DECRETO Nº 3.338, de 23 de junho de 2010

Aprova o Manual de Normas Técnicas Médico-Periciais - Segunda Edição.

O **GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA**, no uso da competência privativa que lhe confere o art. 71, inciso III, da Constituição do Estado,

D E C R E T A:

Art. 1º Fica aprovado o Manual de Normas Técnicas Médico-Periciais - Segunda Edição, da Diretoria de Saúde do Servidor - DSAS, da Secretaria de Estado da Administração - SEA, parte integrante deste Decreto.

Art. 2º O Secretário de Estado da Administração fica autorizado a promover as alterações e baixar os atos necessários ao fiel cumprimento e aplicação do Manual de que trata este Decreto.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Fica revogado o Decreto nº 4.167, de 30 de março de 2006.

Florianópolis, 23 de junho de 2010.

LEONEL ARCÂNGELO PAVAN
Governador do Estado

MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS MÉDICO-PERICIAIS SEGUNDA EDIÇÃO

Leonel Arcângelo Pavan
Governador do Estado

Paulo Eli
Secretário de Estado da Administração

Waldir Sovernigo
Diretor Geral

Paulo Roberto Coelho Pinto
Diretor de Saúde do Servidor

Manuela Mendonça Lisbôa Beirão
Gerente de Perícia Médica

ÍNDICE GERAL

Capítulo I - Da Introdução_____5
Capítulo II - Da Saúde - Conceituação Básica_____5
Capítulo III - Da Saúde do Servidor_____6
Capítulo IV - Da Capacidade Laborativa_____6
Capítulo V - Da Incapacidade Laborativa_____7
Capítulo VI - Da Invalidez_____8
Capítulo VII - Dos Exames Periciais_____8
Capítulo VIII - Do Exame Pericial para Admissão_____10
Capítulo IX - Da Licença para Tratamento de Saúde_____18
Capítulo X - Da Licença e Procedimentos Decorrentes de Acidente no Trabalho ou Doença Profissional_____35
Capítulo XI - Da Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família_____36
Capítulo XII - Da Licença à Gestante_____40
Capítulo XIII - Da Readaptação Funcional_____44
Capítulo XIV - Da Remoção_____49
Capítulo XV - Da Aposentadoria por Invalidez_____52
Capítulo XVI - Da Isenção de Imposto de Renda_____88
Capítulo XVII - Da Isenção da Contribuição Previdenciária_____91
Capítulo XVIII - Da Reversão de Aposentadoria_____92
Capítulo XIX - Da Integralização de Proventos_____94
Capítulo XX - Do Salário Triplo_____95
Capítulo XXI - Da Inscrição no IPREV/Pensão Previdenciária_____97
Capítulo XXII - Da Inscrição no Plano de Saúde _____100
Capítulo XXIII - Do Exame Pericial por Junta Médica_____103
Capítulo XXIV - Dos Procedimentos Técnicos_____104
Anexo I - Da Legislação que Trata do Ingresso de Candidatos que Apresentam Necessidades Especiais_____105
Anexo II - Tabela de *Snellen*_____115
Anexo III - Dos Critérios de Avaliação do Candidato ou Servidor que Apresenta a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS_____116
Anexo IV - Instrução Normativa_____118
Anexo V - Consenso Nacional sobre Voz Profissional_____123
Anexo VI - Da Remoção durante Estágio Probatório_____127
Anexo VII - Da Aposentadoria por Invalidez - Estágio Probatório_____129
Anexo VIII - Do Exame Ortopédico (Orientações Práticas)_____132
Anexo IX - Do Ressarcimento de Despesas Decorrentes de Acidente em Serviço_____136
Anexo X - Resolução CFM nº 1851/2008_____137
Das Referências Bibliográficas_____140
Da Elaboração do Manual_____141

CAPÍTULO I
DA INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado do estudo, da discussão e do aprimoramento técnico da primeira edição do Manual de Perícia Médica, buscando complementá-lo e manter os serviços da perícia médica estadual continuadamente atualizados.

CAPÍTULO II
DA SAÚDE - CONCEITUAÇÃO BÁSICA

Ao propormos a revisão deste Manual que trata de procedimentos para os serviços de saúde dos servidores públicos estaduais, é essencial analisar o significado de "saúde sob a perspectiva histórica".

A saúde, no decorrer da construção do processo sociocultural da humanidade, tem sido definida por diversos modos. Na Grécia antiga, a saúde era uma condição de equilíbrio do corpo - *mens sana in corpore sano*. Para os índios norte-americanos, a saúde era estar em harmonia com a natureza. Os chineses antigos acreditavam que saúde era o reflexo de uma força chamada "QI" (Edelman 1986).

Não obstante esse caráter humanitário e holístico proposto por diversas civilizações no decorrer da História, a medicina ocidental, no início do século XX, talvez influenciada pela visão positivista, construiu um modelo de saúde compartimentalizado. Essa visão perdurou durante todo o século XX, o que levou a concepção de saúde curativa e não preventiva, cujo foco primário concentrou-se na doença e na incapacidade. Somente na década de noventa, a postura médica em função dos custos crescentes desse modelo, começou a mudar para uma visão mais holística e completa do que é saúde.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde introduziu dimensão mais qualitativa de saúde em sua definição: saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade, ou numa definição mais contemporânea: saúde é a qualidade de vida envolvendo as aptidões individuais do ponto de vista social, emocional, mental, espiritual e físico decorrentes das adaptações ao ambiente em que vivem os indivíduos.

A Constituição de 1988 avançou no campo do trabalho e da saúde, tratando a saúde como questão de direito, sendo a saúde percebida, não apenas como ausência de doença, mas sim como "resultante das condições de alimentação, educação, salário, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade, acesso aos serviços de saúde".

A saúde adquire, assim, *status* de direito social, e a Saúde do Trabalhador ultrapassa os limites com os quais vinha trabalhando, dentro dos conceitos de higiene e segurança do trabalho (Mendes, 1999).

CAPÍTULO III
DA SAÚDE DO SERVIDOR

Para caracterizar o caráter holístico de saúde que irá nortear este Manual, torna-se necessário buscar a definição de saúde do servidor, que se insere em uma das áreas da Saúde Pública e tem como objetivos primordiais a promoção e proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos dos agravos e da organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e readaptação funcional de forma integrada.

O conceito de "Promoção de Saúde", norteador deste Manual, amplia o espírito do Direito Administrativo vigente, focado tão somente na capacidade laboral do servidor, exprimindo, dessa forma, idéia de interdisciplinaridade, o que exigirá preparo amplo e visão abrangente dos profissionais de saúde envolvidos.

CAPÍTULO IV
DA CAPACIDADE LABORATIVA

Capacidade laborativa pode ser considerada o ter saúde suficiente ou mínima para o trabalho. É exigência principal do mercado, e só vende sua força de trabalho quem tem "saúde suficiente" para executar o trabalho requerido. A produção não necessita de trabalhadores saudáveis, mas sim de indivíduos que possam garantir a produtividade esperada. "O que importa não é saúde do trabalhador, mas a saúde necessária à produção", como enfatiza Ribeiro (1999).

A avaliação pericial da capacidade laborativa é destinada a responder aos quesitos estabelecidos, atendendo aos conceitos e aos critérios legais e padronizados neste Manual.

No critério de avaliação da capacidade laborativa, deve-se considerar os seguintes elementos: alterações mórbidas obtidas por meio da anamnese, exame físico, exames laboratoriais e, se necessário, pareceres de outros profissionais de saúde; histórico ocupacional, avaliação psicossocial e verificação de causalidade com a ocupação atual e passada (nexo causal) e outras julgadas assim como observância dos dispositivos legais.

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa - o que importa é a sua repercussão no desempenho das atividades.

Na avaliação da capacidade laborativa e suas consequências, como no caso da concessão ou não da licença médica para tratamento de saúde, assim como da sua suspensão, o médico perito deve levar em conta a relação entre a patologia apresentada e a incapacidade para o trabalho, considerando o aspecto socioeconômico do servidor, entre outros. Esse também foi o entendimento do Conselho Federal de

Medicina ao publicar a Resolução CFM 1.851, de 18 de agosto de 2008, que será apresentada ao longo deste Manual.

CAPÍTULO V
DA INCAPACIDADE LABORATIVA

Entende-se por incapacidade laborativa a impossibilidade de desempenho do servidor de atividades específicas ao seu cargo, função ou emprego, decorrentes das alterações patológicas consequentes aos agravos apresentados. Deverão ser sempre considerados, dentro do critério de avaliação da incapacidade, a possibilidade de agravamento da doença, bem como o risco de vida para a pessoa ou para terceiros, que a continuação do trabalho possa acarretar, sob determinadas condições em que ele é executado pelo servidor.

O conceito de incapacidade deve ser analisado quanto ao grau, à duração e à profissão ou à função desempenhada.

Quanto ao grau, a incapacidade laborativa pode ser parcial ou total:

a) considerar-se-á como parcial o grau de incapacidade que ainda permita (capacidade residual) o desempenho de atividade laboral, com restrições, porém sem risco de vida ou agravamento maior;

b) considerar-se-á incapacidade total a que gera a impossibilidade de desempenho de atividade laboral, não permitindo atingir a média de rendimento, alcançada em condições normais, pelos servidores do cargo, função ou emprego do examinado.

Quanto à duração, a incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente:

a) considera-se temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível ou não;

b) considera-se incapacidade permanente aquela insuscetível de alteração com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.

Quanto à profissão, a incapacidade laborativa pode ser:

a) uniprofissional: em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica;

b) multiprofissional: em que o impedimento abrange diversas atividades profissionais;

c) omniprofissional: implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa. Esse conceito tem caráter teórico, salvo e objetivo, exceto em situações transitórias.

CAPÍTULO VI
DA INVALIDEZ

Entende-se por invalidez a incapacidade laborativa total, permanente e omniprofissional, insuscetível de recuperação ou readaptação profissional, em consequência de doença ou acidente.

As conclusões da avaliação da incapacidade, com base em exame pericial, deverão ser as mais rápidas possíveis, de modo a permitir diagnósticos sindrômicos ou sintomáticos diante de incapacidade.

A incapacidade permanente ou invalidez acarreta a aposentaria, por tornar o servidor incapaz de prover a sua subsistência e/ou a realização das atividades da vida diária.

CAPÍTULO VII
DOS EXAMES PERICIAIS

A realização dos diversos exames médico-periciais dos servidores do Poder Executivo do Estado de Santa Catarina é de competência da Diretoria de Saúde do Servidor - DSAS, da Secretaria de Estado da Administração - SEA.

Os exames periciais deverão ser realizados nas unidades periciais mais próximas ao local em que reside o servidor.

A análise de qualquer solicitação de benefício terá que seguir obrigatoriamente a legislação vigente que norteia a sua concessão.

Nas avaliações médico-periciais deve-se observar:

1. Os laudos, relatórios ou quaisquer documentos relativos à situação de saúde/doença dos servidores deverão ser emitidos de forma clara e legível, bem como deverão conter a data de emissão, a assinatura com carimbo e CRM do médico-perito; e

2. Os campos dos documentos relativos à situação de saúde/doença do servidor deverão ser completamente preenchidos, com o maior número de informações relativas à situação do servidor.

Tal preenchimento é de competência e responsabilidade exclusivas do médico-perito. Os campos não utilizados deverão ser anulados.

Essas recomendações seguem legislação relativa à matéria do Conselho Federal de Medicina (leis, pareceres e resoluções), do Código de Ética Médica e do Código Penal.

3. Prontuários mal preenchidos impossibilitam investigações nos casos de erros e de omissões cometidos por profissionais de saúde.

Isso contribuiu para que a Comissão de Defesa do Consumidor aprovasse, em 3 de dezembro de 2008, o Projeto de Lei nº 3.310/08, do Deputado Cezar Silvestri (PPS/PR), que considera infração sanitária o preenchimento de receitas e prontuários médicos de forma ilegível ou que possa induzir a erro. A proposta modifica a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

4. A Resolução CFM nº 1.851 - DOU de 18 de agosto de 2008, alterou o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar: o diagnóstico; os resultados dos exames complementares; a conduta terapêutica; o prognóstico; as consequências à saúde do paciente; o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementará o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, licença para tratamento de saúde, readaptação; bem como registro de dados de maneira legível; identificando o emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO VIII
DO EXAME PERICIAL PARA ADMISSÃO

I - Conceito: exame médico-pericial realizado para todas as formas de admissão (nomeação, readmissão, aumento de carga horária e reversão) em se tratando de servidor púbico ocupante de cargo efetivo.

II - Objetivo: no exame médico-pericial do servidor efetivo, para fins de admissão, em todas as suas formas (nomeação, readmissão, aumento de carga horária e reversão), deverá ser feito um prognóstico de vida laboral, tendo como base os parâmetros técnicos corroborados pela experiência pericial e clínica, considerando-se que as doenças eventualmente diagnosticadas, incipientes ou compensadas, não venham a se agravar nem predispor as outras situações que provoquem permanência precária no trabalho, com licenciamentos frequentes e aposentadorias precoces. O candidato deve ser avaliado no seu aspecto geral, com enfoque nas exigências específicas do cargo a que se propõe.

O ingresso de candidato que apresenta necessidades especiais é regulado por lei específica (Anexo I), entretanto, devendo-se seguir a rotina do exame pericial para admissão, nos aspectos não relacionados às suas limitações. Por ocasião do exame admissional é obrigatório que o candidato à vaga de portador de necessidade especial apresente o “Laudo da Comissão Interdisciplinar” regularmente constituída com base na legislação específica, que estabelecerá o enquadramento técnico como efetivo portador, com base na legislação estadual e federal, cabendo finalmente à Gerência de Perícia Médica - GEPEM, da Secretaria de Estado da Administração - SEA, a definição da capacidade laborativa para a vaga já definida pela referida Comissão.

Para os servidores temporários e/ou comissionados, permanecem as regras determinadas pelo correspondente órgão previdenciários (INSS/MTe), devendo

para tal apresentar Atestado de Saúde Ocupacional (admissional) emitido por médico legalmente habilitado.

III - Legislação: a posse do servidor deverá obedecer ao que determina:

a) a Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 5º A admissão ao serviço estadual dependerá sempre de aprovação prévia em concurso público, exceto para o provimento de cargos em comissão.

Parágrafo único. O concurso objetiva selecionar candidatos através de avaliação de conhecimentos e qualificação profissionais, mediante provas ou provas e títulos, seguido de exame das condições de sanidade físico-mental, salvo quando se tratar de funcionário público em efetivo exercício, e verificação de desempenho das atividades do cargo, em estágio probatório.

Art. 10. A nomeação em caráter efetivo observará o número de vagas existentes, obedecerá à ordem de classificação e será feita para o cargo objeto de concurso, atendido o requisito de aprovação em exame de saúde (art. 5º, parágrafo único), ressalvados os casos de incapacidade física temporária.

§ 1º A inspeção de saúde será procedida pelo órgão médico oficial que concluirá pela aptidão ou não para o exercício do cargo público.

§ 2º A deficiência de capacidade física nos termos deste artigo, comprovadamente estacionária, não será considerada impedimento para a caracterização da capacidade psíquica e somática, desde que tal deficiência não impeça o desempenho normal das funções inerentes ao cargo.

Art. 14. A posse terá lugar no prazo de 30 (trinta) dias da data da publicação do ato de nomeação no Diário Oficial.

§ 1º A requerimento do interessado, o prazo para a posse poderá ser prorrogado por mais 30 (trinta) dias ou enquanto durar o impedimento, se estiver comprovadamente doente.

[...]

b) a Lei nº 6.844, de 29 de julho de 1986 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina):

Art. 23. Tem-se pôr empossado o membro do magistério após a assinatura do termo de compromisso, precedido de prova de capacidade física e mental para o exercício do magistério, realizada pôr órgão médico oficial.

Art. 25. A posse se dá no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação do ato de nomeação no Diário Oficial do Estado, quando também iniciar-se-á o exercício.

§ 1º A requerimento do interessado, dirigido à autoridade competente para dar posse, esse prazo pode ser prorrogado pôr até 30 (trinta) dias, ou, em caso de doença, pelo período que perdurar o impedimento.

[...]

c) a Lei nº 6.843, de 28 de julho de 1986 (Estatuto da Polícia Civil do Estado de Santa Catarina):

Art. 15. São requisitos para nomeação em cargo de provimento efetivo da Policia Civil:

[...]

V - gozar de boa saúde, comprovada pôr inspeção medica oficial;

Art. 20. A posse se dá no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da publicação do ato de nomeação pelo Diário Oficial do Estado.

