crônica, será considerado: INAPTO, Independente da função.

I.5.2.e - O candidato que apresentar varizes primárias com quadro agudo de insuficiência venosa será considerado INAPTO independente da função.

OBSERVAÇÕES:

- São consideradas funções de risco relacionadas com varizes: Professor de Educação Física, Guarda Civil Metropolitana, Professor de Educação Infantil, Vigia, Médico-Cirurgião, Cirurgião-Dentista, Sepultador, Agente Escolar. entre outras.
- São consideradas patologias associadas que dificultam o tratamento: traumas associados, obesidade, idade e diabete melittus.
- São considerados sinais de Insuficiência Venosa Crônica aqueles decorrentes de hipertensão venosa, com alterações teciduais, tais como: ulcerações, edemas, erisipelas, dermatites, escleroses e varizes secundárias.
- São considerados casos agudos os quadros que necessitam de afastamento do trabalho para tratamento clínico imediato. Em todos os casos de aptidão os servidores serão encaminhados para tratamento.

I. 6 - OFTALMOLOGIA

Serão submetidos diretamente a exame oftalmológico:

- Todos os candidatos às funções de risco relacionadas com alterações oftalmológicas, tais como: Guarda Civil Metropolitana; Professor de Educação Física; Agente de Apoio – Motorista, e qualquer atividade que exija perfeita acuidade visual especialmente aquelas que possam colocar em risco o candidato;
- Todos os candidatos com 50 anos de idade ou mais

Os candidatos à funções de risco relacionadas com alterações oftalmológicas, tais como Guarda Civil Metropolitana, Professor de Educação Física e qualquer atividade que exija perfeita acuidade visual especialmente aquelas que possam colocar em risco o candidato NÃO poderão ser daltônicos ou amblíopes.

Os candidatos às demais funções e os candidatos com idade inferior a 50 anos serão submetidos a exame de Acuidade visual, através de exame Snellen por profissional treinado e qualificado na COGESS.

Os candidatos com deficiência visual serão classificados de acordo com a Portaria 053/SMA-G/2000. Para os candidatos ao cargo de Agente de Apoio – Motoristas e Operadores de Máquinas de Grande Porte, serão utilizados os critérios para motorista do DETRAN (CNH Profissional, categorias C e D).

I.6.1. – Para candidatos a Guarda Civil Metropolitana:

Para ser considerado APTO o candidato terá que apresentar acuidade visual igual ou acima de 0,8 em cada olho em separado, com ou sem correção.

O candidato que apresentar acuidade visual menor que 0,8 em cada olho em separado, com ou sem correção, será considerado INAPTO.

I.6.2. Para outras funções:

- O candidato que apresentar acuidade visual igual ou acima de 0,6 no melhor olho, com ou sem correção, ao exame de Snellen, será considerado APTO.
- O candidato que apresentar acuidade visual igual ou menor que 0,6 no melhor olho, com ou sem correção, ao exame de Snellen, será encaminhado para exame oftalmológico.
- O candidato que tiver visão 0,3 e 0,6, ao exame de Snellen, e não apresentar: suspeita de catarata, glaucoma, ceratocone, retinopatia proliferativa diabética ou não ou outras patologias evolutivas, será considerado APTO.

○ O candidato que tiver visão 0,3 e 0,6 ao exame de Snellen, e apresentar suspeita de catarata, glaucoma, ceratocone, retinopatia proliferativa diabética ou não ou outras patologias evolutivas, será solicitado relatório médico esclarecedor, dependendo da confirmação diagnóstica, do estágio evolutivo e do prognóstico, será considerado- APTO ou INAPTO pelo oftalmologista perito da COGESS.

I.6.3 - O candidato que tiver visão menor ou igual a 0,3, no melhor olho, com correção, será considerado portador de deficiência físico visual, dependendo do caráter evolutivo da patologia e da função a ser exercida.

I.6.4 - O candidato à função de risco e portador ou referindo história de estrabismo corrigido cirurgicamente deverá apresentar agudeza visual em ambos os olhos, com ou sem correção, compatível com a função, tendo que apresentar Teste óptico comprovando a existência de visão binocular e fusão.

I. 7 - PORTADORES DE NEOPLASIAS MALIGNAS

CONCEITUAÇÃO

As neoplasias malignas são um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo. São consideradas Neoplasias Malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID 10) com a letra C.

I.7.1- AVALIAÇÃO DA NEOPLASIA

I.7.1.a – O meios para diagnóstico das neoplasias malignas são:

- Biópsia da lesão com estudo histopatológico;
- Exames citológicos;
- Exames ultrassonográficos;
- Exames endoscópicos;
- Exames de tomografia computadorizada;
- Exames de ressonância nuclear magnética;
- Exames cintilográficos;
- Pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- Exames radiológicos.

I.7.2 O Estadiamento refere-se à extensão da neoplasia, que pode ser:

- Lesão restrita ao órgão acometido;
- Lesão no órgão acometido e comprometimento de órgão próximos;
- Lesão no órgão acometido e com comprometimento de linfonodos;
- Lesão no órgão acometido e com comprometimento de outros órgãos à distância.

I.7.2 – O Prognóstico das neoplasias malignas poderá ser determinado pelo grau de malignidade da neoplasia e influenciado pelos seguintes fatores:

- Grau de proliferação celular;
- Grau de diferenciação celular;
- Grau de invasão vascular e linfática;
- Estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
- Resposta à terapêutica específica;

- Estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

Para fins de ingresso no Serviço Público Municipal serão considerados como portadores de Neoplasia Maligna os candidatos durante os 05 (cinco) primeiros anos de acompanhamento clínico ou a partir da data do diagnóstico.

No exame médico-pericial de ingresso será levada em consideração a avaliação diagnóstica (localização), estadiamento clínico, prognóstico, se a patologia foi suscetível de tratamento cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico e os exames complementares realizados após o tratamento.

A aptidão do candidato portador de neoplasia maligna será avaliada caso a caso, a critério médico-pericial, levando em consideração os parâmetros mencionados bem como o prognóstico evolutivo e critérios de cura para cada neoplasia.

I . 8 - PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

O candidato que no momento do exame admissional apresentar sinais e/ou sintomas de transtornos mentais e/ou comportamentais, história clínica pregressa de tratamento psiquiátrico, história pregressa de internação psiquiátrica, história pregressa uso de medicação controlada e/ou antecedentes de licenças médicas psiquiátricas será encaminhado para avaliação por médico perito especialista. A aptidão ficará a critério do médico perito do ingresso que se baseará na avaliação do especialista e nas seguintes situações:

I.8.1 - Nos casos de presença de quadro psiquiátrico atual:

I.8.1.a - Para Funções de Risco:

- Psicopatologia grave/moderada: INAPTO.
- Psicopatologia leve sem tratamento adequado: INAPTO.
- Psicopatologia leve com tratamento adequado: INAPTO

I.8.1.b – Para outras funções: A critério do especialista, com base em relatórios do médico assistente, evolução, grau de incapacidade, prognóstico da patologia.

I.8.2 - Nos casos de história psiquiátrica pregressa de comprometimento leve:

I.8.2.a - Funções de Risco: a critério do especialista, com base em relatórios do médico assistente, evolução, grau de incapacidade, número de recaídas/recidivas, prognóstico da patologia.

I.8.2.b – Outras funções: APTO.

I.8.3 - Antecedentes de quadro psiquiátrico grave/ moderado:

I.8.3.a - Função de risco: INAPTO.

I.8.3.b - Outras funções: a critério do especialista, com base em relatórios do médico assistente, evolução, grau de incapacidade, número de recaídas/recidivas, prognóstico da patologia.

OBSERVAÇÕES:

São considerados grupos ou funções de riscos para transtornos mentais e comportamentais: Guarda Civil Metropolitana, agente de apoio – Motorista, além de toda e qualquer função que exija, para o bom desempenho, plena saúde mental.

I . 9 - PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Todo candidato será submetido a exame de glicemia, considerando-se normal o candidato que apresentar Glicemia em jejum entre 70 a 99 mg/dl. Nos casos em que o candidato não estiver

em jejum e o resultado for superior a 99 mg/dl, será repetido a critério médico, novo exame em jejum.

São consideradas funções de risco relacionadas à Diabete Mellitus: Guarda Civil Metropolitana, Sepultador, Agente Escolar e qualquer atividade que possam colocar em risco a saúde em geral e a integridade física do candidato.

I.9.1 - Os candidatos serão classificados em uma das seguintes situações:

I.9.1.a - valores de glicemia entre 70 a 126 mg/dl: APTO para qualquer função

I.9.1.b - valores de glicemia entre 126 a 200 mg/dl: pedir exames para avaliar a função renal – Hemoglobina Glicada, Uréia, Creatinina, Urina I e outros, a critério médico; poderá ser solicitada avaliação especializada.

○ Exames normais: APTO.

○ Exames alterados: Encaminhar para endocrinologista.

I.9.1.c – valores de glicemia acima de 200 mg/dl = Encaminhar para endocrinologista. Será considerado APTO ou INAPTO, a depender do tipo e nível de alteração e da presença de fatores de risco associados, devendo ser analisados os níveis de proteinúria, albuminúria e o clearance de creatinina.

I.9.2 - O candidato que for insulino dependente, para funções de risco será considerado INAPTO.

I.9.3 - A critério do especialista será solicitado exame de fundo de olho e será considerado:

I.9.3.a - Retinopatia não proliferativa:

○ leve e moderada: APTO para qualquer função.

○ avançada e para funções de risco: INAPTO.

○ avançada outras funções, sem fator de risco associado: APTO.

I.9.3.b - Retinopatia proliferativa:

○ Função de risco: INAPTO.

○ outras funções, sem fator de risco associado: APTO.

○ outras funções com fatores de risco associados: INAPTO.

I.9.4 - Maculopatia diabética : INAPTO, independente da função.

I.9.10 - Ao exame neurológico, o candidato portador de Diabete Mellitus será classificado em uma das seguintes situações:

I.9.10.a - Neuropatia sensitivo-motora e autonômica em grau moderado e grave: INAPTO, independente da função.

I.9.10.b - Neuropatia sensitivo-motora e autonômica em grau leve: INAPTO para função de risco.

I . 10 - PORTADORES DE DISTÚRBIOS DA VOZ

O candidato é inicialmente avaliado por médico perito, que ao detectar qualquer alteração na qualidade vocal solicitará avaliação (triagem) fonoaudiológica.

Confirmado o distúrbio da voz o candidato será encaminhado para avaliação Otorrinolaringológica e fonoaudiológica completa. O candidato será reavaliado num aspecto amplo visando a qualificação e a quantificação das alterações encontradas em sua qualidade vocal.

Em caso de necessidade será solicitado exame complementar.

A aptidão ficará a critério da decisão conjunta do médico otorrinolaringologista e fonoaudiólogo, após discussão da função pretendida e alteração encontrada.

OBSERVAÇÕES:

- São consideradas funções de risco aquelas em que há uso constante da voz como Professor e Coordenador Pedagógico.
- São exames complementares: Nasofibrolaringoscopia, audiometria e avaliação acústica de voz.

I . 11 - PORTADORES DE ALTERAÇÕES AUDITIVAS

O candidato é inicialmente avaliado por médico perito. São considerados, em Otorrinolaringologia, os critérios abaixo para avaliar candidatos a funções que exigem boa acuidade auditiva e que estejam expostos ao fator de risco-ruído. As funções em questão são Guarda Civil Metropolitano, Agente de Controle de Zoonoses, candidatos do SAMU, Professores de Educação Física.

I.11.1 - Perdas auditivas condutivas ou mistas:

I.11.1.a - Otoesclerose : INAPTO.

I.11.1.b - Sequela de Otite Média:

- até 40 db, APTO conforme avaliação especializada em COGESS.
- acima de 40 db, Inapto para qualquer função, uni ou bilateral.

I.11.2 - Perdas auditivas neurossensoriais:

I.11.2.a - PAIR (perda auditiva induzida pelo ruído):

- Merluzzi 1 uni ou bilateral/Merluzzi 2 unilateral: APTO.
- Merluzzi 2 bilateral, Merluzzi 3,4,5,6 ou bilateral: INAPTO.

I.11.2.b - Não PAIR:

- leve (até 40db) uni ou bilateral nas frequências de 500 a 3000 Hz: APTO.
- menor ou igual a 40db nas frequências de 4000Hz, 6000Hz, 8000Hz ou isoladas, sendo normal de 500Hz a 2000Hz: APTO.
- maior que 40 db nas frequências de 500Hz a 8000Hz: INAPTO.

I.11.3 - Anacusia unilateral, mesmo que haja normalidade contralateral: INAPTO.

I.11.4 - Doença de Menière: INAPTO.

I.11.5 - Deficiência Auditiva: Legislação Federal do Decreto nº 5296 de 2 de dezembro de 2004 que regulamenta as Leis nº 10.048 de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica e nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000: deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (db) ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

Exames complementares que poderão ser solicitados: Audiometria tonal limiar/ vocal, Impedanciometria, Audiometria de Respostas Elétricas de Tronco Cerebral (BERA), Emissões Oto-Acústicas e outros.

OBSERVAÇÕES:

São consideradas funções de risco relacionadas com distúrbios otorrinolaringológicos: Guarda Civil Metropolitano, Agente de Controle de Zoonoses, candidatos do SAMU, Professores de Educação Física, além de toda e qualquer função que exija, para o bom desempenho, plena acuidade auditiva.