§ 1º Este prazo pode ser prorrogado, no máximo por mais 30 (trinta) dias, pela autoridade competente para dar posse a requerimento do interessado ou, em caso de doença, enquanto durar o impedimento.

[...]

IV - Avaliação médico-pericial: constará de exame clínico e análise de exames complementares, solicitados de acordo com a atividade a ser exercida e com as normas vigentes por ocasião da admissão.

A relação desses exames, assim como os formulários utilizados, deverão ser atualizados periodicamente, tendo em vista a constante evolução técnico-científica.

Todo candidato deverá ter sua história mórbida pregressa devidamente pesquisada, ser submetido a exame físico completo e ter seus exames complementares obrigatórios avaliados criteriosamente.

Em qualquer dúvida, deverá o médico-perito subsidiar seu parecer com outros exames complementares e/ou pareceres especializados que achar necessário.

V - Exames complementares: os exames necessários para a posse do servidor efetivo estão relacionados no quadro a seguir, tendo eles validade de 60 (sessenta) dias (para exames laboratoriais, ECG e audiometria/laringoscopia) e 90 (noventa) dias para exames radiológicos.

GRADE I	Sangue: hemograma completo, glicemia, sorologia para Lues; Parcial de Urina; Raios-X de Tórax (PA+Perfil); Eletrocardiograma com laudo (acima de 35 anos de idade).
GRADE II	Raios-X dinâmico em flexo extensão de coluna lombo-sacra 2P; Raios-X de bacia panorâmico; Raios-X digital de ombro dominante com descrição de acrômio - 2P; Caderneta de vacinação (Tétano).
GRADE III	Audiometria.
GRADE IV	Audiometria; Laringoscopia indireta; Caderneta de vacinação (Rubéola); Raios-X digital de ombro dominante com descrição do acrômio 2P.
	Acuidade visual com e sem correção (tonometria, fundo de

GRADE V	olho, senso cromático). Deverá ser emitido laudo por oftalmologista.
GRADE VI	HCV; HBsAg e AntiHBsAg; Caderneta de Vacinação (Difteria, Tétano, Hepatite B, Rubéola).

CARGOS/COMPETÊNCIAS/EXIGÊNCIAS	**GRADE EXAMES**
Para todos os cargos.	Grade I
Exigência física: esforços físicos de membros superiores, inferiores e coluna vertebral (carregamento e levantamento de peso, capinagem e varrição contínua). Ex: artífices, auxiliares de serviços gerais, merendeiras, técnicos de enfermagem.	Grades I e II
Professores e auxiliares de sala.	Grades I e IV
Professores de Educação Física.	Grades I, II e IV
Contato direto e permanente e/ou manuseio com agentes biológicos: contato direto e permanente com materiais biológicos (fluídos orgânicos, secreções) e pacientes. Ex: médicos, enfermagem em geral, legistas, auxiliar de necropsia, bioquímicos e auxiliares, dentistas e auxiliares.	Grades I e VI
Operadores de máquinas pesadas: trator, retroescavadeira, rolo compressor, moto empilhadeira.	Grades I, II, III e V
Exigência visual: acuidade visual bilateral compatível com a função e com discriminação de cores: químico, aviador, eletricista, motorista, gráfico, laboratorista, datiloscopista, papiloscopista, médico oftalmologista e radiologista, odontólogo, agente de policia, escrivão de polícia, delegado de polícia, cargos/função pública que exija porte de arma.	Grades I e V
Obs. 1: a critério do médico perito, poderão ser solicitados outros exames. Obs. 2: não cabe ao órgão pericial diagnosticar doenças, compete ao candidato demonstrar sua higidez portanto, todos os exames além das grades, correrão por conta do candidato. Obs. 3: na formulação dos editais para concurso, as grades de exames e suas indicações deverão ser publicadas. Obs. 4: caso o órgão pretenda inserir outros exames e avaliações alem da grade de exames admissionais previstos, dever ser explicitado no edital de concurso que são dissociados do admissional. Obs. 5: quando solicitados exames e avaliações que não estejam contemplados na grade oficial, a	

apresentação dos mesmos ao perito, não ensejarão inaptidão.	

VI - Resultado da avaliação pericial: de acordo com o resultado da avaliação médico-pericial, o candidato poderá ser considerado apto, inapto ou com incapacidade temporária.

O laudo contendo o resultado da avaliação será expedido em 2 (duas) vias, devendo constar no mesmo as assinaturas e carimbos do perito examinador e perito revisor. O prontuário completo do exame admissional deverá ficar arquivado na Gerência de Perícia Médica - GEPEM, da Secretaria de Estado da Administração - SEA.

Quando “APTO”, a primeira via do laudo será entregue ao interessado.

Se o candidato for considerado “Inapto”, o laudo será encaminhado ao setorial de pessoal para conhecimento, podendo o interessado solicitar recurso. Nesse caso, a reavaliação do candidato será feita por Junta Médica.

Ao candidato que eventualmente apresentar “Incapacidade Temporária” por problemas passíveis de resolução, será concedido prazo para tratamento a critério do perito, conforme determinação estatutária. Nesses casos será enviado ofício comunicando o setorial e o servidor da necessidade de reavaliação após o tratamento, podendo o prazo ser prorrogado, conforme previsto no Estatuto.

Os laudos conclusivos de aptidão terão validade para fins de posse pelo período de 60 (sessenta) dias a partir da sua expedição.

VII - Operacionalização: após realização dos exames complementares, o candidato deverá solicitar ao setor de recursos humanos do órgão de origem da futura lotação, o agendamento na Gerência de Perícia Médica - GEPEM para realização do exame médico admissional, ocasião em que deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munido do documento de identidade e resultados dos exames complementares realizados. O agendamento do exame pericial para admissão deverá ser realizado somente após a publicação do ato de nomeação.

VIII - Considerações gerais: na avaliação ortopédica será considerado inapto o candidato que apresentar afecção congênita ou adquirida do sistema osteoarticular ou muscular, que incapacitem total ou parcialmente para as atividades do cargo pleiteado. As demais alterações osteomusculares devem ser avaliadas do ponto de vista da limitação funcional que acarretem, do prognóstico clínico e das funções inerentes ao cargo pleiteado.

Nos cargos que impliquem exigência de esforços físicos acentuados, levantamento e/ou transporte de pesos, recomenda-se a solicitação de exames complementares específicos para o tipo de tarefa a ser realizada.

Do ponto de vista cardiológico, não será admitido o portador de doenças cardíacas congênitas ou adquiridas com alterações hemodinâmicas significativas, mesmo que momentaneamente compensadas. As seguintes arritmias: bradicardia

sinusal, extrassistolia isolada (até 5pm), ritmo juncional ou auricular esquerdo, bloqueio de ramo direito do feixe de *Hiss*, Síndrome de *Wolff Parkinson White*, Bloqueio da Divisão Ântero-Superior - BDAS e hemibloqueio de ramo direito (BIRD), na ausência de sinais de cardiopatia (comprovada por dados clínicos, radiológicos e eletrocardiográficos), não serão consideradas incapacitantes para o ingresso na função pública. Essas mesmas arritmias acompanhadas de algum sinal de cardiopatia e as demais arritmias serão sempre analisadas em função da sua repercussão hemodinâmica e em face da cardiopatia que as origina.

O exame oftalmológico é indispensável para o ingresso em determinados cargos públicos, sendo necessário avaliar a acuidade visual (sem e com correção), o fundo de olho, a tonometria e o senso cromático.

A acuidade visual mínima pela escala de *Snellen* (Anexo II) não deverá ser inferior a 20/40 no olho de menor visão quando for indispensável à exigência de visão binocular e nunca inferior a 20/70 quando a visão monocular for suficiente, com ou sem correção de lentes.

A visão subnormal, cegueira e cegueira legal são impeditivas para o ingresso no serviço público, exceto para os candidatos a vagas destinadas a portadores de necessidades especiais, desde que haja compatibilidade com a função.

A Organização Mundial da Saúde - OMS classifica como visão subnormal àquela acuidade visual que no melhor olho, com a melhor correção possível, esteja entre 0,3 e 0,05, ou campo visual muito reduzido. Abaixo de 0,05 até percepção da luz ou com campo visual somente no ponto central da fixação, mesmo se a acuidade central não estiver comprometida, é considerada “cegueira legal”. Ausência absoluta de percepção da luz é a “cegueira absoluta”.

As oftalmopatias monoculares, congênitas ou adquiridas, que não interferirem na acuidade visual do olho normal, permite o ingresso em cargos que não exijam visão binocular.

O portador de nubéculas ou leucomas terá seu ingresso permitido, desde que tais alterações de córnea não interfiram na visão e não sejam produzidas por distrofias heredo-familiares.

Maculopatias serão permitidas desde que a visão não seja inferior a 20/40 no melhor olho e que o cargo não exija visão binocular.

Os transtornos de senso cromático contraindicam o ingresso para todos os cargos em que haja necessidade de diferenciar cores, por exemplo: guarda rodoviário, farmacêuticos, químicos, aviadores, eletricista, motorista, policial e demais atividades que impliquem em porte de arma.

Para o ingresso no cargo de investigador, delegado e escrivão de polícia, há necessidade de acuidade visual mínima de 20/40 pela escala de *Snellen* no pior dos olhos, sendo sempre indispensável à existência de visão binocular.

Linotipistas, gráficos e fotógrafos, deverão ter visão binocular e um mínimo 20/30 de acuidade visual pela escala de *Snellen*, com ou sem correção no pior dos olhos.

Laboratoristas, datiloscopistas, papiloscopistas, médicos oftalmologistas, radiologistas, odontólogos, deverão ter visão binocular e acuidade visual não inferior a 20/40, com ou sem correção, no pior dos olhos.

São consideradas impeditivas para o ingresso no serviço público, as deficiências auditivas em que se constate perda bilateral parcial ou total de 41 decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500, 1000, 2000 e 3000 Hz.

As disfonias e disacusias (Anexo V) - alterações que interferem diretamente no exercício de atividades que exijam a plenitude do uso da audição e voz - deverão ser avaliadas considerando os laudos de laringoscopia indireta e audiometria. Nas disfonias passíveis de tratamento, considerar-se-á a existência de incapacidade temporária até que se comprove a recuperação anatômica e funcional das cordas vocais.

Neoplasias malignas na vigência de tratamento quimioterápico, radioterápico ou imunossupressor, serão impeditivas para o ingresso, considerando-se ainda o estadiamento clínico, prognóstico, recidiva da doença, metástase e sequelas do tratamento.

Sintomas e sinais de doenças mentais deverão ser observados no candidato a ingresso, além de antecedentes de tratamento ou internação psiquiátrica. Na ocorrência desses antecedentes e/ou indícios de internação psiquiátrica, a aptidão vai depender da avaliação especializada da situação atual, das sequelas existentes e do grau de complexidade da função que irá exercer.

A existência de quadro neurológico de caráter evolutivo ou mesmo estabilizado, mas com graves sequelas, é impeditivo para o ingresso.

Na referência de antecedente de crises convulsivas, recomenda-se necessidade de parecer neurológico, estando a aptidão diretamente relacionada com a complexidade e risco do cargo pleiteado.

As doenças alérgicas em geral não são impedimento para admissão a não ser quando houver alguma complicação, intercorrência ou associação com outra entidade mórbida.

O candidato diabético será considerado apto quando em tratamento clínico e compensação metabólica, desde que não apresente alterações oftalmológicas, vasculares e neurológicas. As disfunções tireoideanas compensadas permitem o ingresso.

O candidato HIV reagente, assintomático, é considerado apto para ingresso, porém aquele que já apresentar repercussões clínicas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida -AIDS, deverá ter sua capacidade laborativa avaliada de acordo os critérios internacionalmente aceitos (Anexo III).

Quadros de tuberculose ativa deverão ser tratados e reavaliados após o tratamento, sendo considerados aptos àqueles que não apresentarem sequelas incapacitantes originadas desta doença.

O candidato com diagnóstico de Hanseníase será avaliado quanto a sua situação clínica atual, forma da doença e tratamento, sendo que o prognóstico e as sequelas decorrentes, nortearão a concessão ou não da aptidão.

Quadros comprovados de hepatopatias crônicas com insuficiência hepática são impeditivos para o ingresso.

Outras situações detectadas no exame médico pericial para fins de ingresso, deverão ser avaliadas, de acordo com o conhecimento clínico pericial do examinador, subsidiado de exames complementares e pareceres especializados. Ainda persistindo dúvidas quanto à situação avaliada, deverá o perito examinador solicitar composição de junta médica para reavaliação e parecer conclusivo.

CAPÍTULO IX
DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

I - Conceito: licença solicitada para o servidor que, por motivo de doença comprovada, esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções. Para concessão da licença é indispensável o exame médico-pericial, que determinará o prazo da mesma.

II - Objetivo: o servidor tem direito à licença médica para tratamento quando um problema de saúde o impedir de exercer suas atividades no trabalho, devendo este, ser objeto de exame pericial a ser realizado pela Gerência de Perícia Médica - GEPEM. Não serão objeto de avaliação as licenças de até 3 (três) dias/mês, as quais deverão ser abonadas pela chefia imediata.

Os servidores com contrato temporário ou comissionado terão apenas seus primeiros 15 (quinze) dias de afastamento avaliados pela Gerência de Perícia Médica - GEPEM, e na necessidade da prorrogação deste, tal benefício deverá ser avaliado pelo órgão previdenciário competente (INSS). Em caso de novo benefício, pela mesma situação clínica, no prazo de até 60 (sessenta) dias a contar do último dia de afastamento, o servidor deverá solicitar prorrogação do benefício ao INSS. Em se tratando de outra patologia, o servidor será avaliado pela Gerência de Perícia Médica como se fosse uma licença inicial, independente do período decorrido desde o término na licença anterior (regulamentado pela Instrução Normativa 010/2004/DIRH/DAPS/SEA - Anexo IV). O disposto no art. 10 da Lei Complementar nº 456/09 somente se aplica ao servidor que já tenha se afastado pelo período de 3 (três) dias/mês, independente da patologia.

III - Legislação: a licença para tratamento de saúde tem por base legal:

a) a Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008 (IPREV).

Art. 60. .....

I - a licença para tratamento de saúde será concedida por até 2 (dois) anos, podendo ser prorrogada uma única vez por igual período, mediante manifestação de perícia médica oficial;

II - expirado o período máximo de licença e não estando em condições de reassumir o cargo ou de ser readaptado, o segurado considerado inválido para o serviço público em geral será aposentado por invalidez; e

III - o período compreendido entre o término da licença para tratamento de saúde e a publicação do ato de aposentadoria por invalidez será considerado como de prorrogação da licença.

b) a Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 65. O funcionário portador de doença transmissível poderá ser compulsoriamente licenciado, enquanto durar essa condição, a juízo do órgão sanitário.

Art. 66. A licença para tratamento de saúde será concedida por iniciativa da Administração Pública ou a pedido do funcionário ou de seu representante.

§ 1º Incumbe a Chefia imediata promover a apresentação do funcionário à inspeção médica.

§ 2º O funcionário licenciado não poderá recusar a inspeção médica, sob pena de suspensão da licença.

Art. 67. A inspeção médica será feita por intermédio de órgão médico oficial e, subsidiariamente, por outros especialistas.

§ 1º Será admitido laudo de médico ou especialista não credenciado, mediante a homologação do órgão médico oficial.

§ 2º Não sendo homologado o laudo, na forma deste artigo, o período de ausência ao trabalho será considerado como de licença para tratamento de interesses particulares, sem prejuízo das investigações necessárias, inclusive quanto à responsabilidade do médico atestante.

Art. 68. Fica impedido o funcionário licenciado para tratamento de saúde de exercer atividades remuneradas, sob pena de cassação da licença.

c) a Lei nº 6.844, de 29 de julho de 1986 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina):

Art. 101. A licença é concedida pelo prazo indicado no laudo ou atestado médico oficial.

Art. 102. O tempo necessário à inspeção é considerado como de licença para tratamento de saúde.

Art. 105. O membro do magistério não pode permanecer em licença para tratamento de saúde por prazo superior a 24 (vinte e quatro) meses, quando será, ao critério de Junta Médica Oficial, readaptado ou aposentado.

Parágrafo único. A licença concedida dentro de 60 (sessenta) dias contados do término da anterior, é considerada como prorrogação para fins deste artigo.

Art. 106. No processamento das licenças para o tratamento de saúde, deve ser observado rigoroso sigilo sobre os laudos e atestados médicos emitidos.

Art. 107. No caso de licença para tratamento de saúde, o membro do magistério se abstém de atividades remuneradas sob pena de interrupção da licença, com perda total do vencimento ou remuneração, até que reassuma o cargo.

Parágrafo único. Os dias correspondentes à perda de vencimento ou remuneração de que trata este artigo, são considerados como de licença sem vencimentos.

Art. 108. A inspeção médica não pode ser recusada, sob pena de suspensão de pagamento do vencimento ou remuneração, até que se realize a referida inspeção.

Art. 109. No curso da licença, pode o membro do magistério requerer inspeção médica, caso se julgue em condições de reassumir o exercício ou com direito a aposentadoria por tempo de serviço.

Art. 110. É integral o vencimento ou remuneração do membro do magistério licenciado para tratamento de saúde.

Art. 111. Poderá ser aceito laudo de médico e especialistas não credenciados, mediante homologação do órgão médico oficial, caso o membro do magistério esteja ausente do Estado.

d) a Lei nº 6.843, de 28 de julho de 1986 (Estatuto da Polícia Civil do Estado de Santa Catarina):

Art. 106. A licença é concedida pelo prazo indicado no laudo ou atestado da Junta Médica Oficial.

Art. 107. O tempo necessário à inspeção é considerado de licença.

Art. 109. A inspeção é feita por médicos funcionários do Estado ou por aqueles aos quais forem transferidas ou delegadas as respectivas atribuições.

§ 1º Caso o policial civil esteja ausente do Estado, pode ser admitido laudo médico particular.

§ 2º Na hipótese do parágrafo anterior, ou laudo só produzirá efeito após homologação pela Junta Médica Oficial.

§ 3º Quando não for homologado o laudo, o policial civil é obrigado a reassumir o exercício do cargo, sendo considerado como de licença sem vencimentos os dias em que deixou de comparecer ao serviço por haver alegado doença.

Art. 110. Terminada a licença, o policial civil deve assumir a exercício, salvo nos casos de prorrogação "ex-officio" ou a pedido, ou de aposentadoria.

Art. 111. O pedido de prorrogação é apresentado antes do fim do prazo de licença; se indeferido, conta-se como de licença sem vencimentos o período compreendido entre a data do seu término e a do conhecimento oficial do despacho denegatório.

Art. 112. A licença superior a 3 (três) dias depende de inspeção realizada por Junta Médica Oficial.

Art. 114. Em caso de doença grave, contagiosa ou não, e que imponha cuidados permanentes, pode a Junta Médica Oficial considerando irrecuperável o doente, determinar a imediata aposentadoria.

Parágrafo único. Na hipótese de que trata este artigo, a inspeção é feita por Junta, de pelo menos 3 (três) médicos.

Art. 115. No processamento das licenças para tratamento de saúde, é observado o sigilo sobre os laudos e atestados médicos.

Art. 116. No caso de licença para tratamento de saúde, o policial civil se abstém de atividades remuneradas sob pena de interrupção da licença, com perda total da remuneração até que reassuma o cargo.

Parágrafo único. Os dias correspondentes à perda da remuneração de que trata este artigo são considerados como licença sem vencimentos.

Art. 117. O policial civil não pode se recusar à inspeção médica, sob pena de ter suspenso o pagamento dos vencimentos até que se realize a referida inspeção.

Art. 118. Considerado apto em inspeção médica, o policial civil reassume o exercício, sob pena de serem considerados como faltas os dias de ausência.

Art. 119. No curso de licença pode o policial civil requerer inspeção médica, caso se julgue em condições de reassumir o exercício ou com direito a aposentadoria por tempo de serviço.

Art. 120. É integral a remuneração do policial civil licenciado para tratamento de saúde.

Parágrafo único. Nos casos de acidentes de trabalho e de doença profissional, além da remuneração, correm por conta do Estado as despesas de tratamento médico e hospitalar, realizados sempre que possível, em estabelecimento estadual de assistência médica.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão da licença é indispensável o exame médico pericial, que determinará o prazo da mesma; visto que a incapacidade não decorre apenas da doença diagnosticada, mas sim da situação clínica no momento do exame e sua relação com a natureza do serviço exercido pelo servidor.

Uma das condições para concessão da licença e/ou sua prorrogação é a apresentação de comprovante de tratamento realizado ou em seguimento.

Poderá ser concedida licença para tratamento de saúde em caráter preventivo, em situações especiais em que as condições do trabalho realizado atuem como agravante da enfermidade ou como fator de risco para o servidor ou para terceiros.

Poderá ser concedida licença para tratamento de saúde retroativa desde que existam critérios técnicos para justificá-la. A licença será negada nos casos injustificados.

A licença para tratamento de saúde poderá ser concedida por iniciativa da administração pública (*ex oficio*), a pedido do servidor ou de seu representante legal.

A licença poderá ser interrompida em procedimento *ex-ofício* ou a pedido do servidor, se considerado apto para retorno ao trabalho após reavaliação pericial.

Conforme decisão do Conselho Federal de Medicina e Psicologia, os atestados fornecidos por psicólogos somente serão aceitos para os primeiros 15 (quinze) dias de afastamento.

IV - Operacionalização: de posse do(s) atestado(s) de saúde, com prazo superior a 3 (três) dias/mês, o servidor deverá solicitar à chefia imediata, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas úteis a partir da data de início do afastamento, agendamento para avaliação médica pericial na Gerência de Perícia Médica, onde deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munido do atestado de saúde, documento de identidade, ficha de afastamento (emitida pelo órgão de origem e assinada pela chefia imediata) e exames complementares (quando houver) que justifiquem sua incapacidade laborativa.

Para os servidores lotados na Secretaria de Estado da Saúde - SES o prazo acima referenciado será de 5 (cinco) dias, nos termos do art. 26 da Lei nº 323, de 2 de março de 2006, obedecendo ainda os seguintes critérios:

- se em exercício nas escalas de 6 (seis) horas diárias ou 4 (quatro) horas diárias, até 4 (quatro) dias de faltas no mês, mediante a apresentação de atestado de saúde ao Sistema de Gestão de Recursos Humanos da unidade, sendo que acima deste período deverá ser avaliado pelo órgão médico oficial;
- se em exercício na escala de 12 (doze) horas, caso o período do atestado de saúde atingir até 2 (dois) períodos de escala no mês, deverá o servidor encaminhar o referido atestado ao órgão do Sistema de Gestão de Recursos Humanos, sendo que superior a este período o servidor deverá ser avaliado pelo órgão médico oficial.

Em casos de extrema impossibilidade (cirurgias, internações, etc.), tal prazo poderá ser desconsiderado, bem como a autorização da realização do exame pericial por terceiros, com base em documentação médica robusta, a critério do supervisor médico ou gerente de perícia médica, de acordo com situação clínica.

A chefia imediata deverá, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas do recebimento do atestado de saúde, providenciar agendamento da avaliação médica pericial e comunicar ao servidor para comparecimento. O agendamento somente será efetuado fora do prazo das primeiras 48 (quarenta e oito) horas, desde que exista justificativa técnica efetuada pela chefia imediata e servidor e autorização do Supervisor Médico ou Gerente de Perícia Médica, após análise da referida justificativa, sem o qual, tal período de afastamento deverá ter resolução administrativa.

Na eventualidade da falta ao exame pericial, este somente será reagendado, por autorização do Supervisor Médico ou Gerente de Perícia Médica, mediante justificativa técnica, efetuado dentro do prazo de 48 horas da data do agendamento inicial, com as devidas comprovações técnicas que impossibilitaram o referido comparecimento, sem o qual, tal período de afastamento, deverá ter resolução administrativa.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, o servidor recebe diretamente do médico perito que realizou o seu exame, o Comunicado do Resultado do Exame Médico - CREM, contendo o número de dias concedidos, ou não, bem como o indicativo de alta pericial (ao término da referida licença) ou a necessidade de reagendamento, quando houver indicação clínica. Esse documento deverá ser entregue à chefia imediata. Nos casos de reagendamento, o perito

determinará a necessidade da apresentação de nova documentação médica, sem que este ato implique necessidade de novo atestado emitido pelo médico assistente.

No caso do servidor não concordar com o resultado deste exame, cabe pedido de reconsideração, que deverá ser solicitado por escrito ao supervisor médico ou gerente de perícia médica, dentro das próximas 48 (quarenta e oito) horas úteis.

Os pedidos de reconsideração poderão gerar indeferimentos ou agendamento para nova avaliação pericial com outro perito ou Junta Médica, ficando sob responsabilidade do servidor, a ausência laborativa gerada enquanto aguarda reavaliação pericial, no caso de confirmado o indeferimento da licença.

VI - Considerações gerais: o servidor com lesão osteoarticular e que se encontra com algum tipo de imobilização, deverá apresentar além do atestado médico comprobatório do tratamento, os exames complementares que tenha realizado.

A licença motivada por doença psiquiátrica deverá ser avaliada mediante a apresentação de atestado do médico psiquiatra e comprovação do tratamento, com base no previsto pelo Conselho Federal de Medicina. Nas licenças prolongadas ou repetidas, sugere-se parecer com perito psiquiatra, sempre que este esteja acessível ao serviço de perícia médica.

A avaliação da capacidade funcional do coração, segundo *New York Heart Association* - NYHA permite a distribuição das cardiopatias em Classes ou Graus assim descritos:

- Classe I: pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispnéia nem angina de peito;
- Classe II: pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito;
- Classe III: pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Eles se sentem bem em repouso, porém pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito;
- Classe IV: pacientes com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito, existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

Nas Classes I e II cabe licença para tratamento de saúde e/ou readaptação, devendo sempre ser avaliado com relação à atividade laborativa do servidor.

No caso de cirurgia deve-se considerar: a doença que motivou a mesma, a técnica empregada, a possibilidade de complicações e a atividade exercida pelo servidor.

Na doença infectocontagiosa a licença será concedida na fase aguda, quando houver risco de contágio ou necessidade de recuperação da capacidade laborativa do servidor.

Na doença crônica com períodos de remissão, a licença será concedida somente em fase de reagudização.

Quando uma doença alérgica se agudiza, agrava ou complica pode gerar afastamentos. Para o paciente que evolui bem com o tratamento e se mantém sob controle, a princípio não existe impedimento para o retorno às suas atividades.

As licenças concedidas em ameaça de abortamento, gestação de risco e outras situações clínicas agravantes da gestação, devem ser em geral de curta ou média duração podendo ser repetida quantas vezes se fizer necessário.

Outras afecções com solicitação de afastamento deverão ser avaliadas pelo perito examinador com base no exame clínico e exames complementares, relacionando a limitação apresentada com a atividade exercida pelo servidor. Em caso de dúvida deverá recorrer à avaliação especializada e nos casos mais complexos, o perito poderá sugerir composição de Junta Médica.

Afastamentos recorrentes, pela mesma patologia, com intervalo de tempo trabalhado menor que 60 (sessenta) dias, serão considerados prorrogação da licença anterior para fins de contagem de tempo de afastamento.

VII - Perícia em trânsito: na eventualidade do servidor encontrar-se em tratamento médico fora do seu local de lotação, poderá ser realizada perícia em trânsito, que ocorrerá na unidade pericial mais próxima (no caso do mesmo encontrar-se em outra cidade do Estado de Santa Catarina) ou em outra junta médica oficial (quando o servidor encontrar-se fora do Estado de Santa Catarina). A liberação desses procedimentos deverá necessariamente conter a autorização por escrito do supervisor médico ou gerente de perícia médica. No caso de avaliação fora do Estado, a solicitação do servidor deverá ser primeiramente encaminhada à Gerência de Perícia Médica, que providenciará documento oficial solicitando que outra junta médica oficial proceda à avaliação pericial do servidor, cabendo a este referido órgão a emissão de documento informando o número de dias concedidos (ou não) após a conclusão do exame pericial. De igual maneira, a Gerência de Perícia Médica poderá efetuar a realização de exame pericial de servidores públicos lotados em outros estados da União, desde que este procedimento seja documentado e oficialmente solicitado pelo respectivo serviço de perícia médica daquele órgão.

VIII - Períodos médios de afastamento nas licenças iniciais (afecções de maior prevalência): o quadro a seguir faz referência à sugestão ao período médio de dias a ser concedido nas patologias de maior prevalência no serviço pericial.

CID - 10	**DISCRIMINAÇÃO**	**LICENÇA INICIAL**
A-09	Gastroenterite	até 5 dias
A-16	Tuberculose	até 60 dias
A-30	Hanseníase	até 60 dias
A-37	Coqueluche	até 15 dias
A-46	Erisipela	até 15 dias
B-01	Varicela	até 10 dias

B-02	Herpes *Zoster*	até 15 dias
B-15	Hepatite viral aguda (Tipo A)	até 30 dias
B-16	Hepatite viral aguda (Tipo B)	até 45 dias
B-17.1	Hepatite viral aguda (Tipo C)	até 30 dias
B-18	Hepatite viral crônica (não especificada) agudizada	até 30 dias
B-20	HIV - resultando em doenças infecciosas e parasitárias	até 90 dias
B-23	HIV - resultando em outras doenças	até 90 dias
B-24	HIV - não especificada	até 90 dias
C-39	Neoplasia maligna aparelho respiratório	até 90 dias
C-41	Neoplasia maligna ossos e cartilagem articular	até 90 dias
C-43	Melanoma maligno da pele	até 60 dias
C-44	Neoplasias malignas *in situ* da pele	até 15 dias
C-50	Neoplasia maligna da mama	até 90 dias
C-55	Neoplasia maligna do útero	até 90 dias
C-61	Neoplasia maligna da próstata	até 90 dias
C-67	Neoplasia maligna da bexiga	até 90 dias
C-73	Neoplasia maligna da tireóide	até 90 dias
C-81	Linfoma de *Hodgkin*	até 90 dias
C-83	Linfoma de não-*Hodgkin*	até 90 dias
C-92	Leucemia mielóide	até 90 dias
D-(10 a 36)	Neoplasias benignas (pós-cirurgia)	até 30 dias
D-(00 a 09)	Neoplasias *in situ* (pós-cirurgia)	até 60 dias
D-50	Anemia ferropriva	até 30 dias
D-(60 a 64)	Anemias hemolíticas	até 30 dias
D-69	Púrpuras	até 30 dias
E-(02 a 03)	Hipotireoidismo	até 30 dias
E-06	Tireoidite	até 30 dias
E-05	Tireo toxicose (hipertireoidismo)	até 30 dias
E-07	Outros transtornos da tireóide	até 30 dias
E-10	Diabetes insulino-dependente	até 30 dias
E-11	Diabetes não insulino-dependente	até 30 dias
E-14	Diabetes não especificado	até 30 dias
E-(40 a 46)	Desnutrição protéica-calórica	até 30 dias
E-(50 a 64)	Outras deficiências nutricionais	até 30 dias
F-10	Transtornos mentais/comportamentais devidos ao álcool	até 30 dias
F-11	Transtornos mentais/comportamentais devidos a opiáceos	até 30 dias
F-12	Transtornos mentais/comportamentais devidos a canabinóides	até 30 dias
F-13	Transtornos mentais/comportamentais devidos a sedativos	até 30 dias
F-14	Transtornos mentais/comportamentais devidos à cocaína	até 30 dias
F-15	Transtornos mentais/comportamentais	até 30 dias

	devidos a outros estimulantes	
F-19	Transtornos mentais/comportamentais múltiplas devidos a drogas e outras	até 30 dias
F-20	Esquizofrenia	até 60 dias
F-21	Transtorno esquizotípico	até 60 dias
F-22	Transtornos delirantes persistentes	até 60 dias
F-29	Psicose não-orgânica não especificada	até 60 dias
F-31	Transtorno afetivo bipolar	até 60 dias
F-32.0	Episódios depressivos leves	até 10 dias
F-32.1	Episódios depressivos moderados	até 30 dias
F-32.2	Episódios depressivos graves	até 60 dias
F-33	Transtorno depressivo recorrente	até 60 dias
F-34	Transtornos do humor (afetivos) persistentes	até 10 dias
F-40	Transtornos fóbico-ansiosos	até 30 dias
F-41	Outros transtornos ansiosos	até 30 dias
F-41.0	Transtorno de pânico	até 30 dias
F-41.2	Transtorno misto ansioso-depressivo	até 20 dias
F-43.0	Reação aguda ao *stress*	até 15 dias
F-43.2	Transtorno de adaptação	até 15 dias
F-43.8	Outras reações ao *stress* grave	até 30 dias
F-44	Transtornos dissociativos (conversão)	até 15 dias
F-50.0	Anorexia nervosa	até 30 dias
G-00.1	Meningite bacteriana	até 60 dias
G-00.2	Meningite viral	até 30 dias
G-09	Sequelas de doenças inflamatórias do SNC	até 60 dias
G-11.1	Ataxia cerebelar	até 90 dias
G-11.4	Paraplegia espástica hereditária	até 90 dias
G-20	Doença de *Parkinson*	até 60 dias
G-30	Doenças degenerativas do SNC	até 90 dias
G-32	Doenças degenerativas do SNC	até 90 dias
G-35	Esclerose múltipla	até 90 dias
G-37	Outras doenças desmielinizantes do SNC	até 90 dias
G-40	Epilepsias	até 60 dias
G-40.9	Epilepsia não especificada (crise)	até 15 dias
G-43.2	Enxaqueca	até 3 dias
G-44	Outras síndromes de algias cefálicas	até 7 dias
G-45	Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios	até 30 dias
G-51.0	Paralisia facial (*Bell*)	até 30 dias
G-52	Transtornos de outros nervos cranianos	até 30 dias
G-61.0	Polineuropatia inflamatório (*Guillain-Barré*)	até 90 dias
G-64	Outros transtornos do Sistema Nervoso Periférico	até 60 dias
G-81	Hemiplegia	até 60 dias
G-82	Paraplegia e tetraplegia	até 90 dias