I. PROTOCOLOS PARA CONCESSÃO DE LICENÇA MÉDICA

II . 1 – CARDIOLOGIA CLÍNICA

I01 – Febre Reumática com comprometimento do coração (Cardite Reumática): 30 dias

- I10 - Hipertensão Arterial: PA até 150/110: 2 dias / PA acima de 150/110: 7 dias (p/ adequar tratamento)
- I11 - Doença Cardíaca Hipertensiva: 30dias.
- I20 - Angina: 20 dias (prorrogações com relatório do especialista)
- I21 - Infarto Agudo do Miocárdio sem complicação: 60 dias
- I23 - Infarto Agudo do Miocárdio com complicação: 90 dias/prorrogações com relatório do especialista
- I30 – Pericardite Aguda: 30 dias / prorrogações com relatório do especialista
- I33 – Endocardite Aguda: 60 dias / prorrogações com relatório do especialista
- I40 – Miocardite Aguda: 60 dias / prorrogações com relatório do especialista, com avaliação da especialidade para possível readaptação funcional.
- I44 – Bloqueio A-V / Bloqueio de Ramo Esquerdo: 10 dias / prorrogações com relatório do especialista
- I47 – Taquicardia Paroxística: 5 dias
- I49 – Outras Arritmias (taquiarritmias): 7 dias
- I50 – Insuficiência Congestiva Crônica descompensada: 45 dias

II . 2 - PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA

Revascularização Miocárdica: 90 dias à partir da data da cirurgia (Z54.0)

- Angioplastia sem complicação: 15 dias a partir da data da cirurgia (Z95.5)
- Colocação de “stent” em angioplastia sem complicação: 20 dias a partir da data da cirurgia (Z95.5)
- Cateterismo: 10 dias a partir da data do procedimento (Z13.6)
- Implante de marca-passo: 30 dias a partir do procedimento (Z95.0)
- Troca de bateria do marca-passo: 15 dias a partir do procedimento (Z54 + T82.1)
- Troca de válvula: Biológica: 60 dias / Metálica: 90 dias a partir do procedimento (Z54 + T82.0)

II . 3 - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA CLÍNICA

- N61 – Transtornos inflamatórios da mama (casos com sinais flogísticos, associados à infecção): 7 dias
- N63 – Nódulo mamário, quando cirúrgico: 10 dias
- N70 – Salpingite e ooforite quando agudas: 7 dias
- N73 – Doença inflamatória pélvica (Parametrite, celulite pélvica e pelviperitonite): 15 dias
- N75 – Doença da glândula de Bartholin (bartholinite): 7 dias
- N76.4 – Abscesso vulvar: 10 dias
- N80 – Endometriose (com sintomatologia ocorre no período pré-menstrual): 3 dias
- N88.3 – Incompetência istmo-cervical: 90 dias com prorrogação
- N92 - Metrorragia (com patologia de base: mioma, adenomiose, pólipos endometriais): 3 dias
- N97 – Infertilidade: Em caso de realizar tratamento para fertilização (Z31.1): 15 dias
- O00 – Gravidez ectópica (em caso de laparoscopia): 15 dias / em caso de laparotomia: 30 dias.
- O01 – Mola hidatiforme (em caso de curetagem): 10 dias
- O06 – Aborto (em caso de curetagem): 10 dias / em caso de microcesária: 30 dias

- O10 – Hipertensão pré-existente complicando gravidez: 15 dias
- O13 / O14 – Pré-eclampsia: 15 dias
- O20 – Ameaça de aborto: 15 dias
- O21 – Hiperemese gravídica: 3 dias
- O22 – Complicações venosas na gravidez (Tromboflebite): 15 dias
- O23 – Infecção urinária na gestação: 10 dias
- O24 – Diabetes na gestação: 10 dias
- O44 – Placenta prévia: 15 dias
- O60 – Trabalho de parto prematuro: 15 dias
- Z34 – Gravidez a termo: 180 dias

II . 4 - CIRURGIAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS

- Cirurgia de Werthein-Meigs (Pan histerectomia + linfadenectomia): 30dias
- Histerectomia Total Abdominal videolaparoscópica: 20 dias (Z54)
- Histerectomia sub-total videolaparoscópica: 20 dias (Z54)
- Histerectomia vaginal: 30 dias (Z54)
- Miomectomia convencional: 30 dias (Z54. 0 + D25)
- Miomectomia videolaparoscópica: 20 dias (Z54. 0 + D25)
- Anexectomia / ooforectomia convencional: 20 dias (Z54)
- Anexectomia / ooforectomia videolaparoscópica: 15 dias (Z54)
- Colpoperineoplastia: 45 dias (Z54. 0 + N81)
- Curetagem de Prova: 7 dias (Z54)
- Curetagem por abortamento: 10 dias (Z54.0 + O06)
- Microcesária: 30 dias (Z54.0 + O06)
- Cirurgia para gravidez tubária convencional: 30 dias (Z 54.0 + O00)
- Videolaparoscópica para gravidez tubária: 20 dias (Z54.0 + O00)
- Bartholinectomia: 15 dias (Z54.0 + N75)
- Cerclagem por incompetência istmo-cervical: 15 dias com posterior reavaliação (Z54.0 + N88.3)
- Exérese de nódulo mamário: 10 dias (Z54.0 + N63)
- Quadrantectomia mamária: 60 dias (Z54.0 + C50)
- Mastectomia: 90 dias (Z54.0 + C50)

II . 5 - UROLOGIA CLÍNICA

N00 a N03 – Glomerulonefrite: 20 dias

- N04 – Síndrome nefrótica: 60 dias
- N10 a N16 – Pielonefrite: 10 dias
- N13 – Uropatia obstrutiva e por refluxo: 7 dias
- N17 – Insuficiência renal aguda: 90 dias
- N18 – Insuficiência renal crônica: 90 dias com encaminhamento para aposentadoria
- N20 – Calculose renal: 7 dias
- N30 – Cistite: 3 dias
- N34 – Uretrites: 3 dias
- N40 – Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstrutiva): 10 dias
- N41.0 – Prostatite aguda: 7 dias
- N45 – Orquite e epididimite: 7 dias

II . 6 - CIRURGIAS E PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA

- Hidrocelectomia (Z54.0 + N43): 15 dias
- Varicocelectomia (Z54.0 + I86.1): 20 dias
- Ressecção transuretral de próstata: 30 dias
- Ressecção transvesical de próstata: 45 dias
- Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos): 10 dias
- Uretrotomia interna (estenose de uretra) (Z54.0 + N35): 30 dias
- Nefrolitotomia (Z54.0 + N20 a N23): 60 dias
- Retirada de cálculo por via endoscópica (Z54.0 + N20 a N23): 7 dias
- Litotripsia extra corpórea (Z54.0 + N20 a N23): 5 dias
- Cistolitotomia (Z54.0 + N21.0): 40 dias
- Ureterocistoplastia (Z54.0 + N29.8): 40 dias
- Correção de hipospádia (Z54.0 + Q54): 30 dias
- Vasectomia (Z41): 3 dias
- Litotripsia: 7 dias (Z54.0 + N20 a 23) -
- Nefrectomia: 60 dias (Z54)
- Postectomia no adulto: 7 dias (Z54.0 + N47)
- Cirurgia para correção de hipospádia no adulto: 30 dias (Z54.0 + Q54)
- Prostatectomia convencional: 30 dias (Z54)
- Prostatectomia transvesical: 45 dias (Z54)
- Nefrolitotomia: 60 dias (Z54.0 + N20 a 23)
- Cistolitotomia: 40 dias (Z54.0 + N21.0)
- Cistectomia: 90 dias (Z54.0 + C67)
- Cistoscopia diagnóstica: 2 dias (Z13.9)
- Dilatação uretral: 2 dias (Z43 + N35)
- Nefropexia: 30 dias (Z54.0 + N28.8)
- Torção de testículo: 15 dias (Z54.0 + N44)
- Orquiectomia: 15 dias (Z54.0 + C62 a 63)
- Ureterolitotomia: 60 dias (Z54.0 + N20.1)

II . 7 - CIRURGIA GERAL

- Colecistectomia convencional: 30 dias (Z54.0 + K80.0)
- Colecistectomia videolaparoscópica: 20 dias (Z54.0 + K80.0)
- Hemorroidectomia (convencional): 30 dias (Z54. + I84)
- Fistulectomia: 30 dias (Z54.0 + K60)
- Apendicectomia no adulto: 30 dias (Z54.0 + K35.1)
- Herniorrafia epigástrica: 20 dias (Z54.0 + K43)
- Herniorrafia inguinal: 30 dias (Z54.0 + K40)
- Herniorrafia inguino-escrotal: 30 dias (Z54.0 + K40)
- Herniorrafia umbelical: 15 dias (Z54.0 + K42)
- Herniorrafia incisional: 30 dias (Z54.0 + K40 a 46)
- Herniorrafia por videolaparoscopia: 15 dias (Z54.0 + K40 a 46)

II . 8 - CIRURGIAS DE CABEÇA E PESCOÇO

- Tireoidectomia total: 30 dias (Z54)
- Tireoidectomia parcial: 20 dias (Z54)
- Descompressão do nervo facial por via mastoídea: 30 dias (Z54.0 + G51)
- Descompressão do nervo facial por via translabiríntica: 90 dias (Z54.0 + G31)

- Exérese de neurinoma do nervo acústico: 90 dias com posterior reavaliação (Z54.0 + H93.3)
- Cirurgia para retirada de tumor cerebral: 90 dias (Z54.0 + C71)

II . 9 – OTORRINOLARINGOLOGIA CLÍNICA

- K11 – Submandibulite e Parotidite aguda não epidêmica: 3 dias
- K12 – Estomatites: 3 dias
- B26.8 - Parotidite epidêmica com complicações: no mínimo 15 dias (variável com o tipo de complicação)
- B26.9 – Parotidite epidêmica sem complicações: 10 dias a partir da manifestação
- J00 - IVAS: 3 dias (de acordo com o comprometimento do estado geral)
- J01 – Sinusopatia aguda: 5 dias
- J02 – Faringite aguda viral: 3 dias
- J03 – Amigdalite aguda viral: 3 dias
- J03 – Amigdalite aguda bacteriana: 7 dias
- J04 – Laringite ou traqueítes agudas virais: 3 dias / em caso de professores: 7 dias
- J04 – Laringite ou traqueítes agudas bacterianas: 7 dias
- J30 – Rinopatia alérgica ou vasomotora em vigência de crise de agudização: 3 dias. Em casos severos e se o fator desencadeante estiver presente, como em reformas das unidades de trabalho, afastamento até o término da reforma, enquanto o servidor estiver exposto ao fator de risco desencadeante do quadro.
- J36 – Abscesso amigdaliano: 10 dias
- R49.0 – Disfonia sem outras alterações: 3 dias
- G51.0 – Paralisia Facial Periférica (Paralisia de Bell): 20 dias + avaliação especializada
- H60 – Otite Externa Aguda (quadros severos e dolorosos): 3 dias
- H65 – Otite média aguda não supurada: 5 dias
- H66 – Otite média aguda supurada: 3 dias
- H82 – Síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte: (em crise de agudização): 15 dias
- H91 – Surdez súbita: 30 dias + avaliação especializada

II . 10 - PÓS-OPERATÓRIOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

- Amigdalectomia: 10 dias (Z54.0 + J35)
- Septoplastias por desvio do septo nasal: 15 dias. Em se tratando de funções que exijam sobrecarga física do servidor: 21 dias (Z54.0 + J34.2)
- Cirurgia estética de nariz: 20 dias (Z41.0)
- Turbinectomia: 15 dias (Z54.0 + J34.3)
- Timpanoplastias: 20 dias (Z54.0 + H72 / H73)
- Estapedectomias: 30 dias (Z54.0 + H80)
- Mastoidectomias associadas ou não a timpanoplastias: 30 dias (Z54.0 + H70)
- Miringoplastia para colocação de tubo de ventilação: 5 dias (Z54.0 + H65)
- Cirurgia de cordas vocais: 45 dias (Z54.0 + J38)

II . 11 - NEUROLOGIA

- G00 – Meningite bacteriana: 20 dias
- G02.0 – Outras meningites (virais): 10 dias
- G05 – Outras doenças inflamatórias do SNC (encefalite, mielite e encefalomielite): 60 dias
- G20 – Doença de Parkinson: 30 dias
- G21 – Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos): 30 dias
- G30 – Doença Alzheimer: 90 dias + encaminhamento para aposentadoria

- G31 – Outras doenças degenerativas do SNC (ex.: álcool): 90 dias + encaminhamento para aposentadoria
- G35 – Esclerose Múltipla (crise de agudização): 30 dias
- G40 – Epilepsia (crise isolada): 5 dias
- G43 – Enxaqueca: 2 dias
- G45 – Acidente vascular cerebral isquêmico transitório: 15 dias
- G50.0 – Nevralgia do trigêmeo: 15 dias
- G53.0 – Nevralgia pós-zoster: 15 dias
- G56.0 – Síndrome do túnel do carpo moderada e grave: 20 dias
- G57.0 – Lesão do nervo ciático: 15 dias
- G58.0 – Neuropatia intercostal: 15 dias
- G61 – Polineuropatia inflamatória (S. de Guillain-Barré): 60 dias
- G62.1 – Polineuropatia alcoólica: 60 dias
- G63.3 – Polineuropatia em doenças endócrinas e metabólicas: 60 dias
- G70.0 – Miastenia gravis: 60 dias
- G91 – Hidrocefalia: 60 dias (shunt de líquido cefalorraquidiano): Z98.2)
- I60 – Hemorragia subaracnóide (aneurisma roto, acidente vascular hemorrágico.): 90 dias (Z 54)
- M43.6 – Torcicolo: 3 dias
- M50 e M51 – Transtornos dos discos cervicais e outros transtornos dos discos intervertebrais: 15 dias
- M54.3 – Ciática: 15 dias
- C71 – Tumores Cerebrais (gliossarcoma, glioblastoma, glioma maligno): 90 dias + encaminhamento para aposentadoria