G-83	Outras síndromes paralíticas	até 60 dias
G-93	Outros transtornos do encéfalo	até 60 dias
G-96	Outros transtornos do SNC	até 60 dias
H-9	Surdez por transtorno de condução e/ou neurossensorial	até 30 dias
H-10	Conjuntivites	até 05 dias
H-11.0	Pterígio (pós-cirurgia)	até 15 dias
H-16	Ceratite	até 30 dias
H-25	Catarata Senil (pós-cirurgia)	até 30 dias
H-33	Descolamentos e defeitos da retina	até 30 dias
H-54	Cegueira e visão sub-normal	até 60 dias
H-40	Glaucoma	até 15 dias
H-65	Otite média não-supurativa	até 10 dias
H-66	Otite média supurativa e as não especificadas	até 15 dias
H-81.1	Vertigem paroxística benigna	até 7 dias
H-81.0	Doença de *Meniere*	até 30 dias
H-81.2	Neurite vestibular	até 30 dias
H-82	Síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte	até 15 dias
H-83	Outros transtornos do ouvido interno	até 15 dias
I-00	Febre reumática sem comprometimento cardíaco	até 30 dias
I-01.0 a 01.9	Febre reumática com comprometimento cardíaco	até 60 dias
I-10	Hipertensão arterial essencial	até 30 dias
I-11 a 15	Hipertensão secundária (doenças cardíacas, renal ou mista)	até 60 dias
I-20 a 25	Doenças isquêmicas do coração (pós-cirurgia)	até 90 dias
I-20	Angina *pectoris*	até 30 dias
I-21	Infarto agudo do miocárdio	até 90 dias
I-25	Doença isquêmica crônica do coração	até 60 dias
I-26	Embolia pulmonar	até 45 dias
I-30	Pericardite aguda	até 60 dias
I-33	Endocardite aguda	até 60 dias
I-40	Miocardite aguda	até 60 dias
I-42 a 43	Cardiomiopatias dilatadas	até 60 dias
I-47	Taquicardia paroxística	até 30 dias
I-48	Flutter e Fibrilação Atrial	até 30 dias
I-49	Outras arritmias cardíacas	até 30 dias
I-50	Insuficiência cardíaca	até 60 dias
I-69	Hemorragia subaracnóidea	até 90 dias
I-61	Hemorragia intracerebral	até 90 dias
I-63	Infarto cerebral	até 90 dias
I-64	AVC não especificado como hemorrágico ou isquêmico	até 90 dias
I-69	Sequelas de doenças cérebro vasculares	até 30 dias
I-70	Aterosclerose	até 60 dias
I-71	Aneurisma e dessecção da aorta	até 30 dias

I-80	Flebite e tromboflebite	até 30 dias
I-83	Varizes dos MMII (pós-cirurgia)	até 30 dias
I-86	Varizes de outras localizações	até 20 dias
I-87	Outros transtornos das veias	até 30 dias
J-00	Nasofaringite aguda	até 3 dias
J-01	Sinusite aguda	até 7 dias
J-02	Faringite aguda	até 3 dias
J-03	Amigdalite aguda	até 5 dias
J-04	Laringite aguda e traqueíte aguda	até 3 dias
J-06	Infecções agudas das vias aéreas superiores localizações múltiplas	até 7 dias
J-10	*Influenza* devido a vírus influenza (gripe)	até 5 dias
J-11	Gripe (*Influenza*) não especificada	até 5 dias
J-12	Pneumonia viral não classificações em outra parte	até 10 dias
J-15.9	Pneumonia bacteriana não específica	até 15 dias
J-18.9	Pneumonia não especificada	até 10 dias
J-20.9	Bronquite aguda não especificada	até 10 dias
J-22	Infecções agudas das vias aéreas inferiores não especificadas	até 7 dias
J-31	Rinite, nasofaringite e faringite crônica	até 5 dias
J-32	Sinusite crônica	até 7 dias
J-34.2	Desvio septo nasal (pós-cirurgia)	até 15 dias
J-34.3	Hipertrofia das amígdalas (pós-cirurgia)	até 15 dias
J-34.3	Hipertrofia das adenóides (pós-cirurgia)	até 15 dias
J-37	Laringite e laringotraqueíde crônicas	até 15 dias
J-38	Doenças das cordas vocais e laringite não classificadas	até 15 dias
J-42	Bronquite crônica	até 30 dias
J-43	Enfizema pulmonar	até 30 dias
J-44	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	até 30 dias
J-45	Asma	até 15 dias
K-05	Gengivite e doenças periodontais	até 5 dias
K-12	Estomatite e lesões correlatas	até 5 dias
K-21	Doença do refluxo gastresofagiano (pós-cirurgia)	até 30 dias
K-25	Úlcera gástrica	até 15 dias
K-26	Úlcera duodenal	até 15 dias
K-27	Úlcera péptica de local não especificado	até 15 dias
K-29	Gastrite e duodenite	até 10 dias
K-31	Doenças do estômago e duodeno não especificada	até 15 dias
K-35	Apendicite aguda (pós-cirurgia)	até 30 dias
K-40 a 46	Hérnias (pós-cirurgia)	até 30 dias
K-50	Doença de *Crohn* (enterite regional)	até 15 dias
K-51	Colite ulcerativa (RCUC)	até 30 dias
K-52	Outras gastroenterites e colites não	até 5 dias

	infecciosas	
K-57	Doença diverticular do intestino	até 15 dias
K-60	Fissura e fístula das regiões anal-retal (pós-cirurgia)	até 30 dias
K-65	Peritonite	até 30 dias
K-70.3	Cirrose hepática alcoólica	até 30 dias
K-74.6	Outras formas de cirrose hepática e as não especificadas	até 30 dias
K-73	Hepatite crônica não classificada em outra parte - agudizada	até 30 dias
K-80.0	Colelitíase c/colecistite (pós-cirurgia)	até 30 dias
K-81	Colecistite	até 15 dias
K-85	Pancreatite aguda	até 30 dias
K-92.0.1.2	Hemorragia gastrointestinal	até 30 dias
L-02	Abcesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo	até 7 dias
L-03	Celulite	até 7 dias
L-04	Linfadenite aguda	até 5 dias
L-05	Cisto pilonidal (pós-cirurgia)	até 15 dias
L-08.9	Infecção localizada da pele e subcutânea não especificadas	até 7 dias
L-20	Dermatite atópica	até 5 dias
L-21	Dermatite seborréica	até 5 dias
L-23	Dermatite alérgica de contato	até 7 dias
L-24	Dermatite de contato por irritantes	até 7 dias
L-25	Dermatite de contato não especificada	até 7 dias
L-40	Psoríase	até 10 dias
L-50	Urticária	até 5 dias
L-60.0	Unha encravada (pós-cirurgia)	até 5 dias
L-60.8	Outras afecções das unhas	até 7 dias
L-60.09	Afecções das unhas não especificadas	até 7 dias
L-93	*Lupus* eritematoso sistêmico	até 60 dias
L-98	Outras afecções pele e subcutâneo não classificadas	até 30 dias
L-98.4	Úlcera crônica da pele não classificadas	até 30 dias
M-00	Artrite piogênica	até 30 dias
M-05	Artrite reumatóide soro positiva	até 30 dias
M-06	Outras artrites reumatóides	até 30 dias
M-10	Gota (artrite gotosa)	até 15 dias
M-13	Outras artrites	até 30 dias
M-15	Poliartrose	até 30 dias
M-16	Coxartrose (artrose do quadril)	até 30 dias
M-17	Gonartrose (artrose do joelho)	até 30 dias
M-19	Outras artroses	até 30 dias
M-23	Transtornos internos dos joelhos	até 30 dias
M-25	Outros transtornos articulares	até 15 dias
M-25.0	Dor articular	até 10 dias
M-32	*Lupus* eritenatoso disseminado	até 60 dias
M-40	Cifose e lordose c/dorsolombalgia	até 10 dias
M-41	Escoliose	até 10 dias

M-45	Espondilite ancilosante	até 60 dias
M-50	Transtornos dos discos cervicais	até 30 dias
M-51	Outros transtornos dos discos intervertebrais	até 30 dias
M-51.0	Transtornos de discos lombares e outros c/miopatia	até 60 dias
M-51.1	Transtornos de discos lombares e outros c/radiculopatia	até 60 dias
M-53	Outras dorsopatias	até 15 dias
M-53.1	Síndrome cérvico braquial	até 10 dias
M-53.2	Instabilidades da coluna vertebral	até 15 dias
M-54	Dorsalgias	até 10 dias
M54.1	Radiculopatia	até 30 dias
M-54.2	Cervicalgia	até 10 dias
M-54.3	Ciática	até 10 dias
M-54.4	Lumbago c/ciática	até 10 dias
M-54.5	Dor lombar baixa/lumbago	até 10 dias
M-54.8	Outra dorsalgia	até 7 dias
M-54.9	Dorsalgia não especificada	até 10 dias
M-65.8	Sinovite e tenossinovite	até 15 dias
M-65.9	Sinovite e tenossinovite não especificada	até 15 dias
M-67	Outros transtornos das sinóvias e tendões	até 15 dias
M-70	Transtornos dos tecidos moles relacionados com uso excessivo	até 15 dias
M-70.3	Outras bursites do cotovelo	até 15 dias
M-70.5	Outras bursites do joelho	até 15 dias
M-70.6	Bursite/tendinite trocantérica	até 20 dias
M-71	Outras bursopatias	até 15 dias
M-71.3	Outros cistos da bolsa sinovial (pós-cirurgia)	até 10 dias
M-75	Capsulite adessiva do ombro	até 30 dias
M-75.1	Síndrome do manguito rotador	até 30 dias
M-75.2	Tendinite biciptal	até 30 dias
M-75.5	Bursite do ombro	até 30 dias
M-76	Entesopatias dos MMII excluindo o pé	até 30 dias
M-76.6	Tendinite/bursite aquileana	até 30 dias
M-77.0	Epicondilite medial e lateral	até 30 dias
M-77.3	Esporão do calcâneo	até 30 dias
M-79.0	Reumatismo não especificado	até 15 dias
M-79.1	Mialgia	até 10 dias
M-79.2	Neuralgia e neurite não especificada	até 15 dias
M-79.6	Dor em membro	até 7 dias
M-80	Osteoporose com fratura patológica	até 60 dias
M-81	Osteoporose sem fratura patológica	até 10 dias
M-86	Osteomielites	até 60 dias
M-88	Doenças de *Paget* (osteíte deformante)	até 60 dias
N-02.9	Hematúria recidivante e rersistente não especificada	até 5 dias

N-02.0	Hematúria recidivante lesões mínimas	até 7dias
N02.1 a N02.8	Hematúria recidivante (glomérulo-nefrites)	até 30 dias
N-10	Nefrite túbulo-intersticial aguda (pielonefrite)	até 15 dias
N-16	Nefrite túbulo-intersticial em doenças classificadas em outra parte	até 30 dias
N-17	Insuficiência renal aguda	até 30 dias
N-18	Insuficiência renal crônica	até 30 dias
N-20	Calculose do rim e ureter	até 15 dias
N-21	Calculose do trato urinário inferior (bexiga/uretra)	até 7 dias
N-23	Cólica nefrética/cólica renal	até 10 dias
N30.0	Cistite aguda	até 5 dias
N-39.0	Infecções do trato urinário de localização não especificada	até 7 dias
N-39.4	Outras incontinências urinárias especificadas (pós-cirurgia)	até 30 dias
N-41.0	Prostatite aguda	até 7 dias
N-45	Orquite e epididimite	até 10 dias
N-61	Transtornos inflamatórios da mama (abcesso/mastide) (drenagem)	até 10 dias
N-62	Hipertrofia da mama (ginecomastia/gigantomastia) (cirurgia)	até 30 dias
N-63	Nódulo mamário não especificado (cirurgia)	até 15 dias
N-70	Salpingite e ooforite	até 10 dias
N-75	Doenças da glândula de *Bartholin* (cisto, abcesso, bartolinte)	até 7 dias
N-80	Endometriose (cirurgia/laparoscopia)	até 15 dias
N-83.0	Cisto do ovário (cirurgia/laparoscopia)	até 15 dias
N-92	Menstruação excessiva, frequente e irregular	até 5 dias
N-95.1	Estado da menopausa e do climatério feminino	até 7 dias
N-96	Abortamento habitual	até 10 dias
O-03.9	Aborto espontâneo completo ou não especificado sem complicações	até 7 dias
O-13	Hipertensão gestacional leve	até 7 dias
O-14.0	Pré-eclâmpsia moderada	até 15 dias
O-14.1	Pré-eclâmpsia grave	até 30 dias
O-14.9	Pré-eclâmpsia não especificada	até 30 dias
O-15	Eclampsia	até 45 dias
O-16	Hipertensão materna não especificada (transitória da gravidez)	até 7 dias
O-20.0	Ameaça de aborto	até 15 dias
O-20.8	Outras hemorragias do início da gravidez	até 15 dias
O-21.0	Hiperêmese gravídica leve	até 5 dias
O-21.9	Vômitos da gravidez não especificados	até 7 dias

O-22.9	Complicações venosas na gravidez não especificada (flebite, trombose venosa)	até 10 dias
O-23	Infecções do trato geniturinário na gravidez	até 7 dias
O-24	*Diabetes mellitus* na gravidez	até 7 dias
O-44	Placenta prévia	até 30 dias
O-45	Descolamento prematuro da placenta	até 30 dias
O-47.9	Falso trabalho de parto não especificado	até 30 dias
O-48	Gravidez prolongada	até 15 dias
O-60	Parto pré-termo (antes da 37ª semana)	até 15 dias
O-62.3	Trabalho de parto precipitado	até 30 dias
O-62.4	Contrações uterinas hipertônicas, incoordenadas ou prolongadas	até 7 dias
O-80	Parto único espontâneo - licença gestação	até 120 dias
O-82	Parto único por cesariana - licença gestação	até 120 dias
O-99.0	Anemia complicando a gravidez, o parto e o puerpério	até 10 dias
O-99.8	Outras doenças e afecções especificadas complicando o parto e o puerpério	até 10 dias
R-07.2	Dor precordial/angina	até 15 dias
R-07.3	Outra dor torácica	até 5 dias
R-07.4	Dor torácica não especificada	até 7 dias
R-10.0	Abdome agudo (cirurgia)	até 30 dias
R-10.1	Dor epigástrica	até 7 dias
R-10.2	Dor pélvica e perineal	até 7 dias
R-10.4	Outras dores abdominais e as não especificadas	até 7 dias
R-10	Dor abdominal e pélvica	até 7 dias
R-11	Náuseas e vômitos	até 5 dias
R-12	Pirose	até 5 dias
R-13	Disfagia	até 5 dias
R-15	Incontinência fecal (encoprese)	até 7 dias
R-17	Icterícia não especificada	até 7 dias
R-18	Ascite	até 15 dias
R-41.0	Desorientação não especificada	até 10 dias
R-41.3	Amnésia	até 15 dias
R-42	Tontura e instabilidade/vertigem	até 10 dias
R-49	Distúrbio da voz, distonia/rouquidão	até 10 dias
R-49.1	Distúrbio da voz, afonia	até 15 dias
R-50	Febre de origem desconhecida	até 7 dias
R-51	Cefaléia	até 5 dias
S-20.2	Contusão do tórax	até 7 dias
S-22.3	Fratura de costela	até 30 dias
S-30.0	Contusão do dorso e pelve	até 7 dias
S-33.5	Entorse e distensão da coluna lombar	até 7 dias
S-50.0	Contusão do cotovelo	até 10 dias

S-60.0	Contusão de dedos	até 10 dias
S-61.0	Ferimento de dedos	até 7 dias
S-62.0	Fratura de escafóide	até 90 dias
S-62.6	Fratura de outros dedos	até 15 dias
S-63.1	Luxação do dedo	até 30 dias
S-63.5	Luxação do punho	até 30 dias
S-70.0	Contusão do quadril	até 10 dias
S-72.0	Fratura do colo do fêmur	até 180 dias
S-80.0	Contusão do joelho	até 10 dias
S-82.9	Fratura da perna (parte não especificada)	até 120 dias
S-83.4	Entorse e distensão (envolvendo ligamento colateral do joelho)	até 30 dias
S-83.6	Entorse e distensão (de outras partes e das não especificadas do joelho)	até 30 dias
S-90.0	Contusão do tornozelo	até 10 dias
S-91.0	Ferimento no tornozelo	até 10 dias
S-92.9	Fratura não especificada do pé	até 30 dias
S-93.4	Entorse e distensão do tornozelo	até 30 dias
T-15.1	Corpo estranho no saco conjuntival	até 3 dias
T-23.0	Queimadura do punho e da mão (grau não especificado)	até 15 dias
T-78.2	Choque anafilático não especificado	até 5 dias
Z-32.1	Gravidez confirmada	até 7 dias
Z-54.0	Convalescença após cirurgia	até 30 dias
Z-73.0	Esgotamento	até 10 dias
Z-73.3	*Stress* não classificado em outra parte	até 10 dias
Z-76.0	Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente	até 30 dias

CAPÍTULO X
DA LICENÇA E PROCEDIMENTOS DECORRENTES DE ACIDENTE NO TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL

I - Conceito: licença solicitada para o servidor que, por motivo de acidente de trabalho ou doença profissional, esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções. Para concessão da licença é indispensável o exame médico pericial, que determinará o prazo da mesma, bem como a avaliação do nexo causal pela Gerência de Saúde Ocupacional - GESAO, caracterizando a doença profissional ou o acidente de trabalho.