II . 12 - ODONTOLOGIA

- K01 – Dente incluído ou impactado pós operatório (Z54.0): 5 dias
- 04.0 – Pulpite: 3 dias
- K04.4 – Periodontite apical aguda de origem pulpar: 3 dias
- K04.6 – Abscesso periapical com fístula: 3 dias
- K04.7 – Abscesso periapical sem fístula: 3 dias
- K04.8 – Cisto radicular: 3 dias
- K05.2 – Periodontite aguda: 3 dias
- K05.3 – Periodontite crônica pós operatório (Z54.0): 5 dias
- K06.1 – Hiperplasia gengival pós operatório (Z54.0): 5 dias
- K06.2 – Lesões de gengiva e do rebordo alveolar sem dentes associadas a traumatismo: 3 dias
- K07.6 – Transtornos e disfunção da articulação têmporo mandibular: 5 dias
- K08.1 – Perda de dente devido a acidentes, extração ou doença periodontal localizada: 2 dias
- K10.3 – Alveolite: 3 dias
- K12.2 – Celulite e abscesso de boca: 7 dias
- A69.1 – Gengivite úlcero necrosante aguda (guna): 7 dias
- B00.2 – Gengivo estomatite herpética (herpes simples): 7 dias
- S02.5 – Fratura de dente: 3 dias
- S03.0 – Luxação de articulação têmporo-mandibular: 5 dias
- Z94.6 – Pós operatório de enxerto ósseo (Z54.0): 5 dias
- Z96.5 – Pós-operatório de implante dentário (Z54.0): 3 dias

II . 13 - ENDOCRINOLOGIA

- E03 – Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal): 10 dias
- E05 – Hipertireoidismo (descompensado e em início reposição hormonal): Clínico supressivo: 30 dias, Radioterápico: 10 dias e Cirúrgico: 20 dias (Z54.0)
- E06.1 – Tireoidite subaguda: 10 dias
- E10 – Diabetes insulino dependente descompensado e sintomático: 10 dias
- E11 – Diabetes não insulino dependente descompensado e sintomático: 10 dias
- E24 – Síndrome de Cushing: 30 dias
- E66.8 – Obesidade mórbida : Cirúrgico(qualquer modalidade): 30 dias (Z54.0), Clínico: (avaliar comorbidade): 30 dias
- E89.2 – Hipoparatiroidismo Pós-cirúrgico: 30 dias (Z54.0)
- C73 - Câncer da tireóide – ablativo (cirúrgico ou radioterápico): 30 dias, Pós-ci-rúrgico: 30 dias (Z54.0) ,Pós-radioterapia: 8 dias (Z51.1ou Z92.3)
- Z08 e Z12.8 - Exame de seguimento após tratamento por câncer de tireóide (PCI clássico): 30 dias

II . 14 - PATOLOGIAS E PROCEDIMENTOS VASCULARES

- Erisipela simples: 10 dias / bolhosa: 15 dias (A46)
- Tromboflebite de veias superficiais dos membros inferiores: 15 dias (I80.0)
- Trombose venosa profunda dos membros inferiores: 30 dias (I80.2)
- Linfedema (I89.0)
- Úlcera de estase: 15 dias (L97)
- Casos que não exijam ortostatismo prolongado: não há necessidade da concessão de licença
- Casos que exigem ortostatismo prolongado: encaminhar para avaliação do especialista
- Casos complicados (geralmente por erisipela): 15 dias
- Cirurgia de varizes (Z54.0 + I83) com safenectomia: 30 dias
- Cirurgia de varizes (Z54.0 + I83) sem safenectomia em atividades com esforço ou ortostatismo prolongado: 15 dias
- Cirurgia de varizes (Z54.0 + I83) sem safenectomia em atividades sem esforço: 10 dias c/safenectomia – 30 dias
- Escleroterapia: Tem capacidade laborativa para qualquer função (Z54)
- Revascularização de membros inferiores (Z54.0 + I73) : 60 dias
- Amputação (Z89.9): 90 dias
- Cirurgia de varizes com raqui ou peridural: dias (Z54.0 + I83) - 7 dias
- Cirurgia de varizes com anestesia local: (Z54.0 + I83) - 3 dias
- Revascularização de membros inferiores: 60 dias (Z54.0 + I73)
-

II . 15 - CIRURGIAS TORÁNICAS

- Revascularização do miocárdio: 90 dias (Z54.0 + I30)
- Implante de marca passo: 20 dias (Z95.0)
- Troca de gerador do marca passo: 15 dias (Z54.0+ T82.1)
- Cirurgia para retirada de tumor de pulmão: 90 dias (Z54.0 + C34)
- Aneurisma de aorta: 90 dias (Z54.0 + I71)
- Simpatectomia: 30 dias (Z54 + G99.1)
- Angioplastia com colocação de stent: 20 dias (Z95.5)
- Angioplastia: 20 dias (Z95.5)
- Cateterismo: 10 dias (Z13.6)
- Troca de válvula cardíaca (se biológica): 60 dias (Z54.0 + T82.0)
- Troca de válvula cardíaca (se metálica): 90 dias (Z54.0 + T82.0)

II . 16 – ORTOPEDIA CLÍNICA

- M13.0 – Poliartrite não especificada: 10 dias
- M13.2 – Artrite não especificada: 10 dias
- M22.4 – Condromalácia da rótula: 15 dias
- M23 – Transtornos internos do joelho: 15 dias
- M25.4 – Derrame articular: 15 dias
- M43.1 – Espondilolistese (com sintomatologia): 15 dias
- M45 – Espondilite anquilosante (com sintomatologia): 30 dias
- M50 / M51 – Transtornos dos discos vertebrais (com radiculopatia): 20 dias
- M54.2 – Cervicalgia: 3 dias
- M54.4 – Lombociatalgias agudas: 5 dias
- M54.5 – Lombalgias: - 3 dias
- M62.6 – Distensão muscular: 10 dias – 5 dias
- M65 – Sinovite e tenossinovite: 7 dias
- M71.2 – Cisto sinovial do espaço popliteo (com sintomatologia): 5 dias
- M71.9 – Bursopatia não especificada: 15 dias
- M72.2 – Facíte plantar: 10 dias
- M75.1 / M75.4 – Lesões do ombro: 30 dias
- M86 – Osteomielite: 30 dias
- M86.4 – Osteomielite crônica com seio drenante: 90 dias
- M87 – Osteonecrose: 30 dias / da cabeça do fêmur, condilo do fêmur e platô tibial: 90 dias
- M90.0 – Tuberculose óssea (em atividade): 60 dias
- M96.1 – Síndrome pós-laminectomia não classificada em outra parte (com subsídios): 30 dias

II . 17 - TRAUMATOLOGIA

II . 17 . 1 - ENTORSES

- S63.5 – Punho: 7 dias
- S83 – Joelho: 10 dias
- S93 – Tornozelo: 10 dias a 14 dias

I . 17 . 2 - LUXAÇÕES

- S43 – Ombro / clavícula / braço: 30 dias
- S53.1 – Cotovelo: 30 dias
- S63.1 – Dedos da mão: 15 dias
- S73.0 – Quadril: 60 dias
- S93.0 – Tíbio-társica (tornozelo): 60 dias

II . 17 . 3 - FRATURAS DO MEMBRO SUPERIOR (com imobilização)

- S42 – Ombro e braço: 30 dias
- S52 - Ossos do antebraço (rádio e ulna): 45 dias
- S52.0 – Olecrano: 45 dias
- S62.0 – Escafoíde: 60 dias / na suspeita: 15 dias
- S62.6 – Falanges: 15 dias
- S62.3 – Fratura de metacarpiano: 30 dias

II .17 . 4 - FRATURAS DO MEMBRO INFERIOR (com imobilização)

- S72.0 – Colo do fêmur: 90 dias
- S72.8 – Supra condiliana de fêmur: 60 dias
- S82.0 – Rotula: 30 dias
- S82.1 – Platô tibial: 45 dias

- S82.2 / S82.3 – Tíbia: 60 dias
- S82.4 – Fratura isolada da fíbula: 30 dias
- S82.5 / S82.6 – Fratura de maléolo: 60 dias
- S92.0 – Calcâneo: 60 dias
- S92.2 – Ossos do tarso: 30 dias
- S92.5 – Pododactilos: 15 dias

II . 17 . 5 - FRATURAS DA COLUNA VERTEBRAL E ARCOS COSTAIS

- S12.9 – Vértebras cervicais: 60 dias
- S22.0 – Vértebras torácicas (com imobilização): 30 dias
- S22.3 – Arco costal: 20 dias
- S32.0 – Vértebras lombares (com imobilização): 30 dias

II . 18 – ORTOPEDIA CIRÚRGICA

- Tenorrafia do Tendão de Aquiles (Z54.0 + S86.0): 90 dias
- Tenorrafia do Punho e da Mão (Z54.0 + S63.3): 40 dias
- Tenorrafia do ombro (Z54.0 + S46): 60 dias
- Tenorrafia aberta de ligamentos do joelho (Z54.0 + S83): 60 dias
- Tenólise: 15 dias
- Artroscopia diagnóstica: 7 dias (Z01.8)
- Artroscopia para reparação ligamentar: 60 dias (Z01.8)
- Artroscopia (para outros procedimentos): 30 dias (Z01.8)
- Cirurgia por Síndrome do túnel do carpo: 30 dias (Z54.0 + G56.0)
- Osteossintese de fêmur: 90 dias no mínimo (Z54.0 + T12)
- Osteossintese de tíbia: 90 dias no mínimo (Z54.0 + T12)
- Cirurgia para correção de joanete (halux valgo): 45 dias no mínimo (Z54.0 + M20.1)
- Realinhamento de patela (Z54.0 + S83.0): 45 dias
- Luxação rescidivante de ombro (Z54.0 + S43): 60 dias
- Retirada de cisto sinovial de punho (Z54.0 + M71.3): 15 dias
- Cirurgia da rótula com osteossintese (Z54.0 + S82.0): 45 dias
- Artroplastias: 90 dias
- Fraturas expostas de ossos longos: 90 dias
- Fraturas expostas de ossos em extremidades: 20 dias
- Laminectomia (hérnia de disco): 90 dias (Z54.0 + M50 a 51)
- Fratura da coluna lombar / cervical: 90 dias (Z54.0 + S12.9 / S22.0 / S32.0)
- Artroscopia do joelho (para correção de ruptura de ligamento): 60 dias (Z54.0 + S83)
- Artroscopia do joelho (outras): 30 dias (Z54.0 + S82 / S83)
- Correção do ligamento cruzado anterior (aberta): 90 dias (Z54.0 + S83.5)
- Correção de ligamentos colaterais do joelho (aberta): 90 dias (Z54.0 + S83.4)
- Osteossintese de fêmur: 90 dias (Z54.0 + T12)
- Osteossintese de tíbia: 90 dias (Z54.0 + T12)
- Fratura de clavícula: 45 dias (Z54.0 + S42.0)
- Fratura de úmero: 60 dias (Z54.0 + S52.5)
- Fratura de cotovelo: 60 dias (Z54.0 + S52.0)
- Fratura de Colles: 45 dias (Z54.0 + S52.5)
- Fratura de metacarpianos: 45 dias (Z54.0 + S62.3)
- Fratura de escafoide: 60 dias (Z54.0 + S62.0)
- Fratura de bacia: 60 dias (Z54.0 + S32.8)
- Fratura de quadril / colo de fêmur: 90 dias (Z54.0 + S72.0)
- Fratura de platô tibial: 90 dias (Z54.0 + S82.1)

- Fratura de calcâneo / talus: 90 dias (Z54.0 + S92.0)
- Fratura de metatarsianos: 30 dias (Z54.0 + S92.3)
- Fratura de mandíbula: 30 dias (Z54.0 + S02.6)
- Fratura de ossos maxilares e maxilares: 30 dias (Z54.0 + S02.4)
- Artroplastias: 90 dias (Z54)
- Correção de prognatismo e retrognatismo mandibular: 45 dias (Z54.0 + K07.1)

II . 19 - FRATURAS (cirúrgicas)

- Z54.0 + S12.9 – Coluna cervical: 90 dias
- Z54.0 + S32 – Bacia: 60 dias
- Z54.0 + S32.0 – Coluna lombar: 90 dias
- Z54.0 + S42.0 – Clavícula: 45 dias
- Z54.0 + S42.2 / S42.3 / S52.0 / S52.9 – Úmero e cotovelo: 60 dias
- Z54.0 + S52.5 – Rádio e/ ou ulna: 45 dias
- NZ54.0 + S62.0 – Escafóide: 60 dias
- Z54.0 + S62.3 – Metacarpianos: 45 dias
- Z54.0 + S62.6 – Falange: 30 dias
- Z54.0 + S72.0 – Quadril (colo de fêmur): 90 dias
- Z54.0 + S82.1 / S82.4 – Perna: 60 dias
- Z54.0 + S92.0 – Calcâneo (ou talus): 90 dias

II . 20 – DERMATOLOGIA

- L01 – Impetigo / impetiginização de outras dermatoses: 7 dias
- L02 – Abscesso cutâneo: 7 dias
- L03 – Celulite (flegmão): 7 dias
- L05 – Cisto pilonidal / caso haja procedimento (drenagem): 20 dias
- L08.0 – Piodermite: 7 dias
- L14 – Afecções bolhosas em doenças classificadas em outra parte: Herpes labial sem infecção secundária: 3 dias / com infecção; secundária: 5 dias (B00.1) , Herpes zoster: 15 dias (B02.9)
- L20 – Dermatite atópica quando agudizada: 5 dias
- L23 – Dermatite alérgica de contato: 7 dias (devendo ser considerada a função exercida)
- L40 – Psoríase quando agudizada e extensa: 20 dias
- L52 – Eritema nodoso – para diagnóstico da doença de base: 15 dias
- L60.0 – Unha encravada (com procedimento e considerada a função): 7 dias
- L98.0 – Granuloma piogênico: 7 dias
- T20 a T25 – Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, especificadas por local :2º Grau: 7 dias, 3º Grau: 20 dias
- T78.3 – Urticária gigante: 3 dias