II - Objetivo: o servidor acidentado no exercício de suas atribuições ou que tenha adquirido doença profissional tem direito à Licença para Tratamento de Saúde, obedecendo aos critérios periciais descritos no Capítulo anterior. A caracterização do acidente de trabalho ou doença profissional justifica a Licença para Tratamento de Saúde decorrente de acidente de serviço, que possibilitará o requerimento do ressarcimento das despesas médicas.

III - Legislação:

a) Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008:

Art. 60. .....
[...]
§ 6º Considera-se acidente em serviço, para os efeitos desta Lei Complementar:
I - o acidente ligado ao serviço que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a perda da capacidade para o trabalho do segurado;
II - o acidente sofrido pelo segurado no local e horário de trabalho; e
III - a doença proveniente de contaminação acidental do segurado no exercício do cargo ou da função.
§ 7º Equipara-se a acidente em serviço, o sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de serviço, quando:
I - na realização de serviço relacionado ao cargo ou função;
II - na prestação espontânea de serviço ao Estado para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
III - em viagem a serviço, inclusive para estudo, quando financiada pelo Estado, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; e
IV - no percurso da residência para o local de trabalho ou dele para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.
[...]

b) Decreto nº 1.456, de 23 de dezembro de 1996: dispõe sobre a assistência aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional, nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo.

c) Instrução Normativa nº 008/00/SEA/DIRH: dispõe sobre os procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento de despesas aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional (Anexo IX).

IV - Operacionalização: os procedimentos para concessão da licença são os mesmos previstos para a Licença para Tratamento de Saúde, acrescido da apresentação pelo servidor da Comunicação Estadual de Acidente no Trabalho - CEAT devidamente preenchida pelo setorial/seccional de recursos humanos de seu órgão de origem, a qual deverá ser encaminhada à Gerência de Saúde Ocupacional - GESAO que procederá ao enquadramento legal da licença depois de verificada a existência de nexo causal.

CAPÍTULO XI
DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE PESSOA DA FAMÍLIA

I - Conceito: benefício concedido ao servidor efetivo (por período integral ou com redução de uma quarta parte da jornada) com objetivo de assistência familiar, pelo período máximo de 2 (dois) anos.

II - Objetivo: licença concedida ao servidor efetivo, na forma da legislação específica, por motivo de doença em ascendente, descendente, afim até segundo grau, ou cônjuge do qual não esteja legalmente separado ou de pessoa que viva as suas expensas e conste de seu assentamento funcional. Esse benefício não é devido a servidores com contrato temporário ou comissionados, em virtude de não haver amparo legal na legislação previdenciária vigente.

III - Modalidades: licença para tratamento de saúde em pessoa da família por ser:

a) Período integral: licença solicitada pelo servidor que, por motivo de doença comprovada em pessoa da família ou pessoa que vive sob sua dependência, necessite de sua assistência. O servidor informará sobre a situação familiar, reservando-se ao órgão pericial o direito de verificar através de pesquisa social, a veracidade das informações prestadas.

A doença de pessoa da família deverá ser comprovada mediante apresentação de atestado de saúde, exames complementares, declaração hospitalar e o familiar enfermo deverá ser submetido à avaliação médico-pericial, quando necessário.

b) Redução de uma quarta parte da jornada: a pedido do servidor, a licença familiar poderá ser concedida com remuneração integral com redução de uma quarta parte da jornada de trabalho, renovando-se a inspeção a cada período de no máximo 90 (noventa) dias, nos seguintes casos: diabetes insulino-dependente com idade até 8 (oito) anos; hemofilia; usuário de diálise peritonial ou hemodiálise; distúrbios neurológicos e mentais graves e doenças em fase terminal.

IV - Legislação: licença para tratamento de saúde familiar tem por base legal:

a) Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 69. Ao funcionário que, por motivo de doença do cônjuge, parentes ou afins até o segundo grau, ou de pessoa que viva sob sua dependência, esteja impossibilitado de exercer o seu cargo, face à indispensabilidade de sua assistência pessoal, será concedida licença até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias sucessivos, prorrogável por mais 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, nas mesmas condições.

§ 1º Provar-se-á a necessidade da licença, mediante laudo médico apresentado ao órgão médico oficial.

§ 2º A licença de que trata este artigo é concedida com remuneração integral até 3 (três) meses, com 2/3 (dois terços) da remuneração, se este prazo for estendido até 1 (um) ano e com metade da remuneração até o limite máximo de 2 (dois) anos. (Redação dada pela Lei Complementar nº 47, de 31.01.92).

§ 3º A pedido do servidor e ouvida a Junta Médica Oficial, a licença poderá ser concedida, com remuneração integral, para até uma quarta parte da jornada de trabalho, renovando-se a inspeção a cada período de no máximo 90 (noventa) dias, nas seguintes hipóteses:

I - diabetes insulino, o caso de dependentes com idade não superior a 8 (oito) anos;

II - hemofilia;

III - usuário de diálise peritonial ou hemodiálise;

IV - distúrbios neurológicos e mentais graves;

V - doenças em fase terminal (Parágrafo acrescentado pela Lei Complementar nº 47, de 31.01.92).

[...]

b) Lei nº 6.844, de 29 de julho de 1986 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina):

Art. 112. Desde que prove ser indispensável a sua assistência pessoal e que esta não possa ser prestada simultaneamente com exercício do cargo, ao membro do magistério é concedida licença por motivo de doença de filhos, pais e cônjuge, bem como, na de outro parente que comprovadamente viva a s suas expensas e conste de seu assentamento funcional.

§ 1º Comprova-se a doença em pessoa da família mediante inspeção médica oficial.

§ 2º A licença de que trata este artigo é concedida com remuneração integral até 3 (três) meses, com 2/3 (dois terços) da remuneração, se este prazo for estendido até 1 (um) ano e com metade da remuneração até o limite máximo de 2 (dois) anos. (Redação dada pela Lei Complementar nº 047, de 31.01.92).

§ 3º A pedido do servidor e ouvida a Junta Médica Oficial, a licença poderá ser concedida, com remuneração integral, para até uma quarta parte da jornada de trabalho,

renovando-se a inspeção a cada período de no máximo 90 (noventa) dias, nas seguintes hipóteses:

I - diabetes insulino, o caso de dependentes com idade não superior a 8 (oito) anos;

II - hemofilia;

III - usuário de diálise peritonial ou hemodiálise;

IV - distúrbios neurológicos e mentais graves;

V - doenças em fase terminal (Parágrafo acrescentado pela Lei Complementar nº 53, de 29/05/92).

c) Lei nº 6.843, de 28 de julho de 1986 (Estatuto da Polícia Civil do Estado de Santa Catarina):

Art. 121. Desde que prove ser indispensável sua assistência pessoal e que esta não possa ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo, ao policial civil pode ser concedida licença por motivo de doença na pessoa de ascendente, descendente, colateral, consanguíneo, ou afim, até o segundo grau, ou cônjuge do qual não esteja legalmente separado ou de pessoa que viva a s suas expensas e conste de seu assentamento individual.

§ 1º Prova-se doença em pessoa da família mediante inspeção médica oficial.

§ 2º A licença de que trata este artigo é concedida com remuneração integral até 3 (três) meses, com 2/3 (dois terços) da remuneração, se este prazo for estendido um ano e com metade da remuneração até o limite máximo de 2 (dois) anos. (nova redação atribuída pela LCP nº 47/92)

§ 3º A licença concedida após o período de prorrogação, dentro do interstício de 2 (dois) anos, será considerada como licença para tratamento de interesses particulares.

§ 4º A pedido do servidor e ouvida a Junta Médica Oficial, a licença poderá ser concedida, com remuneração integral, para até uma quarta parte da jornada de trabalho, renovando-se a inspeção a cada período de no máximo 90 (noventa) dias, nas seguintes hipóteses:

I - diabetes insulino, no caso de dependentes com idade não superior a 8 (oito) anos;

II - hemofilia;

III - usuário de diálise peritonial ou hemodiálise;

IV - distúrbios neurológicos e mentais graves;

V - doenças em fase terminal.

(§ 4º acrescido pelo parágrafo único do art. 2º da LCP nº 53/92).

III - Avaliação médico-pericial: para concessão da licença é indispensável o exame médico pericial, que determinará o prazo da mesma. A doença de pessoa da família deverá ser comprovada mediante apresentação de atestado de saúde, exames complementares, declaração hospitalar e o familiar enfermo deverá ser submetido à avaliação médico-pericial, quando necessário.

IV - Operacionalização: de posse do atestado de saúde, com prazo superior a 3 (três) dias/mês, o servidor deverá solicitar à chefia imediata, no prazo máximo de 48 (quarenta) horas úteis a partir da data de início do afastamento, agendamento para avaliação médica pericial à Gerência de Perícia Médica, onde deverá comparecer na data e horário previamente agendados, acompanhado do familiar enfermo, munido do atestado médico, documento de identidade, ficha de afastamento (emitido pelo órgão de origem e assinado pela chefia imediata) e exames complementares (quando houver) que justifiquem a necessidade de acompanhamento familiar. Ficará a critério do médico perito, solicitar avaliação junto ao Serviço Social

ou perícia móvel, quando entender que a situação clínica gera dúvidas quanto a real necessidade de acompanhamento familiar.

Em casos de extrema impossibilidade (cirurgias, internações, etc.), tal prazo poderá ser desconsiderado, a critério do supervisor médico ou gerente de perícia médica, de acordo com documentos que comprovem esta situação clínica.

Ressalta-se que cabe à chefia imediata, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas do recebimento do atestado de saúde, providenciar agendamento da avaliação médica pericial e comunicar ao servidor para comparecimento.

O agendamento somente será efetuado fora do prazo das primeiras 48 (quarenta e oito) horas, desde que exista justificativa técnica efetuada pela chefia imediata e servidor e autorização do Supervisor Médico ou Gerente de Perícia Médica, após análise da referida justificativa, sem o qual, tal período de afastamento deverá ter resolução administrativa.

Na eventualidade da falta ao exame pericial, este somente será reagendado, por autorização do supervisor médico ou gerente de perícia médica, mediante justificativa técnica, efetuado dentro do prazo de 48 (quarenta e oito) horas da data do agendamento inicial, com as devidas comprovações técnicas que impossibilitaram o referido comparecimento, sem o qual o citado período de afastamento, deverá ter resolução administrativa.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, o servidor recebe diretamente do médico-perito que realizou o seu exame, o Comunicado do Resultado do Exame Médico - CREM, contendo o número de dias concedidos, ou não, bem como a indicação de alta pericial ou necessidade de reagendamento quando houver indicação clínica.

No caso do servidor não concordar com o resultado deste exame, cabe pedido de reconsideração, que deverá ser solicitado por escrito ao supervisor médico ou gerente de perícia médica, dentro das próximas 48 (quarenta e oito) horas úteis.

Os pedidos de reconsideração poderão gerar indeferidos ou agendamento para nova avaliação pericial com outro perito ou Junta Médica, ficando sob responsabilidade do servidor, a ausência laborativa gerada enquanto aguarda reavaliação pericial, no caso de confirmado o indeferimento da licença.

CAPÍTULO XII
DA LICENÇA À GESTANTE

I - Objetivo: à funcionária gestante é assegurada após inspeção médica, licença remunerada de 180 (cento e oitenta) dias, sendo que esta poderá ser concedida a partir de 28 (vinte e oito) dias anteriores à data prevista do parto, mediante avaliação pericial, ou podendo ocorrer, no caso de parto antecipado, a partir da 23ª (vigésima terceira) semana de gestação. Caso a servidora trabalhe até o dia do parto, a licença à gestante iniciará nesta data e o benefício será concedido administrativamente mediante a

apresentação da certidão de nascimento ou declaração de nascido vivo. O período de licença gestação para servidoras do Ministério Público será de 120 (cento e vinte) dias, com possibilidade de prorrogação, ao término destes, de 60 (sessenta) dias, mediante solicitação administrativa.

Para a servidora efetiva, em caso de abortamento ou natimorto, será concedida licença para tratamento de saúde, para recuperação da mãe, mediante avaliação médico-pericial.

Está prevista licença para aleitamento materno, sendo a liberação da servidora nutriz, que possua 40 (quarenta) horas de carga horária, por 2 (duas) horas diárias até o filho completar 6 (seis) meses, atribuição administrativa da chefia imediata, sem necessidade de avaliação pericial.

Nos casos de adoção de criança de até 6 (seis) anos de idade, está assegurado à servidora a concessão de licença à gestante, concedida através de processo administrativo, sem a necessidade de avaliação pericial.

Para as servidoras com contrato temporário de trabalho e cargo comissionado, o Regime Geral de Previdência assegura o salário-maternidade (licença à gestante) pelo período de 120 (cento e vinte) dias que será concedido mediante avaliação pericial pela Gerência de Perícia Médica, nos seguintes casos:

- durante a gestação, a partir do 8º (oitavo) mês de gestação (ou 28 dias antes do parto previsto);
- a partir da 23ª (vigésima terceira) semana (6º mês de gestação) em caso de parto antecipado incluindo natimorto.

Para essas servidoras, no caso de ter adotado ou possuir medida liminar em autos de adoção ou termo de guarda judicial de criança com idade inferior a 8 (oito) anos, o benefício será concedido administrativamente. Nos casos de adoção, é concedida licença de 120 (cento e vinte) dias (se a criança tiver até 1 (um) ano de idade), 60 (sessenta) dias (se a criança tiver de 1 (um) a 4 (quatro) anos de idade) ou 30 (trinta) dias (se a criança tiver de 4 (quatro) a 8 (oito) anos de idade).

Nos abortos espontâneos ou previstos em lei (estupro ou risco de vida para a mãe), será concedida, após avaliação pericial, licença para tratamento de saúde pelo período de duas semanas.

A partir do início do 8º (oitavo) mês de gestação, somente poderá ser concedida licença para tratamento de saúde, se a patologia motivadora dessa licença não tiver relação direta com o estado gestacional. Caso essa apresente relação com o estado gestacional (ameaça de parto, contrações uterinas prematuras, diabetes gestacional, etc.), deverá ser concedida licença gestação.

II - Legislação: a licença à gestante apresenta o seguinte enquadramento:

a) Lei Complementar nº 447, de 7 de julho de 2009:

Art. 1º À servidora efetiva gestante é assegurada licença para repouso pelo período de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos, a partir da data de nascimento da criança, mediante apresentação da certidão de nascimento.

§ 1º A licença poderá ser concedida a partir de 28 (vinte e oito) dias anteriores à data do parto, mediante perícia médica, podendo ocorrer, no caso de parto antecipado, a partir da 23ª (vigésima terceira) semana de gestação.

§ 2º No caso de natimorto ou aborto, será devida licença para tratar de saúde mediante perícia médica.

§ 3º A critério da perícia médica, é assegurado à gestante licença para tratar de saúde antes do parto.

§ 4º É assegurado à gestante o direito a readaptação em função compatível com seu estado físico, a partir do 5º (quinto) mês de gestação, a critério do órgão médico oficial, sem prejuízo da licença de que trata o § 3º deste artigo.

§ 5º A licença para repouso à gestante será suspensa quando da ocorrência do falecimento da criança nos 60 (sessenta) dias anteriores ao seu término.

§ 6º À gestante que possuir dois vínculos funcionais com o Estado aplica-se ao vínculo regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas as regras do Regime Geral de Previdência Social estabelecidas pelo ente federal.

§ 7º A licença para tratamento de saúde será suspensa quando da concessão de licença para repouso à gestante.

§ 8º Estando a gestante usufruindo férias ou licença-prêmio quando da ocorrência do parto, a mesma será interrompida, e o período restante deverá ter o usufruto iniciado no mesmo exercício de término da licença para repouso.

§ 9º Ocorrendo o parto sem que a gestante tenha usufruído as férias do exercício, as mesmas deverão iniciar no dia subsequente ao término da licença.

§ 10. Nos 60 (sessenta) dias anteriores ao término do usufruto da licença, a gestante não poderá exercer atividade remunerada e a criança não poderá estar matriculada em creche ou organização similar, sob pena de perda do direito de usufruto do período restante e restituição da remuneração do período de ocorrência dos fatos aos cofres públicos, após devidamente comprovado em processo administrativo disciplinar.

§ 11. A gestante poderá renunciar ao usufruto dos 60 (sessenta) dias anteriores ao término da licença, devendo apresentar em até 30 (trinta) dias anteriores de seu início, renúncia parcial de 30 (trinta) ou 60 (sessenta) dias, não se aplicando o disposto no § 10 deste artigo.

§ 12. À gestante ocupante exclusivamente de cargo de provimento em comissão, exonerada ou dispensada a qualquer tempo, será devida indenização em pecúnia, correspondente ao período de desligamento até 05 (cinco) meses posteriores ao parto.

§ 13. É assegurado o usufruto proporcional da licença quando entre a ocorrência de parto e o início de exercício no serviço público mediar tempo inferior a 180 (cento e oitenta) dias.

§ 14. O disposto neste artigo aplica-se, no que couber, à gestante que na data da publicação desta Lei Complementar estiver em gozo da licença a que se refere o art. 70 da Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985.

Art. 2º À lactante é assegurado, sem qualquer prejuízo, o direito de ausentar-se do serviço por até 02 (duas) horas diárias ou da escala de trabalho para carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, até o filho completar 06 (seis) meses de idade.

§ 1º Para carga horária inferior ao disposto no *caput* deste artigo aplicar-se-á a proporcionalidade.

§ 2º A concessão do benefício está condicionada à solicitação pela lactante acompanhada da certidão de nascimento da criança.

§ 3º O horário de lactação ficará a critério da requerente, podendo ser desdobrado em frações quando a lactante estiver sujeita a dois turnos ou períodos de trabalho.

Art. 3º O servidor poderá faltar ao serviço por até 08 (oito) dias consecutivos

por motivo de: casamento; nascimento do filho; falecimento do cônjuge ou companheiro e parente de até segundo grau; e adoção ou consecução de guarda para fins de adoção de criança de até 06 (seis) anos incompletos.

Parágrafo único. O servidor efetivo, quando do nascimento de seu filho, poderá faltar ao serviço por até 15 (quinze) dias consecutivos.

Art. 4º É assegurado ao servidor efetivo licença de 180 (cento e oitenta) dias em caso de adoção de criança de até 06 (seis) anos incompletos, ou quando obtiver judicialmente a sua adoção ou guarda para fins de adoção.

§ 1º Em caso de adoção por cônjuge ou companheiro, ambos servidores públicos efetivos, a licença de que trata o caput deste artigo será concedida da seguinte forma:

I - 180 (cento e oitenta) dias ao servidor adotante que assim requerer; e

II - 15 (quinze) dias ao servidor, cônjuge ou companheiro adotante que assim requerer.

§ 2º O servidor deverá requerer a licença de que trata o caput deste artigo à autoridade competente, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar da expedição, conforme o caso, do termo de adoção ou do termo de guarda para fins de adoção.

§ 3º O requerimento de que trata o § 2º deste artigo deverá estar instruído com as provas necessárias à verificação dos requisitos para a concessão da licença.

§ 4º A não observância do disposto nos §§ 2º e 3º deste artigo implicará em indeferimento do pedido de licença.

Art. 5º Ao servidor efetivo é assegurada licença-paternidade nos termos do art. 4º, por todo o período da licença-maternidade ou pela parte restante que dela caberia à mãe em caso de falecimento da mesma ou de abandono do lar, seguida de guarda exclusiva da criança pelo pai, mediante provas ou declaração firmada por autoridade judicial competente.

b) Lei Complementar nº 434, de 7 de janeiro de 2009 (relativa ao Ministério Público Estadual):

Art. 1º O artigo 193 da Lei Complementar 197, passa a vigorar acrescido dos §§ 1º, 2º e 3º com a seguinte redação:

§ 1º A licença ‘a gestante de que trata o *caput* será prorrogada por sessenta dias além do prazo fixado no art. 188, inciso III, desta Lei Complementar.

§ 2º A prorrogação de que trata o parágrafo anterior não é automática, dependendo de requerimento a ser subscrito pela licenciada antes do dia previsto para o término da licença em curso.

§ 3º A licença e a respectiva prorrogação referidas nos parágrafos anteriores são garantidas também “a Procuradora de Justiça ou à Promotora de Justiça que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança”.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão da licença à gestante antes do parto, é indispensável o exame médico pericial, que comprovará, mediante apresentação de atestado de saúde, ultrassonografia obstétrica ou cartão pré-natal, a correspondente idade gestacional e compatibilidade técnica e legal com o início do correspondente período gestacional.

IV - Operacionalização: de posse do atestado de saúde solicitando licença gestação, a servidora deverá solicitar à chefia imediata, no prazo de no máximo 48 (quarenta e oito) horas úteis a partir da data de início do afastamento, agendamento para avaliação médica pericial à Gerência de Perícia Médica, onde deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munidos do atestado de saúde, documento de

identidade, ficha de afastamento (emitido pelo órgão de origem e assinado pela chefia imediata) e cartão pré-natal e/ou última ultrassonografia obstétrica realizada.

Nos casos de gestação de alto risco, mediante comprovação de atestado e/ou laudo médico complementar, se aceita que o exame pericial seja realizado por terceiros, a fim de assegurar a integridade física materno-fetal. No caso de servidoras temporárias e/ou comissionadas, com gestação de alto risco, que necessitem de afastamento antes de completar o 8º (oitavo) mês de gestação, após o 15º (décimo quinto) dia devem ser encaminhadas, após avaliação da Gerência de Perícia Médica, ao INSS, como auxílio-doença.

Ressalta-se que cabe à chefia imediata, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas do recebimento do atestado de saúde, providenciar agendamento da avaliação médica pericial e comunicar o servidor para comparecimento.

No caso da servidora ter trabalhado até a data do parto, a licença poderá ser implantada no Sistema de Informações diretamente pelo setor de recursos humanos do órgão de origem, sem necessidade de exame pericial pela Gerência de Perícia Médica.

V - Resultado aa Avaliação Pericial: concluído o exame pericial, o servidor recebe diretamente do médico perito que realizou o seu exame, o Comunicado do Resultado do Exame Médico - CREM, contendo o número de dias concedidos.

CAPÍTULO XIII
DA READAPTAÇÃO FUNCIONAL

I - Conceito: benefício concedido, de acordo com a legislação vigente, quando houver redução da capacidade física ou psíquica do servidor efetivo e quando houver fatores agravantes à sua doença no exercício da sua função, não se justificando licença para tratamento de saúde ou aposentadoria por invalidez. Não compete à Gerência de Perícia Médica a avaliação de solicitação de readaptação e/ou reabilitação profissional de servidores com contrato temporário ou cargo comissionado, atividades periciais inerentes à Perícia Médica do Regime Geral de Previdência (INSS).

II - Objetivo: ao servidor efetivo deverá ser assegurado o exercício de atividades compatíveis com sua limitação física ou psíquica, podendo ou não, ser afastado de seu ambiente de trabalho.

As atividades do servidor readaptado deverão ser desempenhadas sem restrições, não podendo no futuro ser concedida licença para tratamento de saúde pela mesma patologia que motivou a readaptação funcional, salvo nos casos de reagudização clínica.

Na readaptação funcional é importante considerar além da doença e da capacidade laborativa residual existente, a idade do servidor, seu tempo de serviço e seu grau de instrução.

A readaptação funcional não implica em mudança de cargo e será concedida por prazo determinado, podendo ser prorrogada caso o servidor não venha a readquirir as condições normais de trabalho no prazo fixado.

O servidor abrangido pelo Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina que não readquirir as condições normais de saúde, em até 36 (trinta e seis) meses ininterruptos ou 48 (quarenta e oito) meses intercalados, será aposentado por invalidez.

III - Legislação: a readaptação funcional obedece aos seguintes dispositivos estatutários:

a) Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 35. Dar-se-á a readaptação funcional quando, não sendo possível a transferência, ocorrer modificação do estado físico ou das condições de saúde do funcionário, que aconselhe o seu aproveitamento em atribuições diferentes, compatíveis com a sua condição funcional (art. 71).

§ 1º A readaptação não implica em mudança de cargo e terá prazo certo de duração, conforme recomendação do órgão médico oficial.

§ 2º Expirado o prazo de que trata o parágrafo anterior e se o funcionário não tiver readquirido as condições normais de saúde, a readaptação será prorrogada.

b) Lei nº 6.844, de 29 de julho de 1986 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina):

Art. 48. Dar-se-á a readaptação funcional quando, não sendo possível a transferência, ocorrer modificação do estado físico ou das condições de saúde do funcionário, que aconselhe o seu aproveitamento em atribuições diferentes, compatíveis com a sua condição funcional.

§ 1º A readaptação não implica em mudança de cargo e terá prazo certo de duração, conforme recomendação do órgão médico oficial.

§ 2º Expirado o prazo de que trata o parágrafo anterior e se o funcionário não tiver readquirido as condições normais de saúde, a readaptação será prorrogada.

§ 1º A readaptação não implica em mudança de cargo e terá prazo certo de duração de até 12 (doze) meses, podendo ser prorrogada, conforme recomendação do órgão médico oficial.

§ 2º O funcionário que não readquirir as condições normais de saúde, em até 36 (trinta e seis) meses ininterruptos ou 48 (quarenta e oito) meses intercalados, será aposentado por invalidez, respeitado o disposto na Emenda Constitucional federal nº 20, de 15 de dezembro de 1998.

§ 3º O professor readaptado perceberá a gratificação de regência de classe enquanto perdurar esta situação, desde que a tenha recebido no mês imediatamente anterior ao do início da readaptação. (redação dos §§ 1º, 2º e 3º dada pela LC 457/09 (Art. 10) - DO. 18.666 de 11/08/09).

c) Lei Complementar nº 457, de 11 de agosto de 2009:

Art. 11. As disposições relativas ao art. 48, § 2º, da Lei nº 6.844, de 1986, com redação dada pela presente Lei, aplicam-se ao servidor que se encontrar readaptado na data da publicação deste ato, o qual será submetido ao órgão médico oficial para reavaliação, no prazo

de 90 (noventa) dias, se a readaptação for superior a este prazo quando da publicação desta Lei Complementar.

Parágrafo único. Serão computados para efeitos da presente Lei Complementar os últimos 02 (dois) anos de readaptação, no caso de confirmação da necessidade de continuidade da mesma, a partir da reavaliação constante no caput.

d) Lei nº 6.843, de 28 de julho de 1986 (Estatuto da Polícia Civil do Estado de Santa Catarina):

Art. 58. Quando recomendada por Junta Médica Oficial do Estado, a readaptação verificar-se-á em cargo a ser definido pela Superintendência da Polícia Civil.

Parágrafo único. O policial civil readaptado nos termos deste artigo será lotado onde houver vaga.

IV - Operacionalização: exceto quando indicado por médico perito do quadro funcional, para pleitear este benefício, o servidor deve apresentar à chefia imediata atestado de saúde solicitando readaptação funcional. Esta chefia deverá, antes de realizar o agendamento, preencher documento padrão, confeccionado pela Gerência de Perícia Médica, denominado "Relatório do local de trabalho", em que constam as atividades atualmente exercidas pelo referido servidor, as dificuldades laborativas apresentadas pelo mesmo e as possíveis perspectivas de readaptação funcional, sendo que tal documento deve ser obrigatoriamente assinado pelo servidor e pela chefia imediata.

Munidos desses documentos, procede-se ao agendamento para avaliação pericial do servidor na Gerência de Perícia Médica, para avaliação médica e com serviço social e/ou psicologia, ficando a critério do perito examinador solicitar exames complementares, parecer especializado ou perícia móvel, antes de opinar favoravelmente, ou não, pelo benefício.

Em casos de prorrogação de readaptação funcional, o procedimento acima deve ser totalmente refeito, com apresentação de novo "Relatório do local de trabalho", informando o desempenho do servidor no período já readaptado, sendo competência exclusiva do servidor a solicitação do benefício antes do seu término legal, não se justificando a concessão de licença para tratamento de saúde por atraso neste procedimento.

V - Conclusão Pericial/Laudo: concluída a avaliação médico-pericial, subsidiada pelos dados do relatório do local de trabalho e da entrevista com o Serviço Psicossocial e/ou Supervisão de Segurança e Medicina do Trabalho (quando houver indicação), o processo será encaminhado à Comissão Técnica Pericial - CTP, que após analisá-lo emitirá o Termo de Inspeção de Saúde, que deverá conter as condições de readaptação com suas restrições, prazo e embasamento legal. As readaptações sugeridas por Junta Médica serão conclusivas.

A readaptação deverá ser concedida sempre com prazo determinado, podendo ser renovado a critério médico.

No caso de indeferimento do benefício, o servidor tem direito a pedido de reconsideração pericial, que deve ser formulado por escrito (com justificativa

técnica) e encaminhado à gerente ou supervisor médico, que concluirá pelo indeferimento definitivo ou reagendamento com Junta Médica.

VI - Acompanhamento do Servidor Readaptado: realizado pelo serviço social da Gerência de Perícia Médica, junto com a Gerência de Saúde Ocupacional quando for o caso, mediante a análise de relatório emitido pelo setorial do servidor readaptado.

VII - Término da Readaptação Funcional: terminado o prazo de readaptação, o servidor retornará à sua função anterior. Se persistirem as condições que motivaram a readaptação, esta poderá ser prorrogada após reavaliação médio-pericial.

VIII - Cancelamento da Readaptação Funcional: a readaptação poderá ser cancelada antes do prazo previsto, a pedido do servidor ou do superior imediato quando houver melhora das condições de saúde do servidor ou adequação do seu local de trabalho, estando o cancelamento condicionado à reavaliação pericial.

Para qualquer procedimento de cancelamento de readaptação funcional existe a necessidade da apresentação de Relatório do Local de Trabalho atualizado.

IX - Considerações Gerais: a readaptação poderá ser concedida quando o servidor apresentar afecção ortopédica ou traumatológica que gera incapacidade para o pleno exercício da função e desde que sua capacidade laborativa residual lhe permita o exercício de outra atividade.

As afecções psiquiátricas que determinam licenciamentos repetidos, ou excessivas prorrogações, desde que não se configure invalidez definitiva, deverão ser avaliadas com indicativo de readaptação funcional.

Doenças otorrinolaringológicas que determinam alterações estruturais mínimas, nódulos/lesões nodulares, pólipos, Edema de *Reinke*, granulomas, disfonias e fendas glóticas, deverão ser avaliadas para fins de readaptação (Anexo VI).

A servidora gestante poderá ser readaptada quando se verificar redução da capacidade física ou presença de doença que impossibilite ou desaconselhe o exercício pleno de suas funções.

O servidor com doença cardíaca, exercendo atividade que exija grandes esforços físicos, deve, sempre que possível, ser readaptado para atividades mais leves, conforme as seguintes Tabelas 1 e 2.

CLASSIFICAÇÃO DE ANGINA DE ESFORÇO		
	Grau	Características
	1	"Atividade física não causa angina": inclui andar e subir escadas. Angina com esforço prolongado ou rápido ou extremo no trabalho ou recreação.