II . 21 - CIRURGIAS PLÁSTICAS

- Plástica mamária: 30 dias (Z41)
- Dermolipectomia: 45 dias (Z41)
- Lipoaspiração / lipoescultura: 20 dias (Z41)
- Rinoplastia: 15 dias (Z41)
- Blefaroplastia: (Z41) 8 a 10 dias
- Ritidoplastia: 20 dias (Z41)

II . 22 - GASTROENTEROLOGIA

- K22.1 – esofagite erosiva – com sangramento - 7 dias
- I85.0 – varizes de esôfago - com sangramento – 7 dias
- K25.4 – úlcera gástrica - com sangramento – 10 dias
- K29.0 – gastrite aguda (erosiva) - com hemorragia – 7 dias
- K50 – doença de Crohn - em atividade – 15 dias
- K51 – retocolite ulcerativa - em atividade – 15 dias
- K57 – doença diverticular do intestino - em atividade – 7 dias
- A05 / A08 / A09 – gastroenterocolites – 2 dias
- I84 – hemorroidas – 5 dias
- K60 – fissura das regiões anal e retal – 7 dias
- K61 – abscesso das regiões anal e retal – 10 dias
- K80.0 – calculose da vesícula biliar com colecistite aguda – 7 dias(casos clínicos)
- B15 a B18 / K70.1 - hepatites: virais agudas, crônicas descompensadas e alcoólicas – 30 dias
- K74 – cirrose hepática descompensada – 60 dias, prorrogáveis e com posterior avaliação de aposentadoria
- Z01.8- endoscopia digestiva alta: 1 dia

II . 23 - NEOPLASIAS GASTRO-INTESTINAIS

Inoperável: 90 dias e encaminhamento para avaliação de aposentadoria

- Operável Irressecável: 90 dias e encaminhamento para avaliação de aposentadoria
- Operável e Ressecável: 90 dias (Z54)
- C15 – neoplasia maligna do esôfago
- C16 – neoplasia maligna do estômago
- C18 – neoplasia maligna do cólon
- C22 – neoplasia maligna do fígado
- C25 – neoplasia maligna do pâncreas
- C02 a C06 – neoplasia boca/língua

II . 24 - INFECTOLOGIA

A15.0 – Tuberculose pulmonar: 30 dias

- A90 – Dengue clássica: 7 dias
- B06 – Rubéola: 7 dias
- B15 a 17 – Hepatites virais: 30 dias
- B26 – Caxumba: 10 dias
- Gripe H1N1: 20 dias

II . 25 - OFTALMOLOGIA

H01 – Blefarite infecciosa: 3 dias

- H04.0 – Dacriadenite: 7 dias
- H04.3 – Dacriocistite aguda: 7 dias / Canaliculite: 5 dias
- H05 – Transtornos da órbita (celulite): 15 dias
- H10 – Conjuntivite: 5 dias
- H10.5 - Blefaroconjuntivite: 7 dias
- H15 – Transtornos da esclerótica: 7 dias
- H16 – Ceratite
- H16.0 – Úlcera de córnea: 5 dias
- H16.1 – Ceratite sem conjuntivite: - 3 dias
- H16.2 – Ceratoconjuntivite: 7 dias

- H16.3 – Ceratite interna e profunda: 10 dias
- H20 – Iridociclite: 15 dias
- H30 – Inflamações corioretinianas (uveíte posterior) H30.0 / H30.1 / H30.2: 30 dias
- H33 – Descolamentos e defeitos da retina: 30 dias com posterior avaliação do oftalmologista
- H34 – Oclusões vasculares da retina (com diminuição da visão): 30 dias
- H35 – Outros transtornos da retina com diminuição da visão: 15 dias e posterior avaliação do oftalmologista
- H35.6 – Hemorragia retiniana: 30 dias
- H36.0 – Retinopatia diabética (com procedimento): 15 dias e posterior avaliação do oftalmologista
- H40 – Glaucoma: 15 dias e posterior avaliação do oftalmologista
- H43.1 – Hemorragia: 30 dias
- H44.0 – Endoftalmite purulenta: 30 dias
- H46 – Neurite óptica: 30 dias

II . 26 - PROCEDIMENTOS E PÓS-OPERATÓRIOS EM OFTALMOLOGIA

Cirurgia para correção de catarata (facectomia): 30 dias (Z54.0 + H28)

- Transplante de córnea: 30 dias (Z94.7)
- Cirurgia para glaucoma: 30 dias (Z54.0 + H40)
- Cirurgia do aparelho lacrimal: 10 dias (Z54.0 + H04)
- Blefaroplastia (Z54.0 ou Z 41): - 8 a 10 dias
- Cirurgia para exereses de pterígeo (Z54.0 + H11.0): 10 dias
- Retirada de corpo estranho de córnea (Z48.0 + W44): 3 dias
- Retirada de corpo estranho de córnea se estiver com úlcera de córnea (Z48 + H16): 5 dias
- Cirurgia para correção de descolamentos e defeitos da retina (Z54.0 + H33): 60 dias
- Cirurgia para correção de vício de refração: (Z54.0 + H52): 3 dias
- Cirurgia para correção de estrabismo (Z54.0 + H49): 20 dias

II . 27 - PNEUMOLOGIA

- A15 – Tuberculose respiratória: 30 dias
- A15.6 – Derrame pleural por tuberculose: 30 dias
- J11 – Gripe não complicada: 3 dias
- J12 a J16 – Pneumonia: 7 dias
- J18.0 - Broncopneumonia: 7 dias
- J20 – Bronquite aguda: 5 dias
- J21 – Bronquiolite: 7 dias
- J41 – Bronquite crônica (agudização): 10 dias
- J44.1 – Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização): 7 dias
- J45 – Asma (crise): 5 dias (podendo ser aumentado o período em caso de reforma na unidade)
- J47 – Bronquiectasia (infectada): 15 dias
- J85.1 - Pneumonia com abscesso: 30 dias
- J85.2 – Abscesso do pulmão: 30 dias
- J91 - Pneumonia com derrame: 20 dias
- J93 – Pneumotórax: 15 dias

II . 28 - NEOPLASIAS PULMONARES (C34)

Inoperável: 90 dias e avaliação da aposentadoria.

- Operável irressecável: 90 dias e avaliação da aposentadoria.
- Operável ressecável: 90 dias podendo ser prorrogada por períodos de 60 dias.

II . 29 - REUMATOLOGIA

M05 – Artrite Reumatóide (em atividade): 15 dias

- M10 – Artrite gotosa: 8 dias
- M32 – Lupus eritematoso disseminado (sistêmico): 15 dias
- M79.0 – Fibromialgia : 15 dias

II . 30 - PSQUIATRIA

○ F00 a F09 - Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos: 30 dias e encaminhar ao psiquiatra.

○ F10 a F19 - Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa: intoxicação aguda (.0 até .2): 3 dias e demais situações (.3 até .9): 15 dias

○ F20 a F29 - Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes: 30 dias e encaminhar ao psiquiatra.

○ F30 a F39 - Transtornos de humor (afetivos)

○ F30 – Episódio maníaco: 30 dias

○ F31 – Transtorno afetivo bipolar: 30 dias

○ F32 – Episódio depressivo: 20 dias

○ F40 a F48 - Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes

○ F40 Transtornos fóbico ansiosos: 20 dias

○ F41 - Outros transtornos ansiosos (Síndrome do pânico): 20 dias

○ F42 - Transtorno obsessivo compulsivo: 30 dias

○ F43 - Reação a estresse grave e Transtorno de adaptação: 15 dias

○ F44 - Transtornos dissociativos ou conversivos: 7 dias

○ F45 - Transtornos somatoformes: 7 dias

○ F48 - Outros transtornos neuróticos: 7 dias

○ F50 a F59 - Síndromes comportamentais associados a perturbações fisiológicas e fatores físicos

○ F50 - Transtornos de alimentação: 20 dias

○ F53 - Transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério não classificados em outra parte

○ F53.1 - Psicose puerperal: 30 dias

○ F60 a F69 - Transtorno de personalidade e de comportamento em adultos encaminhar ao psiquiatra

II. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE LICENÇA MÉDICA EM ACIDENTE DO TRABALHO E DOENÇA PROFISSIONAL

III. 1 – ACIDENTE DE TRABALHO

III.1.a - Art. 19 da Lei de Benefícios da Previdência Social - Lei 8213/91 e Decreto Nº 3048 de 06/05/1999 - Federal, estabelecem: Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, que provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

III.1.b - É necessário que haja uma ligação direta entre o resultado (acidente com lesão) e o trabalho realizado pelo acidentado a serviço da empresa, chamado nexos causal.

III.1.b.1 - São considerados acidentes do trabalho ocorridos:

- No período destinado à refeição ou descanso, no local de trabalho ou durante este;
- Acidente ligado ao trabalho, embora não tenha sido a causa única, contribuiu diretamente para a morte ou redução da capacidade para o trabalho ou que tenha lesão que exija atenção médica;
- Ato de agressão física, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiros no local de trabalho;
- Ofensa física intencional por disputa relacionada ao trabalho; - ato de imprudência, negligência ou imperícia de companheiro de trabalho;
- Ordem ou execução de serviço, sob autoridade da empresa;
- No percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, desde que não haja alteração ou interrupção por motivo alheio ao trabalho.

III.1.c - De maneira geral o protocolo do Acidente do Trabalho segue o protocolo da licença médica no que diz respeito aos dias possíveis de concessão. As diferenças são regidas por peculiaridades no que se refere a datas de alta e reavaliações.

III.2. Acidente de trajeto

III.2.a Acidente de trajeto é aquele ocorrido durante trajeto percorrido a serviço da Administração Pública ou entre a residência e o local de prestação de serviços

III.2.b Para que o acidente de trajeto seja considerado como acidente de trabalho, o servidor deverá apresentar provas que permitam à junta médica responsável por sua avaliação o estabelecimento do nexos causal.

Os documentos comprobatórios obrigatórios a serem apresentados no ato pericial são:

- O prontuário e demais documentos relativos ao atendimento médico pelo qual o servidor passar o servidor logo após o acidente, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.
- O boletim de ocorrência policial que tenha sido lavrado, se houver.
- Identificação das eventuais testemunhas do acidente, se existirem.

III . 2 - CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA DO TRABALHO

III.2.a - Doença profissional é a produzida pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade;

III.2.b - Doença do trabalho e a adquirida em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente;

III.2.c - Não são consideradas como doença do trabalho:

- Doença degenerativa;
- Inerente a grupo etário;
- A que não produz incapacidade laborativa ;
- A doença endêmica, em regiões onde ela se desenvolve.

III.2.d - Para que a COGESS possa avaliar a existência denexo causal de Doença do Trabalho, deverão ser providenciadas as seguintes informações sobre o servidor, com as quais será dado início à avaliação para a caracterização do benefício:

- Cópia da Carteira profissional (todas) e/ ou relação dos lugares em que trabalhou na Prefeitura de São Paulo;
- Descrição pela sua chefia imediata do rol de atividades realizadas na função. Em caso de desvio de função, será necessária autorização assinada pela chefia;
- Original e cópia dos exames que subsidiam o pedido;
- Relatório médico da (s) alegadas patologia (s);
- Os documentos acima deverão ser envelopados e encaminhados via carga ao COGESS – Acidente do Trabalho/Doença do Trabalho;
- A documentação será avaliada e, caso seja necessário, será solicitada uma perícia técnica no ambiente e rotinas de trabalho do servidor;
- Após a análise prévia pertinente ao caso, o servidor será convocado pelo Diário Oficial da Cidade de São Paulo (DOC) para uma perícia médica presencial na COGESS;
- No dia da perícia é imprescindível que o servidor compareça com: a CAT devidamente preenchida e impressa em quatro vias, que devem estar assinadas pela chefia e pelo servidor; o documento de identificação com foto; o último holerite e, caso possua, com novos subsídios médicos.

OBSERVAÇÃO:

Em caso de Assédio Moral, com comprometimento da saúde do servidor, o processo de doença profissional iniciará com a conclusão positiva do processo administrativo de caracterização de assédio, que deve estar incluído na documentação inicial enviada à COGESS.

III.2.e - Caso o servidor necessite de afastamento médico, ele deverá solicitar na sua unidade o agendamento de Licença Médica pelo artigo 143 (LM143). Ao final do processo, caso a Doença do Trabalho (DT) seja caracterizada, as LM143 relacionadas à patologia, serão transformadas para o artigo 160 pelo próprio Setor de Acidente do Trabalho/Doença do Trabalho da COGESS.

III.2.f - O procedimento para Reabertura de Doença de Trabalho após a caracterização do nexo causal permanece inalterado, devendo seguir a rotina para Reabertura de Acidente de Trabalho.

III.2.g - Conselho Federal de Medicina Resolução CFM 1488/98 em seu Artigo 2º - Para estabelecimento do nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

- A história clínica e ocupacional, virtualmente decisiva em qualquer diagnóstico e/ ou investigação de nexo causal;
- O estudo do posto de trabalho;
- O estudo da organização do trabalho;
- Os dados epidemiológicos;
- A literatura atualizada;
- A ocorrência de quadro clínico ou sub-clínico em trabalhador exposto a condições agressivas;
- A identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;

- Os depoimentos e a experiência dos trabalhadores;
- Os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais sejam, ou não, da área da saúde.

III. PROTOCOLOS TÉCNICOS PARA AVALIAÇÃO NA READAPTAÇÃO FUNCIONAL

IV.1 - A Readaptação Funcional/Restrição de Função pode ser temporária ou definitiva

IV.2 - A readaptação/restrição funcional poderá ser dada temporariamente, pelos períodos de três meses, seis meses, doze meses ou vinte quatro meses e , devendo o servidor retornar automaticamente ao trabalho.

IV.3 - Podem ser encaminhados para a seção de readaptação funcional os portadores de patologias de curso agudo ou crônico que causem limitações das funções originais do servidor. A Readaptação Funcional coloca restrições ao rol de atividades inerentes ao cargo do servidor sem descaracterização da função original.

IV.4 - Têm direito a Readaptação Funcional (RF):

- a - Servidores efetivos,
- b - Admitidos estáveis (cinco anos até outubro/1988)
- c - Admitido não estável em caso de acidente de trabalho,
- d - Comissionados estáveis.

IV.5 - Têm direito a Restrição da Função (RTF): Servidores admitidos não estáveis e comissionados docentes não estáveis.

IV.6 - Não têm direitos a RF ou RTF por falta de amparo legal: Os servidores comissionados não estáveis e não docentes.

IV.7 - Caberá revisão nos casos de readaptação/restrição permanentes/temporários nos quais a patologia geradora da readaptação tiver alteração(para melhor ou piora) comprovada pelos médicos de COGESS ou a pedido do servidor com apresentação de subsídios médicos recentes que a justifique, através da respectiva secretaria.

IV.8 – Serão submetidos à revisão de readaptação ou da restrição de função, todos os servidores que tiveram seus laudos temporários de seis, doze vinte quatro meses e as definitivas em vigência até esta data de publicação deste protocolo.

IV.9 – O próprio servidor poderá solicitar à unidade de Gestão de pessoas a que estiver vinculado o agendamento de pericia medica para solicitação de acessibilidade, complementação e cessação da readaptação funcional/restrição de função, que passarão a constar no laudo, desde que recomendado pelo medico perito da COGESS.

IV.10 – No laudo deverão constar as seguintes informações:

- Da temporalidade
- Do comprometimento parcial e definitivo ou parcial e temporário
- As limitações de suas atividades.
- Das condições físicas e ambientais físicas e gerais onde o servidor poderá exercer suas atividades;
- Da necessidade de Acessibilidade, se for o caso.

IV.11 – A readaptação ou restrição funcional por doença comum ou por acidente de trabalho, será concedida de forma administrativa, realizada e homologada pela Chefia da readaptação funcional, acatando o parecer do médico especialista ou de juntas de peritos da COGESS .

IV.12 – A readaptação funcional/restrrição de função além do laudo único poderá ser também concedida como duplo ou triplo:

- Duplo: quando o servidor apresentar um laudo definitivo + um laudo temporário; um laudo definitivo + um laudo de AT/DT; um laudo temporário + um laudo cessado
- Triplo: um laudo definitivo + um laudo temporário + um laudo por AT/DT

OBSERVAÇÕES:

O candidato a RF por transtorno mental deve satisfazer as seguintes recomendações:

- Estar Afastado por pelo menos 1 ano, com no mínimo 01 tentativas no período de retorno ao trabalho, independente de diagnóstico.
- Periciando em tratamento regular com boa adesão, periódico, contínuo, contando com intervenção farmacológica eficaz associada a terapêuticas não-farmacológicas, sendo que o componente não farmacológico do tratamento deve necessariamente incluir atividades de reabilitação.
- Cooperação nas tentativas periódicas de retorno a função original e orientado quanto ao caráter transitório da RF, por sugestão do NOAP e interlocutora.

IV. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE INSPEÇÃO MÉDICO-PERICIAL PARA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Considerando o avanço técnico e as doenças que levam à invalidez com maior frequência em nossa população e, especificamente, nos servidores públicos municipais, estamos apresentando os protocolos para as atividades periciais das Juntas Médicas de inspeção de saúde para efeito de Aposentadoria por invalidez para o serviço público.

As patologias descritas poderão culminar potencialmente, mas não necessariamente, em aposentadoria por invalidez.

No caso de incapacidade decorrente de acidente sofrido em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, a aposentadoria dar-se-á com proventos integrais e com proventos proporcionais nos demais casos.

Os conceitos básicos utilizados para avaliação da capacidade laborativa no estudo de Aposentadoria por Invalidez são:

- Incapacidade laborativa: é a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente. A presença de doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa o que importa é a sua repercussão no desempenho das atividades;
- Invalidez prolongada para o trabalho: é a incapacidade prolongada para o exercício do cargo ou função em decorrência de alterações provocadas por doença ou acidente e a impossibilidade de ser readaptado, levando em conta os recursos tecnológicos existentes;
- Na inspeção de saúde a junta médica deve descrever a anamnese, o exame psíquico e físico, anexar os subsídios fornecidos e porventura solicitados, para fins de conclusão diagnóstica. O diagnóstico do médico assistente deve servir como mais um subsídio para confirmação diagnóstica.
- Quando surgir algum fato novo o servidor aposentado poderá ser reavaliado e a aposentadoria mantida ou não.

V . 1 - TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.

V.1.a

- F00 - Demência na doença de Alzheimer (G30)
- F01 – Demência vascular
- F02 – Demência em outras doenças classificadas em outra parte
- F03 – Demência não especificada

Constatado o estágio invalidante será um dado para concessão.

V.1.b

- F04 – Síndrome amnésica orgânica não induzida por álcool e outra substância psicoativa. Deve ter a duração mínima de 02 anos de evolução e comprovação de não resposta ao tratamento adequado.

V 1.c

- F06 – Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física. Mínimo de 02 anos com evolução desfavorável.

V.1.d

○ F07 – Transtornos de personalidade e comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais. Mínimo de 02 anos com evolução desfavorável.

V.1.e

○ F10-F19 – Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa.

○ F10. 5 – Transtorno psicótico

○ F10. 6 – Síndrome amnésica

○ F10. 7 – Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia

Evolução mínima de 02 anos desfavorável.

V.1.f

○ F20 - Esquizofrenia.

○ F21 –Transtorno esquizotípico.

○ F22 –Transtornos delirantes persistentes.

○ F25 -Transtornos esquizoafetivos.

Evolução mínima de 02 anos desfavorável.

V.1.g

○ F31 – Transtorno afetivo bipolar.

○ F32 - Episódios depressivos.

○ F33 - Transtorno depressivo recorrente.

○ F34 – Transtornos do humor (afetivos) persistentes.

○ F39 - Transtornos do humor (afetivo) não especificado.

Evolução desfavorável, com período mínimo de 02 anos com resposta pobre a tratamento farmacológico adequado.

V.1.h

○ F40 – Transtornos fóbico-ansiosos.

○ F41 - Outros transtornos ansiosos.

○ F42 – Transtornos obsessivo-compulsivos.

○ F44 - Transtornos dissociativos.

○ F45 – Transtornos somatoformes.

○ F48 – Outros transtornos neuróticos.

Evolução desfavorável, com período mínimo de 02 anos com resposta pobre a tratamento farmacológico e psicoterápico adequados.

V.1.i

○ F50 –Transtornos alimentares

○ F60 – Transtornos específicos da personalidade.

○ F61 - Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade.

○ F62 - Transtornos duradouros da personalidade não atribuíveis à lesão ou doença cerebral.

○ F63 - Transtornos dos hábitos e dos impulsos.

○ F70 - Retardo mental leve.

Evolução desfavorável mínima de 02 anos após tratamento com resposta pobre a tratamento farmacológico e psicoterápico adequados.

OBSERVAÇÕES:

Os exames complementares devem ser exigidos sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial. Constituem exames complementares no caso de transtornos psiquiátricos, entre outros, os seguintes: EEG, Exames de Neuroimagem, Testes de Personalidade e Testes Neuropsicológicos.

São critérios de gravidade para Transtornos Mentais e Comportamentais:

- O histórico de internações psiquiátricas.
- Histórico de tentativas graves de suicídio com utilização de meio letal.
- Histórico de envolvimento forense por comportamentos disruptivos, anti-sociais ou heteroagressividade.
- Refratariedade clínica por no mínimo 02 anos, com tratamentos adequados.

Nos casos de patologias demenciais deverá ser colocado “Alienação mental” para fim de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

V . 2 - DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

Na inspeção pericial a junta médica deve obter anamnese e exame físico nos quais devem ser investigados os sinais e sintomas que caracterizam a classe funcional bem como a presença de baixo débito sanguíneo cerebral.

V.2.a - Condições Clínicas que podem levar à aposentadoria por invalidez:

- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA enquadrada nas classes III e IV da Sociedade Brasileira de Cardiologia que segue a *New York Heart Association (NYHA)* e eventualmente, as de classe II, na dependência da idade, atividade profissional e as impossibilitada de reabilitação.
- INSUFICIÊNCIA CORONARIANA com angina em classe funcional III e IV apesar de tratamento otimizado ou com estenoses coronarianas maiores que 70% em 3 ou mais vasos e não passíveis de tratamento cirúrgico.
- ARRITMIAS GRAVES como as que provocam parada cardíaca ou que não sejam passíveis de tratamento com marca-passos cardíacos, e que ocorram na ausência de eventos transitórios.
- ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA OU ABDOMINAL que tenham apresentado sinais de dissecação, crescimento rápido, os operados e os inoperáveis, os complicados por hematomas ou trombozes, ou ainda com acometimento da valva aórtica, desde que com limitação física ou da capacidade funcional que os enquadrem nas categorias III e IV.
- TODAS AS CARDIOPATIAS independente da etiologia (hipertensiva, valvar, congênita, miocardiopatias, pericardiopatias, cor pulmonale, os portadores de próteses cardíacas, os transplantados, etc.), desde com limitação física ou da capacidade funcional que os enquadrem nas categorias III e IV.

V.2.b - A classificação da capacidade funcional conforme a *Sociedade Brasileira de Cardiologia* que segue a *New York Heart Association (NYHA)* é a descrita a seguir:

- Classe I – Pacientes com doenças cardíacas, porém sem limitação de atividades física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitações, dispneia nem angina de peito.
- Classe II – Pacientes com doenças cardíacas que acarretam limitações à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas atividades físicas comuns provocam fadiga, palpitações, dispneia e angina de peito.

- Classe III – Pacientes portadores de doenças cardíacas com acentuada limitação das atividades físicas. Esses pacientes se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitações, dispneia e angina de peito.
- Classe IV – Pacientes com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitações, dispneia e angina de peito existem em repouso e se acentua com qualquer atividade.

OBSERVAÇÃO:

- Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares, todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: ECG, Radiografia de Tórax, Ecocardiograma, Cineangiocoronariografia, Provas de estresse, Holter e Exames de Bioquímica Sanguínea, de acordo com a síndrome cardiológica em questão.
- Nos casos de cardiopatias que se enquadrem com graves deverá ser colocado no laudo a expressão “Cardiopatia grave” para fins de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

V . 3 - DOENÇAS DO SISTEMA VASCULAR

V.3.a - Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor baseado na anamnese, exame físico e exames complementares.

V.3.b - As doenças do sistema vascular que podem levar a Aposentadoria por Invalidez são as seguintes:

- Enxertos de aorta trombosados e sem condições clínicas e/ ou vasculares para revascularização.
- Doenças vasculares periféricas sem condições clínicas e/ ou vasculares para revascularização, com lesões tróficas limitantes.
- Tromboangeite obliterante com lesões tróficas limitantes.
- Amputações sem condições de regularização do coto para adequada adaptação de prótese (membros superiores ou inferiores).
- Cotos de amputação isquêmicos (membros superiores ou inferiores).
- Úlceras isquêmicas extensas e profundas em membros inferiores, com evolução desfavorável, mesmo após revascularização.
- Pé de Charcot.

OBSERVAÇÃO:

Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares, todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: Doppler arterial ou venoso, arteriografia, aortografia e venografia.

V . 4 - DOENÇAS OSTEOMUSCULARES

V.4.a - Na inspeção pericial a junta deve avaliar o servidor baseado na anamnese, exame físico e exames complementares.

V.4.b - Serão consideradas para fins de aposentadoria por invalidez as doenças do sistema osteomuscular, do tecido conjuntivo e as doenças com repercussão no aparelho locomotor em estágio que causem limitação total e definitiva para o desempenho da função, abaixo relacionadas:

- M00-M25 Artropatias.
- M30-M36 Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo.
- M40-M54 Dorsopatias.
- M60-M79 Transtornos dos tecidos moles.
- M65-M68 Transtornos das sinóvias e dos tendões.
- M70-M79 Outros transtornos dos tecidos moles.
- M80-M94 Osteopatias e condropatias.
- M95, M96 e M99 Outros transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.
- T84 - Complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos.
- Z89 - Ausência adquirida de membros.

Para fins de caracterização da invalidez, além da presença da patologia, serão considerados o estágio em que a doença se encontra e a repercussão funcional que esteja causando.

V.4.c - As patologias para as quais existe perspectiva de reabilitação funcional através de cirurgias, próteses, órteses, transplantes, implantes ou outras formas de tratamento, deverão ser acompanhadas periodicamente até que se conclua pela incapacidade funcional definitiva.

OBSERVAÇÃO:

Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: RX, tomografia, e ressonância magnética.

V . 5 - DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS

V.5.a - Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e utilizar-se de 02 escalas oftalmológicas:

- Acuidade visual – aquilo que se enxerga a determinada distância (Escala de Snellen)
- Campo visual – amplitude da área alcançada pela visão.

V.5.b - Definição de acuidade visual:

- Visão subnormal: aquele indivíduo que possui acuidade visual entre 6/60 (0,1) e 18/60(0,3) no melhor olho e/ ou um campo visual entre 20° e 50°, com a melhor correção óptica.
- Cegueira parcial ou legal ou Profissional: indivíduos apenas capazes de contar dedos à curta distância e os que só percebem vultos, com a melhor correção óptica. Incluímos ainda nesta categoria os indivíduos que tem Percepção luminosa (distingue entre claro e escuro) e Projeção luminosa (capaz de identificar também a direção de onde provém a luz).
- Cegueira total ou Amaurose: completa perda de visão. A visão é nula, isto é, nem a percepção luminosa está presente (visão zero). Assim sendo, considera-se cega (ou amaurótica) a pessoa que corresponda a um dos critérios seguintes:
 - A visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos.
 - Ou se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus (ainda que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200).
- Cegueira legal: definida como “acuidade visual central de 20/200 ou menos, no melhor olho, com lentes corretivas ou acuidade visual central maior do que 20/200 caso exista um defeito

de campo visual, no qual o campo periférico seja de forma que o diâmetro maior do campo visual, atinja uma distância angular menor que 20 graus no melhor olho” – Scholl, 1986.