READAPTACÃO	2	“Leve limitações na atividade usual”: isto inclui andar ou subir escadas rapidamente, subir ladeiras, andar ou subir escadas após as refeições, ou no frio ou no vento ou sob tensão emocional ou durante poucas horas após levantar; andar mais de 2 (dois) quarteirões (200 m) em terreno plano e subir mais de um lance de escadas comuns em passo normal e em condições normais.
LTS	3	“Limitação acentuada na atividade física: usual”: inclui andar 1 (um) ou 2 (dois) quarteirões em terreno plano e subir um lance de escada em condições normais. normais
	4	“Inabilidade em praticar qualquer atividade física sem desconforto - a síndrome de angina pode estar presente no repouso”.

Tabela 1: atividades laborativas/classificação de angina de esforço

CLASSIFICAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		
READAPTAÇÃO	Grau	Características
	1	Pacientes com doenças cardíacas, mas sem limitações durante a atividade física usual.
	2	Leve limitação causada por doenças cardíacas. Atividades tais como andar causam dispnéia.
LTS	3	Limitação acentuada. Sintomas são provocados facilmente, por exemplo, andar em terreno plano.
	4	Falta de ar durante o repouso.

Tabela 2: atividades laborativas/classificação de insuficiência cardíaca

A readaptação está indicada em paciente portador de doença alérgica sempre que se comprovar a presença de alergenos ou fatores agravantes da alergia no local de trabalho.

Nos casos de deficiência visual gerando incapacidade para o cargo exercido, mas podendo o servidor exercer outras atividades em função da visão residual existente, será proposta readaptação funcional.

Nos casos de epilepsia refratária em servidor que exerça atividade que coloque em risco sua vida ou de terceiros haverá indicação de readaptação.

As doenças neurológicas degenerativas e sequelares, com capacidade laborativa residual, são passíveis de readaptação.

As limitações funcionais decorrentes de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna de mama com bom prognóstico deverão ser avaliadas com indicativo de readaptação.

As neoplasias malignas de pele tratadas e passíveis de cura terão indicativo de readaptação em atividades sem exposição ao sol.

CAPÍTULO XIV
DA REMOÇÃO

I - Conceito: ato de deslocamento do funcionário de um para outro órgão do serviço público estadual, independente da mudança da sede funcional. A remoção a pedido, para outra área de atividade, por motivo de saúde do servidor, do cônjuge, companheiro, está condicionada à comprovação da necessidade pela Gerência de Perícia Médica.

Este benefício não é disponibilizado para servidores com contrato temporário ou comissionado.

II - Objetivo: de acordo com a legislação vigente, o servidor poderá ser removido de uma localidade para outra, nos seguintes casos:

- incapacidade laborativa ou agravamento da doença do servidor provocada pelo ambiente de trabalho e/ou localidade onde exerce suas atividades;
- necessidade de tratamento médico especializado do servidor ou pessoa da família (para servidor do Magistério e Polícia Civil), por período superior a 1 (um) ano e que não possa ser realizado na localidade onde resida o mesmo, pela inexistência de tal recurso.

III - Legislação: a concessão de remoção obedecerá aos seguintes critérios estatutários:

a) Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 22. O deslocamento do funcionário de um para outro órgão do serviço público estadual, independente de mudança da sede funcional, dar-se-á por ato de remoção, processando-se a pedido, por permuta ou no interesse do serviço público, a critério da autoridade competente.

§ 1° É assegurada a remoção, a pedido, para outra localidade, por motivo de saúde, desde que fiquem comprovadas, pelo órgão médico oficial, as razões apresentadas pelo funcionário.

§ 2° A remoção respeitará a lotação de cada órgão, ressalvado o disposto no parágrafo anterior.

b) Lei nº 6.844, de 29 de julho de 1986 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina):

Art. 69. A remoção independerá de concurso:

II - para o membro do magistério que, por problema de saúde, fique impedido do exercício em seu local de trabalho, comprovado mediante relatório detalhado, no qual fique evidenciado de que forma a mudança do local de trabalho contribuirá no tratamento médico, expedido pelo órgão médico oficial;

III - para o membro do magistério quando o cônjuge, filho ou genitor que viva a suas expensas necessitar de tratamento médico especializado por período superior a 1 (um) ano, que impeça o exercício em seu local de trabalho, comprovado por relatório motivado, expedido pelo órgão Médico Oficial. (Redação dada pela Lei Complementar nº 48, de 5 de fevereiro de 1992).

REDAÇÃO ANTERIOR_____

II - para o membro do magistério que apresentar problema de saúde que impeça o exercício em seu local de lotação, comprovado por Junta Médica Oficial;

III - para o membro do magistério, quando o cônjuge ou filho que viva a s suas expensas necessitar de tratamento médico especializado por período superior a 1 (um) ano, comprovado por Junta Médica Oficial; (Redação original).

c) Lei nº 6.843, de 28 de julho de 1986 (Estatuto da Polícia Civil do Estado de Santa Catarina):

Art. 71. A remoção a pedido e por permuta só pode ser concedida ao policial após 2 (dois) anos de efetivo exercício no local de sua lotação.

§ 1º O prazo deste artigo pode ser reduzido se comprovada a necessidade de tratamento médico especializado, por Junta Médica Oficial do Estado, do policial, de sua mulher, filho ou dependente que conviva consigo as suas expensas e subordinação.

[...]

IV - Operacionalização: o benefício deverá ser solicitado, via processo administrativo ou pericial, à Gerência de Perícia Médica, a qual cabe a avaliação da situação funcional do referido servidor, bem como a realização de agendamento do mesmo, para avaliação pericial (médico e serviço social ou psicólogo).

O servidor deverá comparecer na Gerência de Perícia Médica, na data e horário previamente agendado, munido de atestado de saúde e exames complementares que caracterizem sua patologia e/ou de seu dependente legal.

V - Laudo pericial: assim como na readaptação, após a conclusão da avaliação médico-pericial, o processo será encaminhado à Comissão Técnica Pericial, que após análise do mesmo, emitirá Termo de Inspeção de Saúde concedendo ou não o benefício.

VI - Resultado Pericial: o resultado pericial da solicitação de remoção será encaminhado administrativamente, após avaliação pela Comissão Técnico-Pericial - CTP que fará emissão de laudo pericial específico. No caso de indeferimento do benefício, o servidor tem direito a pedido de reconsideração pericial, que deve ser formulado por escrito (com justificativa técnica) e encaminhado à gerente ou supervisor de perícia médica, que concluirá pelo indeferimento definitivo ou reagendamento com Junta Médica. A avaliação pericial concluirá pela remoção, quando justificada, com menção de dados técnicos que contribuam para recuperação da saúde do servidor (por ex: para localidade próxima ao domicílio, para localidade que possibilite acesso ao tratamento, etc.), não sendo competência da Gerência de Perícia Médica a especificação nominal da futura lotação.

VII - Situações Periciais Definidas por Parecer da Consultoria Jurídica:

a) Remoção Durante Estágio Probatório: em função das diversas e conflitantes publicações constantes das normais legais, foi solicitado esclarecimento dessa matéria à Consultoria Jurídica da Secretaria de Estado de Administração, que concluiu (Anexo VII) pela autonomia de decisão da Gerência de Perícia Médica, independente de estágio probatório, sempre que exista justificativa pericial por motivo de saúde.

CAPÍTULO XV
DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

I - Conceito: benefício pericial indicado para o servidor considerado inválido para todas as funções do cargo e para o trabalho em geral de forma definitiva, depois de verificada a impossibilidade de readaptação, de acordo com a legislação vigente.

II - Objetivo: o servidor efetivo poderá ser aposentado por invalidez, com proventos integrais ou proporcionais, quando comprovada sua incapacidade total e definitiva para o trabalho, não se vislumbrando a possibilidade da readaptação funcional. Quando a aposentadoria for decorrente de acidente de trabalho, de doença profissional (com caracterização de causa e efeito entre a moléstia e a atividade exercida) ou de doença grave especificada na legislação específica, será concedida aposentadoria definitiva com proventos integrais. Nas demais patologias, não abrangidas pela legislação acima referida, a aposentadoria será concedida com proventos proporcionais.

III - Legislação: o enquadramento pericial tem como fundamento legal:

a) a Constituição Federal do Brasil (art. 40): "Aos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, é assegurado regime de previdência de caráter contributivo e solidário, mediante contribuição do respectivo ente público, dos servidores ativos e inativos e dos pensionistas, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial e o disposto neste artigo (Redação dada ao artigo pela Emenda Constitucional nº 41, de 19/12/2003).

§ 1º Os servidores abrangidos pelo regime de previdência de que trata este artigo serão aposentados, calculados os seus proventos a partir dos valores fixados na forma dos §§ 3º e 17 (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 41 de 19/12/2003).

I - por invalidez permanente, sendo os proventos proporcionais ao tempo de contribuição, exceto se decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, na forma da lei; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 41, de 19/12/2003).

b) a Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008:

Art. 60. O segurado será aposentado por invalidez permanente:

I - com proventos proporcionais ao tempo de contribuição previdenciária, observado o disposto no art. 70 desta Lei Complementar; ou

II - com proventos correspondentes ao valor apurado na forma do art. 70, *caput* e §§ 1º a 5º desta Lei Complementar, quando a aposentadoria decorrer de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, referidas no § 8º deste artigo.

§ 1º A aposentadoria por invalidez será precedida de licença para tratamento de saúde e dependerá de laudo médico-pericial circunstanciado emitido por perícia própria do IPREV ou por este designada, ou dos poderes e órgãos definidos no art. 4º desta Lei Complementar, no qual constará o número da doença, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID), e a declaração de incapacidade permanente para o trabalho, observado o seguinte:

I - a licença para tratamento de saúde será concedida por até 2 (dois) anos, podendo ser prorrogada uma única vez por igual período, mediante manifestação de perícia médica oficial;

II - expirado o período máximo de licença e não estando em condições de reassumir o cargo ou de ser readaptado, o segurado considerado inválido para o serviço público em geral será aposentado por invalidez; e

III - o período compreendido entre o término da licença para tratamento de saúde e a publicação do ato de aposentadoria por invalidez será considerado como de prorrogação da licença.

§ 2º O segurado aposentado por invalidez será submetido à avaliação médica periódica para atestar a permanência das condições que lhe causaram a incapacidade laboral, conforme definido em regulamento.

§ 3º Verificada a insubsistência dos motivos geradores da incapacidade, cessar-se-á o benefício de aposentadoria por invalidez, sendo o segurado revertido ao serviço público ou posto em disponibilidade, nos termos do Estatuto dos Servidores do Estado de Santa Catarina.

§ 4º Em caso de doença que impuser afastamento compulsório, com base em laudo conclusivo da perícia própria do IPREV ou por este designada, ou dos poderes e órgãos definidos no art. 4º desta Lei Complementar, a aposentadoria por invalidez independerá de licença para tratamento de saúde.

§ 5º A doença grave, contagiosa ou incurável, preexistente ao ingresso no serviço público estadual, da qual decorra a incapacidade laboral do segurado, ensejará aposentadoria por invalidez com proventos proporcionais ao tempo de contribuição.

§ 6º Considera-se acidente em serviço, para os efeitos desta Lei Complementar:

I - o acidente ligado ao serviço que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a perda da capacidade para o trabalho do segurado;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e horário de trabalho; e

III - a doença proveniente de contaminação acidental do segurado no exercício do cargo ou da função.

§ 7º Equipara-se a acidente em serviço, o sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de serviço, quando:

I - na realização de serviço relacionado ao cargo ou função;

II - na prestação espontânea de serviço ao Estado para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

III - em viagem a serviço, inclusive para estudo, quando financiada pelo Estado, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; e

IV - no percurso da residência para o local de trabalho ou dele para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

§ 8º Para os efeitos desta Lei Complementar, considera-se doença incapacitante, as doenças graves, contagiosas ou incuráveis, relacionadas abaixo:

I - alienação mental;

II - cardiopatia grave;

III - cegueira bilateral;

IV - contaminação por radiação;

V - doença de *Alzheimer*;

VI - doença de *Parkinson*;
VII - espondiloartrose anquilosante;
VIII - estado avançado da doença de *Paget* - osteíte deformante;
IX - hanseníase, com sequelas graves e incapacitantes;
X - hepatopatia grave;
XI - nefropatia grave;
XII - neoplasia maligna;
XIII - paralisia irreversível e incapacitante;
XIV - síndrome da imunodeficiência adquirida; e
XV - tuberculose, com sequelas graves e incapacitantes.

§ 9º O pagamento do benefício de aposentadoria por invalidez decorrente de alienação mental somente será feito ao curador do segurado, condicionado à apresentação do termo de curatela.

§ 10. A aposentadoria por invalidez será concedida com base na legislação vigente na data definida em laudo médico-pericial como de início da incapacidade total e definitiva para o trabalho ou, na impossibilidade de tal definição, na data de sua expedição.

§ 11. O IPREV, quando, de qualquer forma, tiver conhecimento que o segurado inativo, aposentado por invalidez permanente, exerce qualquer atividade laboral, determinará a instauração de processo administrativo competente para apuração dos fatos, observado o contraditório e a ampla defesa.

§ 12. No caso previsto no § 11 poderá o IPREV determinar que o segurado inativo seja submetido imediatamente à nova avaliação médico-pericial.

§ 13. Em havendo recusa do segurado em se submeter à perícia será determinada a imediata suspensão do pagamento dos proventos.

Art. 70. No cálculo dos proventos das aposentadorias referidas nos artigos. 60 desta Lei Complementar será considerada a média aritmética simples das maiores remunerações ou subsídios, utilizados como base de cálculo para as contribuições do segurado aos regimes de previdência a que esteve vinculado, correspondentes a 80% (oitenta por cento) de todo o período contributivo desde a competência relativa ao mês de julho de 1994 ou desde a do início da contribuição, se posterior àquela competência.

§ 1º As remunerações consideradas no cálculo do valor inicial dos proventos terão os seus valores atualizados, mês a mês, de acordo com a variação integral do índice fixado para a atualização dos salários de contribuição considerada no cálculo dos benefícios do RGPS.

§ 2º Nas competências a partir de julho de 1994, em que não haja ocorrido contribuição para regime próprio, a base de cálculo dos proventos será a remuneração do servidor no cargo efetivo, inclusive no período em que houve isenção de contribuição.

§ 3º Os valores das remunerações a serem utilizadas no cálculo de que trata este artigo serão comprovados mediante documento fornecido pelos órgãos e pelas entidades gestoras dos regimes de previdência a que o servidor esteve vinculado, ou por outro documento público, na forma do regulamento.

§ 4º Para os fins deste artigo, as remunerações consideradas no cálculo da aposentadoria, atualizadas na forma do § 1º, não poderão ser:

I - inferiores ao valor do salário-mínimo nacional; ou

II - superiores ao limite máximo do salário de contribuição, quanto aos meses em que o servidor esteve vinculado ao RGPS.

§ 5º Os proventos, calculados de acordo com o caput, por ocasião de sua concessão não poderão exceder à remuneração do respectivo segurado no cargo efetivo em que se deu a aposentadoria.

§ 6º Para o cálculo dos proventos proporcionais ao tempo de contribuição será utilizada fração cujo numerador será o seu tempo total e o denominador, o tempo necessário à respectiva aposentadoria voluntária com proventos integrais, observando-se, quanto à aposentadoria por invalidez, o disposto no § 9º deste artigo.

§ 7º A fração de que trata o § 6º deste artigo será aplicada sobre o valor dos proventos calculados nos termos do caput, observando-se, previamente, a aplicação do limite de remuneração do cargo efetivo de que trata o § 5º deste artigo.

§ 8º Os períodos de tempo utilizados no cálculo previsto no § 6º deste artigo serão considerados em número de dias.

§ 9º Os proventos, quando proporcionais ao tempo de contribuição, no caso de aposentadoria por invalidez concedida a partir da entrada em vigor desta Lei Complementar, serão fixados no mínimo em 70% (setenta por cento) do valor a que o segurado teria direito, calculados na forma estabelecida no *caput* deste artigo e em seus §§ 1º a 5º, acrescidos de 1% (um por cento) por ano de contribuição, se mulher, e 0,86% (zero vírgula oitenta e seis centésimos por cento), se homem, até o limite de 100% (cem por cento).

§ 10. Nos casos de aposentadoria compulsória ou por invalidez, se atendidos os requisitos para aposentadoria voluntária cujos cálculos ou critérios de reajustamento dos proventos sejam mais vantajosos será garantido direito de opção ao segurado.

c) a Lei Complementar nº 470, de 9 de dezembro de 2009:

Art. 5º.....

[...]

§ 2º Os casos de aposentadoria por invalidez terão prioridade sobre os demais processos, sendo autorizado o servidor afastar-se imediatamente após a emissão do Laudo Pericial.