V.5.c - Os indivíduos que apresentarem boa visão com perdas funcionais devem ser analisados como casos individualizados: como deformidade ou mutilação do globo ocular ou dos anexos, incapacidade por diplopia, perda de fixação foveolar e paralisias óculo-motoras.

Os portadores de necessidades especiais, ingressos pela Lei do Deficiente Físico estão excluídos dos critérios acima, exceto quanto do agravamento e ou complicações que serão avaliados individualmente.

Serão considerados casos de Aposentadoria por Invalidez, aqueles nos quais a perda da visão se classifique em: visão subnormal, cegueira parcial e cegueira total causada por afecção crônica progressiva e irreversível, não susceptível de correção óptica, nem melhorada por tratamento médico cirúrgico.

OBSERVAÇÃO:

- Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: exame de Campo Visual, Retinografia, Fundo de Olho, Ecografias oculares, USG, RNM, e outros que se fizerem necessários.
- Nos casos em que se caracterizar cegueira legal deverá ser colocado no laudo a expressão “Cegueira” para fins de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

V . 6 - SINDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA CAUSADA PELO VÍRUS DA AIDS

V.6.a - Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e psíquico, fazendo uso também dos exames complementares necessário àquela avaliação.

V.6.b - AIDS é uma Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana - HIV e pode ser avaliada utilizando-se basicamente dos critérios:

- Informações básicas do relatório do médico assistente: diagnósticos clínicos atuais e progressos, resultados dos exames laboratoriais recentes, inclusive contagem de CD4 (o número de linfócitos T- helpers) e CV (carga viral), a saber:

- Carga viral (cv)
 - cv < que 10.000/ml – baixo risco de progressão ou de piora da doença;
 - cv entre 10.000 e 1000.000/ml, risco moderado de progressão ou piora da doença;
 - cv > que 1000.000/ ml, alto risco de progressão ou piora da doença.
- Contagem de CD4
 - CD4 > 500 células/mm³, estágio da infecção pelo HIV com baixo risco de doença;
 - CD4 entre 200 e 500 células/mm³, risco moderado de desenvolvimento de doenças oportunistas;
 - CD4 entre 50 e 200 células/mm³, risco alto de aparecimento de doenças oportunistas;
 - CD4 < 50 células/mm³, estágio grave.

- Ocorrências de manifestações clínicas relevantes anteriores com informação acerca da data em que ocorreu;
- Terapêutica instituída e aderência ao tratamento;
- Presença de outros fatores clínicos e psicossociais complementares e agravantes do quadro de imunodeficiência do servidor;
- Dados objetivos do exame clínico do servidor.

A conclusão pela Aposentadoria do servidor vai depender da condição clínica, prognóstico, dos efeitos colaterais da medicação utilizada, da existência ou não de sequelas incapacitantes até o momento da perícia, e do tipo de trabalho executado pelo servidor

OBSERVAÇÃO:

- Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente forem insuficientes.
- Os exames complementares principais são: CV e CD4 e os que dependem das patologias correlatas.
- Quando a patologia em tela, levar à aposentadoria, deverá ser colocado no laudo a expressão “SIDA” para fins de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

V . 7 - APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS HEPÁTICAS

V.7.a - Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico fazendo uso de exames complementares necessários à avaliação.

V.7.b - As doenças hepáticas mais comuns que levam a aposentadoria são:

- As Hepatites:
 - Hepatite B – É uma infecção pelo vírus da Hepatite B, assintomática em 2/3 dos casos. Cerca de 10% evolui para cronicidade e eventualmente para cirrose hepática (necrose celular).
 - Hepatite C – É uma infecção pelo vírus da Hepatite C, lentamente progressiva levando a cirrose após 2 a 3 décadas em 20% dos casos.
- Cirrose – Doença crônica do fígado decorrente de destruição e regeneração das células hepáticas, acarretando a presença de fibrose, com conseqüente desorganização da arquitetura lobular e vascular do órgão. É a conseqüência de uma resposta permanente de ferida - cicatrização à agressão hepática crônica induzida por toxinas, infecção viral crônica, colestase e distúrbios metabólicos.

OBSERVAÇÃO:

O Potencial cancerígeno deve ser levado em consideração nos pacientes portadores de cirrose hepática.

V.7.c - Há indicação de aposentadoria em servidores portadores de Hepatite B ou C e Cirroses quando estes apresentarem sinais clínicos e laboratoriais de agravamento da insuficiência hepática. Assim o aparecimento de ascite (edema abdominal), edemas, manifestações hemorrágicas, ictéricas, encefalopatias e alterações laboratoriais como plaquetopenia, albumina plasmática abaixo de 3mg% e tempo de protrombina inferior a 60% do normal são indicativos de incapacidade total para o trabalho.

V.7.d - A gravidade de uma Hepatopatia crônica é medida através de um índice que resulta de dados clínicos e laboratoriais simples e já citados (presença de ascite, bilirrubinas, albumina) chamado de índice de CHILD-PUGH-TURGOTTE:

INDICE DE CHILD-PUGH-TURGOTTE

| Pontos atribuídos | 1 | 2 | 3 |
|----------------------------|----------|-----------|----------|
| Grau de encefalopatia | 0 | 1 a 2 | 3 a 4 |
| Ascite | Ausente | Discreta | Moderada |
| Albumina (EF)g/dl | >3,5 | 2,8 a 3,5 | < 2,8 |
| Protrombina (segs >normal) | < 4 | 4 a 6 | > 6 |
| Ou INR | <1,7 | 1,7 a 2,3 | >2,3 |
| Ou Atividade | >50% | 40% a 50% | <40 |
| Bilirrubinas (mg/dl) | < 2 | 2 a 3 | > 3 |
| Para doenças colestática | < 4 | 4 a 10 | > 10 |

As patologias CEP e CBP produzem altos níveis de bilirrubinas conjugadas, podendo ser mais um item a se somar ao Escore:

| | | | |
|--------------------------|-----|--------|------|
| Para doenças colestática | < 4 | 4 a 10 | > 10 |
|--------------------------|-----|--------|------|

Score: Child A 5 ou 6, Child B 7 a 10, Child C > 10

Hepatopatia grave deve ser B ou C.

A Aposentadoria se dará quando ficar caracterizado o Score B ou C do Índice de CHILD-PUGH-TURGOTTE

OBSERVAÇÃO:

- Os exames complementares (provas de função hepática) devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.
- Nos casos de doenças hepáticas que se enquadrem com graves deverá ser colocado no laudo a expressão "Hepatopatia grave" para fins de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda.(Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

V . 8 - APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE NEOPLASIAS

Serão consideradas Neoplasias aquelas relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10ª), de C00 a D48.

Na inspeção pericial a junta médica levará em consideração parâmetros clínicos, de estadiamento, prognóstico, os exames complementares e os conceitos técnicos atualizados.

V.8.1- NEOPLASIA MALIGNA - é um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sitio anatômico primitivo. Seu prognóstico é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

V.8.1 - a - Grau de diferenciação celular:

- Grau 1 – bem diferenciado;
- Grau 2 – moderadamente diferenciado;
- Grau 3 – pouco diferenciado;

o Grau 4 – não diferenciado;

Quanto menos diferenciado, mais agressiva será a neoplasia.

V.8.1 - b - Grau de proliferação celular- quanto mais proliferativo a neoplasia pior o prognóstico.

V. 8.1 - c - Grau de invasão vascular e linfática, quando presente pior o prognóstico.

V.8.1 - d - Estadiamento clínico e/ou cirúrgico. O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Este sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente.

V.8.1 - e - Resposta à terapêutica específica, quanto mais favorável melhor o prognóstico;

V.8.2 - A avaliação do servidor em relação à Invalidez decorrente de neoplasia maligna deverão satisfazer as seguintes condições abaixo relacionadas:

V.8.2 - a - apresentarem neoplasia com mau prognóstico em curto prazo;

V.8.2 - b - forem portadores de neoplasias malignas incuráveis comprometedoras de sua capacidade laborativa;

V.8.2 - c - tornarem-se inválidos em consequência de sequelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna;

V.8.2 - d - manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna;

V.8.2 - e - Estatística de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

V.8.3 - A presença de Neoplasia Maligna, passível de tratamento, não implica em aposentadoria imediata e o servidor portador deverá ser reavaliado periodicamente levando-se em consideração o tratamento, evolução e capacidade laborativa.

V.8.4 - Critérios para possível aposentadoria são subsidiados pelo estadiamento de Neoplasia de Mama, Gástrica e de Próstata é baseado na classificação TNM: T - tumor, N: linfonodo, M: metástase, já mencionada acima.

V.8.4 - a - Neoplasia de mama

o Casos de diagnóstico fechado - neoplasia disseminada, inoperável – Aposentadoria;

o Estádio IV - Aposentadoria

o Estádio III, II e I - não caracteriza invalidez imediata, sendo a avaliação realizada caso a caso.

OBSERVAÇÕES

Estágios do Câncer - Fonte: *American Cancer Society* (18/08/2016):

| | |
|------------|--------------|
| Estádio 0 | Tis, N0, M0. |
| Estádio IA | T1, N0, M0. |

| | |
|--------------|---|
| Estágio IB | T0 ou T1, N1mi, M0. |
| Estágio IIA | T0 ou T1, N1 (mas, não N1mi), M0; T2, N0, M0. |
| Estágio IIB | T2, N1, M0; T3, N0, M0. |
| Estágio IIIA | T0 a T2, N2, M0; T3, N1 ou N2, M0. |
| Estágio IIIB | T4, N0 a N2, M0. |
| Estágio IIIC | Qualquer T, N3, M0. |
| Estágio IV | Qualquer T, qualquer N, M1. |

V.8.4 - b – Neoplasia Gástrica

As taxas de sobrevivência em 5 anos por estágio para o câncer de estômago tratados com cirurgia são:

| Estágio | Taxa de Sobrevida em 5 anos |
|--------------|-----------------------------|
| Estágio IA | 71% |
| Estágio IB | 57% |
| Estágio IIA | 46% |
| Estágio IIB | 33% |
| Estágio IIIA | 20% |
| Estágio IIIB | 14% |
| Estágio IIIC | 9% |
| Estágio IV | 4% |

Fonte: *American Cancer Society* (10/02/2016)

- Casos de diagnóstico fechado, neoplasia disseminada, inoperável – Aposentadoria
- Estádio I, II e III - não caracteriza invalidez imediata, sendo a avaliação realizada caso a caso.

V.8.4 - c – Neoplasia de Próstata

- Casos de diagnóstico fechado, neoplasia disseminada, inoperável - Aposentadoria
- Demais casos serão avaliados segundo os critérios de TNM, Antígeno Prostático específico (PSA) e Escala de Gleason.

OBSERVAÇÕES:

- **Escala de Gleason:** avalia a diferenciação das células neoplásicas:

| | |
|------------|------------------------------|
| De 02 a 04 | Bem diferenciadas. |
| De 05 a 06 | Moderadamente diferenciadas. |
| 07 | Pouco diferenciadas. |
| De 08 a 10 | Indiferenciadas. |

Quanto maior a diferenciação menor o grau de gravidade.

- PSA: Será avaliado levando em conta sua variação crescente.

V.5 - As juntas médicas deverão, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anatomopatológico da neoplasia, sua localização (sempre que possível), presença ou não de metástases, estadiamento clínico.

V . 2 – NEOPLASIA BENIGNAS E DE COMPORTAMENTO INCERTO

A junta deverá analisar o local de acometimento e as sequelas ocasionadas pela própria patologia ou a remoção da mesma o grau de recidiva local. O servidor portador deverá ser reavaliado periodicamente levando-se em consideração o tratamento, evolução e o comprometimento da capacidade laborativa.

OBSERVAÇÕES:

- Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como Anátomo Patológico, Ultra-sonografia, Tomografia, Imuno – histoquímico e Ressonância Magnética.
- Nos casos em que se aposentar por neoplasia maligna deverá se acrescentar a expressão “Neoplasia Maligna” período de vigência da Isenção, para fim de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda.(Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).
- No caso de incapacidade decorrente de acidente sofrido em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, a aposentadoria dar-se-á com proventos integrais e com proventos proporcionais nos demais casos.

V . 9 - APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS

A junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, o exame psíquico e físico, usando para conclusão diagnóstica os exames complementares que se fizerem necessários.

V.9.1 - Patologias e sequelas neurológicas que podem levar a aposentadoria por invalidez:

V.9.1 - a – Demências - Entende-se um estado mental caracterizado por a perda de habilidades intelectuais severas que interferem com o funcionamento social e ocupacional.

Várias patologias neurológicas podem levar um individuo a demenciação, entre elas, as mais frequentes são:

- Demência de Alzheimer.
- Doença de Parkinson.
- Demência Vascular.
- Demência devido à ingestão tóxica.
- Demência devido à infecção.
- Demência devido à doença orgânica.

V.9.1.b - Na avaliação dos portadores de Demência levar-se-á em consideração:

- O comprometimento das funções intelectuais – cognitivas;
- A gravidade, a persistência e a evolução;
- A refração aos meios habituais de tratamento;
- Alterações completa ou considerável da personalidade;
- O comprometimento grave do juízo de valor de realidade, com deteriorização da autoestima e do pragmatismo.

V.9.1.b - Paralisia Irreversível e Incapacitante.

V.9.1.b . 1 -Para efeitos de aposentadoria serão considerados portadores de paralisia aqueles que apresentarem:

- incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa a qual implica na interrupção de uma das vias motoras.
- A abolição das funções sensoriais, na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas, caracterizando a paralisia funcional.
- As lesões ósteo-musculo-articulares e vasculares graves e crônicas são equiparadas às paralisias quando resultam em alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.
- As paresias são equiparadas às paralisias quando resultam em alterações extensas das funções nervosas e da motilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação. Entende-se como paresias aquelas alterações em que ocorre perda da função motora (leve ou moderada) como diferenciado de paralisia que é a perda total.
- A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a motilidade, a sensibilidade e a troficidade e que tornem o servidor impossibilitado para qualquer trabalho.

V.9.1.b.2 - A avaliação do servidor em relação à Paralisia Irreversível e Incapacitante deverá satisfazer as seguintes condições abaixo relacionadas:

- Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante diagnosticados e satisfeitas as condições conceituais especificadas acima, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.
- As juntas médicas deverão especificar em seus laudos os diagnósticos etiológicos e sindrômicos.
- As juntas médicas deverão declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, as expressões “equivalente à Paralisia irreversível e incapacitante”, quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões citadas acima, satisfeitas todas as condições descritas.
- As sequelas motoras de Acidente Vascular Cerebral (AVC) só serão consideradas como Paralisia Irreversível e Incapacitante, depois de transcorrido 01 ano ou na dependência de avaliação clínica com prognóstico fechado.
- Outras patologias neurológicas que acometam o sistema nervoso de forma incapacitante e prolongada impossibilitando a atividade laborativa deverão conter os diagnósticos etiológico, anatômico e sindrômico e a caracterização da invalidez para o trabalho.

OBSERVAÇÕES:

- Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: tomografia, RX, eletroneuromiografia, ressonância magnética e angiografia.
- Nos casos de patologias demenciais deverá ser colocado “Alienação mental” para fim de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda.(Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

○ Nos casos de patologias que gerem plegias ou paresias extensas, deverá ser colocado no laudo a expressão “Paralisa Irreversível e incapacitante” para fim de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

V . 10 - APOSENTADORIA PARA OS PORTADORES DE NEFROPATIAS

V.10.1 - São consideradas Nefropatias aquelas patologias de evolução aguda, sub-aguda e crônica que de modo irreversível acarretam insuficiência renal em seus diversos graus, determinando incapacidade para o trabalho e/ ou risco de vida.

V.10.1.a -Classificação:

| | |
|---|--|
| Insuficiência Renal leve – classe I - | filtração glomerular maior que 50 mls/min.- creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%; |
| Insuficiência Renal moderada – classe II- | filtração glomerular entre 20 e 50 mls/min- creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs% |
| Insuficiência Renal severa – classe III- | filtração glomerular inferior a 20 ml/min- creatinina sérica acima de 3.5mgs% |

- As nefropatias que cursam com Insuficiência Renal moderada - classe II são enquadradas como Nefropatias Graves quando acompanhadas de sinais e sintomas que determinam a incapacidade laborativa do servidor, podendo levar à aposentadoria
- As nefropatias que cursam com Insuficiência Renal severa – classe III são enquadradas como Nefropatia Grave com aposentadoria indicada
- As nefropatias com Insuficiência Renal, classe I deverão ser reavaliadas sobre o tratamento e capacidade laborativa no prazo de 01 ano.
- As nefropatias dialíticas têm indicação de aposentadoria.

V.10.1.b - Principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir nefropatias graves:

- glomeronefrites crônicas;
- vasculites;
- nefropatias diabética e hipertensiva, por irradiação, obstrutiva e hereditária;
- amiloidose renal;
- neoplasias;
- necroses (medular ou difusa);
- pielonefrite crônica;
- obstrução arterial e/ ou venosa grave;
- nefrite intersticial crônica.

As juntas de inspeção deverão registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia e etiologia possível desencadeante do quadro.

OBSERVAÇÕES:

- Os exames complementares devem ser exigidos sempre que a avaliação clínica, anamnese e exame físico não forem suficientes para conclusão pericial. Constituem exames complementares, os exames laboratoriais – provas de função renal, anatomo - patológicos e de imagens.

o Nos casos de aposentadorias por patologias renais graves deverá ter colocado no laudo a expressão “Nefropatia grave” para fim de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda.(Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

V. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE INSPEÇÃO PERICIAL PARA CONCESSÃO DE PENSÃO MENSAL

VI.1 - Pensão mensal é definida como pensão por morte, concedida aos beneficiários de servidor falecido que não consigam prover sua subsistência por razões de saúde(condição de invalidez).

VI.1.a - São considerados beneficiários potenciais:

- o Cônjuge, o companheiro ou companheira (pessoa que, sem ser casada, mantém união estável com o segurado ou segurada, de acordo com o estabelecido no item três.] do artigo 226 da Constituição federal);
- o Filho ou filha não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido - enteado e o menor tutelado equiparam-se aos filhos do segurado desde que comprovada dependência econômica;
- o Pais;
- o Irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21(vinte e um) anos ou inválido.

A existência de dependentes de qualquer destas classes exclui do direito às classes subsequentes.

VI.1.b - As condições, que habilitam o recebimento de Pensão Mensal por morte(invalidez), têm de estarem presentes, obrigatoriamente no momento anterior à morte do segurado e a avaliação da condição de invalidez ocorrerá mediante junta médica pericial, atendendo aos mesmos preceitos estabelecidos pelos protocolos empregados para concessão de aposentadoria por invalidez.

VI. PROTOCOLOS TÉCNICOS PARA INSPEÇÃO PERICIAL PARA SALÁRIO FAMÍLIA

VII.1 - Salário-família é definido como benefício concedido aos servidores municipais, ativos ou inativos, que possuem alimentários sob sua guarda ou sustento e que receba remuneração, subsídio ou proventos iguais ou inferiores aos limites estabelecidos para a concessão desse benefício pelo Regime Geral de Previdência Social – RGPS.

VII.2 - São considerados alimentários os filhos legítimos ou adotivos, enteado, menor sob tutela ou guarda do servidor ou inativo, até 14 anos e filhos ou alimentários, independentemente de limite de idade, se o alimentário apresentar invalidez permanente de qualquer natureza, pericialmente comprovada.

V.3 - As condições que habilitam a concessão de Salário-família, serão atestadas mediante junta médica pericial que determinará a existência de Invalidez anterior aos dezoito anos, obedecendo-se os mesmos critérios estabelecidos nos Protocolos para Aposentadoria por invalidez.

VII. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE INSPEÇÃO MÉDICO PERICIAL PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

O presente protocolo visa padronizar as dispostas nas Leis Federais, abaixo relacionadas, que discorrem sobre patologias que poderão conceder Isenção de Imposto de Renda.

- Nº. 7.713, de 22 de dezembro de 1988;
- Nº 8541, de 23 de dezembro de 1992;
- Nº 9250, de 26 de dezembro de 1995;
- Nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004, esta contem a última alteração do artigo 6º, inciso XIV, cujo texto é o seguinte:

“- os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente de trabalho e os percebidos pelos portadores de doença profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estágios adiantados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma”, ficarão isentas de Imposto de Renda, em caráter temporário ou definitivo, quando atender aos critérios abaixo relacionados, após avaliação de junta médica na COGESS”.

VIII . 1 - TUBERCULOSE ATIVA

VIII.1.1 - Os casos de tuberculose em atividade devem ser enquadrados na lei de IIR e terem laudos emitidos com validade inicial de seis meses. Após o controle da doença, devidamente comprovado pela alta com cura do tratamento ambulatorial, o benefício é suspenso.

VIII.1.2 - Os casos nos quais a patologia não está em atividade no momento, porém ocorreu há menos de cinco anos, deverá constar no laudo o período de tratamento da patologia.

VIII . 2 - ALIENAÇÃO MENTAL

VIII.2.1 - O conceito de Alienação Mental é jurídico e não psiquiátrico, podendo decorrer em consequência a uma doença psíquica ou neurológica onde ocorra uma deterioração dos processos cognitivos, de caráter transitório ou permanente, de tal forma que o indivíduo acometido torna-se incapaz de gerir sua vida social. Assim, um indivíduo alienado mental é incapaz de responder legalmente por seus atos na vida social, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido, por isso, de qualquer atividade funcional, devendo ser obrigatoriamente interditado judicialmente.

VIII.2.2 - Os principais Transtornos Mentais e Comportamentais que podem levar à Isenção de Imposto de Renda são os seguintes:

- F00 - Demência na doença de Alzheimer (G30)
- F01 - Demência vascular
- F02 - Demência em outras doenças classificadas em outra parte
- F03 - Demência não especificada

- F20 - Esquizofrenia.
- F21 - Transtorno esquizotípico.
- F22 - Transtornos delirantes persistentes.
- F25 - Transtornos esquizoafetivos.
- F70 a F79 - Retardo mental

OBSERVAÇÕES:

- Os exames complementares devem ser exigidos sempre que a anamnese, exame físico e psíquico e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial.
- Constituem exames complementares no caso de transtornos psiquiátricos e neurológicos, entre outros, os seguintes: EEG, Exames de Neuroimagem, Testes de Personalidade e Testes Neuropsicológicos.
- O laudo deve ser emitido em caráter definitivo ou com tempo delimitado em caso de patologias passíveis de melhora e conter o enquadramento legal “ Alienação mental”

VIII . 3 - ESCLEROSE MÚLTIPLA

Todos os casos com diagnóstico firmado de Esclerose Múltipla devem ser enquadrados na lei de IIR. Nestes casos, a junta médica deve solicitar e anexar ao laudo, além de pareceres especializados, exames complementares para dar consistência ao diagnóstico, quando necessário. A caracterização da patologia será realizada sempre em caráter definitivo.

VIII . 4 - NEOPLASIA MALIGNA

VIII.4.1 - Serão consideradas Neoplasias àquelas relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10ª), de C00 a D48.

Na inspeção pericial a junta médica levará em consideração parâmetros clínicos, de estadiamento, prognóstico, os exames complementares e os conceitos técnicos atualizados.

VIII.4.2 - NEOPLASIA MALIGNA - é um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo. Seu prognóstico é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

- Grau de diferenciação celular-
 - Grau 1 – bem diferenciado;
 - Grau 2 – moderadamente diferenciado;
 - Grau 3 – pouco diferenciado;
 - Grau 4 – não diferenciado;

Quanto menos diferenciado, mais agressiva é a neoplasia.

- Grau de proliferação celular- quanto mais proliferativo a neoplasia pior o prognóstico
- Grau de invasão vascular e linfática, quando presente pior o prognóstico
- Estadiamento clínico e/ou cirúrgico. O sistema mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Este sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente.

VIII.4.3 – Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna e enquadrados na Lei de IIR durante 10 (dez) anos, aqueles que apresentarem neoplasia restrita ao órgão acometido, sem metástases linfáticas regionais ou a distância, tendo realizado tratamentos cirúrgicos, radioterápicos e/ ou quimioterápicos;

VIII.4.4 - Não serão considerados portadores de Neoplasia Maligna os indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ ou quimioterápico e que, após 10 (dez) anos de acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentarem evidência de atividade da Neoplasia.

VIII.4.5 - Indivíduos que além da lesão original apresentarem metástases em linfonodos regionais e/ ou a distância terão laudo de IIR em caráter definitivo, contando a partir da data do diagnóstico anatomopatológico.

VIII.4.6 - As neoplasias malignas com seguimentos através de marcadores tumorais e/ou PAS e sem confirmação diagnóstica de recidiva por exame anatomopatológico terão a concessão de mais um período de IIR temporário ou em definitivo o a critério pericial.

VIII.4.7 - Serão considerados como portadores de condição geradora de IIR em caráter definitivo, também os indivíduos acometidos por mais de uma neoplasia maligna ou com recidiva local da patologia.

VIII.4.8 – NEOPLASIAS BENIGNAS

Não terão enquadramento como Neoplasia Maligna.

OBSERVAÇÕES:

- Os membros da junta farão constar no laudo o enquadramento legal “Neoplasia maligna”.
- Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como Anátomo Patológico, Ultra-sonografia, Tomografia, Imuno-histoquímico e Ressonância Magnética.

VIII . 5 - CEGUEIRA

VIII.5.1 - Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e utilizar-se de 02 escalas oftalmológicas:

- Acuidade visual – aquilo que se enxerga a determinada distância (Escala de Snellen)
- Campo visual – amplitude da área alcançada pela visão.

VIII.5.2 - Definição de acuidade visual:

Visão subnormal: – aquele indivíduo que possui acuidade visual entre 6/60 (0,1) e 18/60(0,3) no melhor olho e/ ou um campo visual entre 20° e 50°, com a melhor correção óptica.

- Cegueira parcial ou legal ou Profissional: – indivíduos apenas capazes de contar dedos a curta distância e os que só percebem vultos, com a melhor correção óptica. Incluímos ainda nesta categoria os indivíduos que tem Percepção luminosa (distingue entre claro e escuro) e Projeção luminosa (capaz de identificar também a direção de onde provém à luz).

○ Cegueira total ou Amaurose: – completa perda de visão. A visão é nula, isto é, nem a percepção luminosa está presente (visão zero). Assim sendo, considera-se cega (ou amaurótica) a pessoa que corresponda a um dos critérios seguintes:

- A visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos.
- Ou se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus (ainda que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200).

○ Cegueira legal: definida como “acuidade visual central de 20/200 ou menos, no melhor olho, com lentes corretivas ou acuidade visual central maior do que 20/200 caso exista um defeito de campo visual, no qual o campo periférico seja de forma que o diâmetro maior do campo visual, atinja uma distancia angular menor que 20 graus no melhor olho” – Scholl, 1986.

VIII.5.3 - A IIR nos casos enquadrados acima, será concedida em caráter definitivo.

Não serão beneficiados pela concessão de IIR os indivíduos com "visão subnormal" (indivíduo que possui acuidade visual entre 6/60 (ou 0,1) e 18/60 (ou 0,3) no melhor olho e/ ou campo visual entre 20º e 50º com a melhor correção óptica).

VIII . 6 - HANSENIASE

VIII.6.1 - Todas as formas clínicas da patologia devem ser enquadradas na lei de IIR.

VIII.6.2 - Após o controle da doença, devidamente comprovado pela alta do tratamento ambulatorial, o benefício é suspenso, sendo a validade inicial do laudo fixada de acordo com a forma clínica com solicitação de reavaliação.

VIII.6.3 – Enquadramento:

- Forma Virchowiana - enquadramento por dois anos
- Dimorfa - enquadramento por dois anos
- Indeterminada - enquadramento por um ano
- Tuberculóide - enquadramento por um ano

VIII . 7 - PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

VIII.7.1 - Entende-se por paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, decorrente de interrupção das vias motoras desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular. A abolição das funções sensoriais na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas caracteriza a paralisia funcional.

VIII.7.2 - A paralisia será considerada irreversível e incapacitante, quando esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos das funções sensitiva e/ ou motora levando a incapacidade funcional.

VIII.7.3 - Serão equiparadas às paralisias irreversíveis e incapacitantes, as lesões osteomusculoarticulares e as vasculares graves e crônicas, das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções motoras, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários para sua recuperação. As paresias serão equiparadas às paralisias quando resultem em alterações extensas das funções motoras com comprometimento funcional importante.

OBSERVAÇÕES:

- Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame físico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes para o diagnóstico da patologia causadora da paralisia. Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante,
- Diagnosticados e satisfeitas as condições conceituais especificadas acima, terão caracterização de patologia enquadrada na lei de IIR em definitivo. Os portadores de quadros passíveis de caracterização como paralisia irreversível e incapacitante, cujo evento causal seja recente, poderão preencher os critérios por período determinado. Deverão também, declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente à paralisia irreversível e incapacitante", quando concluírem pelo enquadramento nesta categoria.
- As juntas médicas deverão especificar em seus laudos os diagnósticos etiológicos e sindrômicos, caracterizando se a incapacidade que levou à aposentadoria por invalidez é decorrente de acidente sofrido em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, com proventos integrais.
- Nos demais casos, a aposentadoria por invalidez será com proventos proporcionais.

VIII . 8 - CARDIOPATIA GRAVE

VIII.8.1 - O conceito de cardiopatia grave engloba tanto doenças cardíacas agudas, crônicas bem como as terminais, desde que estas se caracterizem por perda da capacidade física e funcional do coração. Não deve se confundir a gravidade de uma cardiopatia com “Cardiopatia Grave”, uma entidade médico-pericial. Esta não é baseada em dados que caracterizam uma entidade clínica, e sim nos aspectos de gravidade das cardiopatias, colocados em perspectiva com a capacidade de exercer as funções laborativas, suas relações com o prognóstico de longo prazo e a sobrevivência do indivíduo.

VIII.8.2 - A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em classes ou graus, devendo ser observada a classificação adotada pela **Sociedade Brasileira de Cardiologia (Arq. Bras. Cardiol. 2006; 87:2)**. Esta classificação pode ser dinâmica, dado o caráter de reversibilidade da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar como condição médico-pericial de cardiopatia grave observada anteriormente, na dependência dos tratamentos instituídos. Por outro lado, condições agravantes podem estar presentes e elevar a categoria funcional a uma imediatamente superior.

VIII.8.3 - A classificação da capacidade funcional é descrita a seguir:

- **Classe I** – Pacientes portadores de doenças cardíacas, porém sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito, nem sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral.
- **Classe II** – Pacientes portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito.
- **Classe III** – Pacientes portadores de doenças cardíacas com nítida limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito quando efetuam pequenos esforços.
- **Classe IV** – Pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilita de exercer qualquer atividade física. Estes pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

VIII.8.4 - Terão condições de serem enquadrados na lei de IIR no capítulo de Cardiopatias Graves os interessados que preencherem os critérios por serem portadores de uma das situações clínicas abaixo:

VIII.8.4.a - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA enquadrada nas classes III e IV da Sociedade Brasileira de Cardiologia que segue a New York Heart Association (NYHA) e eventualmente, as de classe II, na dependência da idade, atividade profissional e as impossibilitada de reabilitação.

VIII.8.4.b - INSUFICIÊNCIA CORONARIANA com angina em classe funcional III e IV apesar de tratamento otimizado ou com estenoses coronarianas maiores que 70% em três ou mais vasos e não passíveis de tratamento cirúrgico.

VIII.8.4.c - ARRITMIAS GRAVES como as que provocam parada cardíaca ou que não sejam passíveis de tratamento com marca-passos cardíacos, e que ocorram na ausência de eventos transitórios.

VIII.8.4.d - ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA OU ABDOMINAL que tenham apresentado sinais de dissecação, crescimento rápido, os operados e os inoperáveis, os complicados por hematomas ou trombozes, ou ainda com acometimento da valva aórtica, desde que com limitação física ou da capacidade funcional que os enquadrem nas categorias III e IV.

VIII.8.4.e - Todas as CARDIOPATIAS independentes da etiologia (hipertensiva, valvar, congênita, miocardiopatias, pericardiopatias, cor pulmonale, revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), desde com limitação física ou da capacidade funcional que os enquadrem nas categorias III e IV, ou a critério pericial, classe II da NYHA.

VIII.8.4.f - CONDIÇÕES AGRAVANTES

Caracterizam-se condições agravantes aquelas que poderão elevar a categoria funcional a uma imediatamente superior, como por exemplo, fibrilação atrial de alta frequência, hipoxemia e baixo débito cerebral, desde que secundários a uma cardiopatia.

OBSERVAÇÕES:

○ Sendo caracterizada cardiopatia grave, conforme os critérios acima, a Isenção de imposto de renda poderá ser em definitivo. Porém, quando os tratamentos clínicos, intervencionistas ou cirúrgicos melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deverá ser reconsiderado e reavaliado, podendo não mais preencher critérios para Isenção de Imposto de Renda. A condição de portador de tratamento cirúrgico ou outro intervencionista, per se não caracteriza de antemão condição de gravidade de uma cardiopatia.

○ Na inspeção pericial a Junta Médica deve realizar anamnese e exame físico, nos quais devem ser investigados os sinais e sintomas que caracterizam a classe funcional, bem como a presença de agravantes para a caracterização da condição de gravidade da cardiopatia.

○ Os exames complementares devem ser exigidos sempre, complementando o exame clínico, anamnese e o relatório do médico assistente. Constituem exames complementares, todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: Eletrocardiograma, Radiografia de Tórax, Ecocardiograma, Cineangiocoronariografia, Provas de estresse, Eletrocardiografia dinâmica (Holter), Exames de Bioquímica Sanguínea ou outros, de acordo com a síndrome cardiológica em questão

VIII . 9 - DOENÇA DE PARKINSON

Todos os casos com diagnóstico firmado de Doença de Parkinson devem ser objetos de enquadramento na lei de IIR em caráter definitivo, exceto aqueles secundários a efeito de medicamentos. A junta médica deverá solicitar e anexar ao laudo, pareceres especializados e exames complementares determinando a data do início da patologia.

VIII . 10 - ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

VIII.10.1 - Todos os casos com diagnóstico firmado de Espondilite Anquilosante EA) devem ser enquadrados na lei de IIR. Nestes casos, a junta médica deve solicitar e anexar ao laudo, além de pareceres especializados, exames complementares para dar consistência ao diagnóstico. A caracterização desta patologia será feita em caráter definitivo, quando possível com data do início da patologia; quando não, a data da realização da perícia.

VIII.10.2 - As Juntas Médicas farão o enquadramento legal equiparando ao da EA os portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo da movimentação da coluna vertebral. Nestes casos a junta deverá acrescentar entre parênteses "equivalente à espondiloartrose anquilosante". Também nestes casos o laudo será em caráter definitivo.

VIII . 11 - NEFROPATIA GRAVE

VIII.11.1 - São consideradas Nefropatias aquelas patologias de evolução aguda, sub-aguda e crônica que de modo irreversível acarretam insuficiência renal determinando incapacidade para o trabalho e/ ou risco de vida.

VIII.11.2 - Classificação:

| | |
|---|---|
| Insuficiência Renal leve – classe I - | filtração glomerular maior que 50 mls/min.- creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%; |
| Insuficiência Renal moderada – classe II- | filtração glomerular entre 20 e 50 mls/min- creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs% |
| Insuficiência Renal severa – classe III- | filtração glomerular inferior a 20 ml/min- creatinina sérica acima de 3.5mgs% |

VIII.11.3 – São enquadradas neste ítem de isenção as Nefropatias consideradas graves:

VIII.11.3.a - Nefropatias que cursam com Insuficiência Renal moderada - classe II são enquadradas como Nefropatias Graves, quando acompanhadas de sinais e sintomas que determinam a invalidez do servidor aposentado/pensionista.

VIII.11.3.b - Nefropatias que cursam com Insuficiência Renal severa – classe III são enquadradas como Nefropatia Grave.

VIII.11.3.c - Nefropatias que cursam com Insuficiência Renal moderada – classe II, Insuficiência Renal Severa - classe III são enquadradas como Nefropatias Graves, enquadradas, portanto na lei de IIR, sendo a caracterização em caráter definitivo.

VIII.11.3.d - 4 - Os casos que estiverem em lista de transplante/implante renal, poderão ter o benefício até a realização do procedimento com sucesso e normalização laboratorial, portanto podem ter laudo de isenção com período definido.

VIII.11.4 - As juntas médicas de inspeção deverão registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia e etiologia possível desencadeante do quadro.

OBSERVAÇÃO:

As juntas deverão sempre anexar exames laboratoriais que comprovem o estágio da patologia.

VIII . 12 - HEPATOPATIA GRAVE

VIII.12.1 - Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e exames complementares necessários à avaliação.

VIII.12.2 - As doenças mais comuns que podem levar às hepatopatias graves são as Hepatites B e C, Hepatites autoimunes, Colangite Esclerosante Primária (CEP), Cirrose Biliar Primária(CBP) e Cirroses de outras origens.

VIII.12.3 - Caracteriza-se como Hepatopatia Grave, a presença de sinais clínicos e laboratoriais de agravamento da insuficiência hepática, como o aparecimento de ascite, manifestações hemorrágicas, icterícias, encefalopatias e alterações laboratoriais como plaquetopenia, albumina plasmática abaixo de 3mg% e tempo de protrombina inferior a 60% do normal.

VIII.12.4 - A gravidade de uma Hepatopatia crônica é medida através do Índice de CHILD-PUGH-TURGOTTE, que resulta de dados clínicos (anamnese e exame físico) e laboratoriais já citados (presença de ascite, bilirrubinas, albumina). Para considerar-se Hepatopatia grave o escore deve atingir índices de B ou C.

INDICE DE CHILD-PUGH-TURGOTTE

| Pontos atribuídos | 1 | 2 | 3 |
|----------------------------|----------|-----------|----------|
| Grau de encefalopatia | 0 | 1 a 2 | 3 a 4 |
| Ascite | Ausente | Discreta | Moderada |
| Albumina (EF)g/dl | >3,5 | 2,8 a 3,5 | < 2,8 |
| Protrombina (segs >normal) | < 4 | 4 a 6 | > 6 |
| Ou INR | <1,7 | 1,7 a 2,3 | >2,3 |
| Ou Atividade | >50% | 40% a 50% | <40 |
| Bilirrubinas (mg/dl) | < 2 | 2 a 3 | > 3 |

As patologias CEP e CBP produzem altos níveis de bilirrubinas conjugadas, podendo ser mais um item a se somar ao Escore:

| | | | |
|--------------------------|-----|--------|------|
| Para doenças colestática | < 4 | 4 a 10 | > 10 |
|--------------------------|-----|--------|------|

Score: Child A 5 ou 6, Child B 7 a 10, Child C > 10

Hepatopatia grave deve ser B ou C.

VIII.12.5 – O laudo favorável à isenção de imposto de renda será concedido quando:

- A doença for caracterizada como hepatopatia grave, conforme o índice de Child-Pugh-Turgotte.
- O interessado estiver em fila de transplante podendo ter a concessão do benefício em caráter provisório, até a realização do mesmo.
- No caso de transplante hepático com boa evolução e função hepática normal, o benefício pode ser indeferido.

OBSERVAÇÃO :

Exames complementares recentes (provas de função hepática) devem ser sempre exigidos para a caracterização da gravidade da patologia.

VIII . 13 - DOENÇA DE PAGET

A Doença de Paget em seu estágio inicial é geralmente assintomática, portanto, não gera condição para concessão de IIR. Com a evolução da patologia e na presença de deformidades ósseas e sintomas dolorosos há caracterização de condição geradora de Isenção de Imposto de Renda em caráter definitivo. Deverá ser definida uma data para início do estágio grave da doença e quando não for possível, será considerada a data da perícia. Exames complementares como RX simples, cintilografias, TC e RNM auxiliarão no diagnóstico e na caracterização da gravidade da patologia.

VIII . 14 - CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO

Os efeitos prejudiciais da radiação sobre o indivíduo dependem da dose, duração da exposição e grau de exposição à mesma. Todos os casos com diagnóstico firmado de Contaminação por Radiação devem ser enquadrados na legislação de IIR.

Nestes casos, a junta médica deverá solicitar e anexar ao laudo, além de pareceres especializados, documentos que comprovem que o requerente é portador de uma ou mais lesões provocadas por radiação.

A concessão do benefício será sempre em caráter definitivo, tendo em vista a impossibilidade de reversão da patologia.

VIII . 15 - SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (SIDA)

SIDA é a Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana - HIV. Para a concessão do benefício o diagnóstico deve ser comprovado por exames de laboratório, relatório médico detalhado informando a evolução, tratamento, infecções oportunistas, condições clínicas atuais e aderência ao tratamento com uso de antirretrovirais. O laudo será expedido favorável e em definitivo quando houver caracterização por parte da Junta Médica de doença ativa.