IV - Operacionalização: considerando-se que a aposentadoria por invalidez sempre será precedida de licença para tratamento de saúde, os procedimentos descritos naquele benefício também se aplicam neste caso, salvo quando, para conclusão final e por determinação da supervisão médica ou gerente de perícia médica, o servidor seja agendado para avaliação por Junta Médica a fim de definir o benefício indicado pelo médico assistente ou pelo médico perito, que anteriormente tenha atendido aquele servidor em exame pericial para avaliação de capacidade laborativa e constatada impossibilidade de retorno ao trabalho.

V - Resultado Pericial: a conclusão do exame pericial que decidiu, ou não, pelo indicativo de aposentadoria por invalidez, será encaminhada após confecção do laudo de incapacidade laborativa definitiva, com assinatura dos peritos médicos, revisão pelo supervisor, gerente de perícia médica e autoridade diretora, para o setor de recursos humanos onde o servidor estiver lotado.

No caso de indeferimento do benefício, o servidor tem direito a pedido de reconsideração pericial, que também deve ser feito à Gerência de Perícia Médica, juntamente com exames complementares e/ou parecer técnico que justifiquem a mudança do parecer anterior. Tal documentação deverá ser encaminhada à referida gerência que concluirá pelo indeferimento definitivo ou reagendamento com Junta Médica.

VI - Critérios Médico-Periciais para Concessão de Aposentadoria com Integralidade: com base no enunciado definido na Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008, os seguintes critérios periciais deverão ser observados para enquadramento técnico de aposentadoria com proventos integrais:

a) alienação Mental

Conceituação: todo caso de distúrbio mental ou neuromental grave e persistente em que, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação do pragmatismo e tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

Dados técnicos: a perícia médica deverá identificar nos quadros clínicos de alienação mental os seguintes elementos:

1. transtorno intelectual: atinge as funções mentais em conjunto e não apenas algumas delas;
2. falta de autoconsciência: o paciente ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele noção parcial ou descontínua;
3. inadaptabilidade: o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do paciente em relação às regras que disciplinam a vida normal em sociedade;
4. ausência de utilidade: a perda da adaptabilidade redunda em prejuízo para o paciente e para a sociedade.

A alienação mental pode ser identificada no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo estejam satisfeitas todas as condições abaixo discriminadas:

1. seja enfermidade mental ou neuromental;
2. seja grave persistente;
3. seja refratária aos meios habituais de tratamento;
4. provoque alteração completa ou considerável da personalidade;
5. comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, com destruição da autodeterminação e do pragmatismo;
6. torne o paciente total e permanentemente inválido para qualquer trabalho;
7. haja nexo sintomático entre o quadro psíquico e a personalidade do paciente.

São considerados meios habituais de tratamento:

1. psicoterapia;
2. psicofarmacoterapia;
3. terapêutica biológica (eletroconvulsoterapia, insulinoterapia, etc.).

Não é considerado meio de tratamento a utilização de psicofármacos em fase de experiência laboratorial.

Quadros clínicos que cursam com alienação mental:

1. estados de demência (senil, pré-senil, arterioesclerótica, luética, coréica, doença avançada de *Alzheimer* e outras formas bem definidas);
2. psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;
3. paranóia e a parafrenia nos estados crônicos;
4. oligofrenias graves.

São excepcionalmente considerados casos de alienação mental:

1. psicoses afetivas (transtornos afetivos) mono ou bipolar, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível de personalidade (CID-10: F31);
2. psicoses epilépticas, quando caracterizadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
3. psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem quadro irreversível de demência.

Não são casos de alienação mental:

1. transtornos neuróticos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos;
2. desvios e transtornos sexuais;
3. alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica, salvo quando acompanhados de lesão neurológica;
4. oligofrenias leves e moderadas;
5. psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao *stress*);
6. psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis).

b) cardiopatia grave

Conceituação: para o entendimento de cardiopatia grave torna-se necessário englobarem-se no conceito todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas, como agudas.

São consideradas cardiopatias graves:

1. as cardiopatias agudas, que, habitualmente são rápidas em sua evolução, tornarem-se crônicas, caracterizando uma cardiopatia grave, ou as que evoluírem para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais;
2. as cardiopatias crônicas, quando limitarem, progressivamente, a capacidade física, funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação) e profissional, não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando induzirem à morte prematura.

A limitação da capacidade física, funcional e profissional é definida habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes:

1. insuficiência cardíaca;
2. insuficiência coronária;
3. arritmias complexas;
4. hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral secundária a uma cardiopatia.

Dados técnicos - a avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes nas seguintes classes ou graus:

a) Grau I: pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação para a atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito;

b) Grau II: pacientes portadores de doença cardíaca com leve limitação para a atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito;

c) Grau III: pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação para a atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;

d) Grau IV: pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilitam de qualquer atividade física. Esses pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

Diagnóstico clínico - os meios de diagnóstico empregados na avaliação da capacidade funcional do coração são os seguintes:

a) história clínica, com dados evolutivos da doença;
b) exame clínico;
c) eletrocardiograma, em repouso;
d) eletrocardiografia dinâmica (*Holter*);
e) teste ergométrico;
f) ecocardiograma, em repouso;
g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;
h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
i) cintilografia miocárdica, associada ao teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);
j) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;
k) cinecoronarioventriculografia;
l) angiotomografia coronariana.

Os achados fortuitos em exames complementares especializados não são por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave, se não estiverem vinculados aos elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem doença cardíaca incapacitante.

Quadro clínico - o quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave estão relacionados para as seguintes cardiopatias:

a) cardiopatia isquêmica;
b) cardiopatia hipertensiva;
c) miocardiopatias;
d) valvopatias;
e) cardiopatias congênitas;

f) arritmias;
g) cor pulmonale crônico.

Em algumas condições, um determinado item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção < 0,35), porém, na grande maioria dos casos, a princípio, é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares para melhor conceituá-la.

Afecções ou doenças capazes de causar cardiopatia grave:

1. cardiopatia isquêmica, caracterizada por:

Quadro clínico: angina classes III e IV da NYHA e da *Canadian Cardiovascular Society*, apesar de responder à terapêutica; manifestações clínicas de insuficiência cardíaca; arritmias (associar com dados de ECG e *Holter*).

Eletrocardiograma (repouso): zona elétrica inativa, alterações isquêmicas de ST-T, distúrbios da condução atrioventricular e ventricular, hipertrofia ventricular esquerda, fibrilação atrial crônica, arritmias ventriculares complexas.

Radiografia do tórax: cardiomegalia, congestão venocapilar pulmonar.

Teste ergométrico: limitação da capacidade funcional (<5 MET); angina em carga baixa (<5MET); infradesnível do segmento ST: precoce; acentuado (->3mm), morfologia horizontal ou descendente, múltiplas derivações; duração prolongada >6 min. no período de recuperação; supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio; comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD>30mm Hg); insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca); sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço; arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.

Cintilografia miocárdica associada ao teste ergométrico: defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias); dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço; hipercaptação pulmonar; fração de ejeção (FE) em repouso menor ou igual a 0,35 (valor específico para o método); comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%), motilidade parietal regional ou global anormais.

Cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos: interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico.

Ecocardiograma em repouso: fração de ejeção menor ou igual a 0,40 (valor específico para o método), alterações segmentares da contratilidade ventricular, dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda; complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

Ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos: aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistente no ecocardiograma

em repouso; acentuação das alterações de contratilidade preexistentes; comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%).

Eletrocardiografia dinâmica (*Holter*): alterações isquêmicas (ST-T) associadas à dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda; isquemia miocárdica silenciosa; arritmias ventriculares complexas; fibrilação atrial associada à isquemia; distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.

Cinecoronaroventriculografia ou tomografia: lesão de tronco de coronária esquerda maior que 50%; lesões triarteriais moderadas a importantes (maiores que 70% do terço proximal ou médio); lesões bi ou uniarteriais menores que 70% com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas; fração de ejeção menor que 0,40; hipertrofia e dilatação ventricular esquerda; áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

Fatores de risco e condições associadas: idade maior que 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico).

Pós-infarto do miocárdio: disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia); isquemia à distância (em outra área que não a do infarto); arritmias ventriculares complexas; idade avançada; condições clínicas associadas.

Quando o tratamento adequado-clínico, intervencionista ou cirúrgico melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deve ser reavaliado e reconsiderado.

2. cardiopatia hipertensiva, sendo sua gravidade caracterizada pela presença das seguintes condições:

a) hipertensão essencial ou hipertensão secundária;
b) hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou ecocardiograma, que não regride com o tratamento;
c) disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção menor ou igual a 0,40;
d) arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial;
e) cardiopatia isquêmica associada.

3. miocardiopatias, distribuídas em:

3.1) miocardiopatias hipertróficas, sua gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

a) história familiar de morte súbita;
b) paciente sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica;

c) diagnóstico na infância (baixa idade);
d) hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T:

1 - cardiomegalia;
2 - disfunção ventricular esquerda sistólica e/ou diastólica;
3 - fibrilação atrial;
4 - Síndrome de *Wolff - Parkinson - White*;
5 - arritmias ventriculares complexas;
6 - regurgitação mitral importante;
7 - doença arterial coronária associada;
8 - forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50 mm Hg.

3.2) miocardiopatias dilatadas, com as seguintes características:
a) histórias de fenômenos tromboembólicos;
b) cardiomegalia importante;
c) ritmo de galope (B3);
d) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
e) fração de ejeção menor ou igual a 0.30;
f) fibrilação atrial;
g) arritmias ventriculares complexas;
h) distúrbios da condução intraventricular.

3.3) miocardiopatia restritiva (endomiocardiofibrose, fibroelastose), sendo sua gravidade caracterizada pela presença das seguintes condições:

a) história de fenômenos tromboembólicos;
b) cardiomegalia;
c) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
d) envolvimento do ventrículo direito ou biventricular;
e) fibrose acentuada;
f) regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.

3.4) cardiopatia chagásica crônica, sendo sua gravidade caracterizada pela presença das seguintes condições:

a) história de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos;
b) cardiomegalia acentuada;
c) insuficiência cardíaca classe funcional III e IV;
d) fibrilação atrial;
e) arritmias ventriculares complexas;
f) bloqueio bi ou trifascicular sintomático;
g) bloqueio atrioventricular de grau avançado.

4. arritmias cardíacas, constituem características de maior gravidade:

a) disfunção do nó sinusal, sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmia, e especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia;
b) bradiarritmias: bloqueio atrioventricular (BAV) do 2º grau, tipo II, ou BAV avançado;

c) bloqueio atrioventricular total: sintomático; com resposta cronotrópica inadequada ao esforço; com cardiomegalia progressiva; com insuficiência cardíaca; fibrilação atrial com resposta ventricular baixa; bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca);

d) taquiarritmias:

1 - taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia;

2 - taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos) de qualquer etiologia e desencadeadas por qualquer mecanismo;

e) síndrome de pré-excitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos;

f) portadores de marcapasso cardíaco definitivo (anti-bradi ou antitaquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

5. cor pulmonale crônico - constituem características de maior gravidade:

a) quadro clínico:

1 - manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);

2 - insuficiência cardíaca direita;

3 - dores anginosas;

4 - crises sincopais;

5 - hiperfonese da segunda bulha no foco pulmonar;

6 - galope ventricular direito (B3) - PO2 < 60 mm Hg; PCO2 > 50 mm Hg;

b) eletrocardiograma: sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas;

c) ecocardiografia:

1 - hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica;

2 - grande dilatação do átrio direito;

3 - pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, > 60 mm Hg;

4 - insuficiência tricúspide importante;

5 - inversão do fluxo venoso na sístole atrial;

d) estudo hemodinâmico:

1 - dilatação do tronco da artéria pulmonar;

2 - dilatação do ventrículo direito;

3 - dilatação do átrio direito;

4 - pressão na artéria pulmonar maior ou igual a 60 mm Hg;

5 - pressão no átrio direito maior ou igual a 15 mm Hg;

6 - insuficiência pulmonar;
7 - insuficiência tricúspide.

6. cardiopatias congênitas - consideram-se graves as cardiopatias congênitas que apresentam:

a) do ponto de vista clínico:

1 - crises hipoxênicas;
2 - insuficiência cardíaca (classes III e IV);
3 - hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica;
4 - arritmias de difícil controle e potencialmente malignas;

b) do ponto de vista anatômico:

1 - doença arterial pulmonar;
2 - necrose miocárdica, por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias;
3 - drenagem anômala total infracardíaca ou origem das artérias coronárias;
4 - drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as veias sistêmicas;
5 - hipotrofia ventricular direita;
6 - agenesias valvares (pulmonar e aórtica);
7 - hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral;
8 - hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;
9 - estenose mitral;
10 - transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações;
11 - ventrículos únicos com atresias valvares;
12 - ectopias cardíacas com alterações múltiplas;
13 - cardiopatias complexas.

7. valvulopatias: distribuídas em:

7.1) insuficiência mitral - caracterizada por:

a) quadro clínico:

1 - insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
2 - frêmito sistólico palpável na região da ponta;
3 - primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética (no foco mitral);
4 - sopro holossistólico no foco mitral, de intensidade > 3/6, com irradiação em faixa ou círculo;
5 - segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar;
6 - desdobramento amplo e constante da segunda bulha no foco pulmonar;

b) eletrocardiograma:

1 - sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas;

2 - fibrilação atrial;

c) estudo radiológico:

1 - aumento acentuado da área, com predominância das cavidades esquerdas;
2 - sinais de congestão venocapilar pulmonar;
3 - sinais de hipertensão pulmonar;

d) ecocardiograma:

1 - presença de jato regurgitante, de grande magnitude;
2 - comprometimento progressivo da função ventricular sistólica;
3 - aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo;
4 - inversão do fluxo sistólico em veia pulmonar;
5 - sinais de hipertensão pulmonar;

e) hemodinâmica e angiografia:

1 - onda "v" com valor maior ou igual a três vezes, em relação à média do capilar pulmonar;
2 - opacificação do átrio esquerdo igual ou superior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de *Sellers*;
3 - fração de regurgitação maior ou igual a 60% (FR=volume de regurgitação/volume sistólico total).

7.2) estenose mitral - caracterizada por:

a) quadro clínico:

1 - história de comissurotomia mitral prévia;
2 - fenômenos tromboembólicos;
3 - insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
4 - episódios de edema pulmonar agudo;
5 - escarros hemoptóicos;
6 - fibrilação atrial;
7 - estalido de abertura da valva mitral precoce;
8 - impulsão sistólica de ventrículo direito
9 - segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar;
10 - sinais de insuficiência tricúspide;

b) eletrocardiograma:

1 - fibrilação atrial;
2 - sinais de sobrecarga de câmaras direitas;

c) estudo radiográfico:

1 - inversão do padrão vascular pulmonar;
2 - sinais de hipertensão arteriolar pulmonar;

3 - sinais de hipertensão venocapilar pulmonar;

d) ecocardiograma:

1 - área valvar<1,0 cm²;
2 - tempo de 1/2 pressão>200 ms;
3 - gradiente transvalvar mitral médio>15 mm Hg;
4 - sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar>50 mm Hg);
5 - presença de trombo no átrio esquerdo.

e) hemodinâmica:

1 - área valvar<1,0 (cm);
2 - gradiente diastólico mitral médio>15 mm Hg;
3 - pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo>20 mm Hg;
4 - pressão sistólica de artéria pulmonar>50 mm Hg.

7.3) insuficiência aórtica - caracterizada por:

a) quadro clínico:

1 - insuficiência cardíaca classes funcionais III e IV;
2 - manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
3 - síndrome de *Marfan* associada;
4 - presença de galope ventricular (B3);
5 - sopro de *Austin-Flint* na ponta;
6 - *ictus* hipercinético deslocado externamente;
7 - pressão diastólica próxima à zero;
8 - queda progressiva da pressão arterial sistólica.

b) eletrocardiograma:

1 - sinais de sobrecarga ventricular esquerda, com onda T negativa, em precordiais esquerdas;
2 - sinais de sobrecarga atrial esquerda;
3 - fibrilição atrial;

c) estudo radiográfico:

1 - aumento importante da área cardíaca com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em “bota”);
2 - dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente;
3 - dilatação do átrio esquerdo;

d) ecocardiograma:

1 - jato regurgitante Ao/(VE largo e extenso);
2 - fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente;
3 - abertura valvar mitral, ocorrendo somente com a sístole atrial;

4 - piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda;

5 - queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço;

e) medicina nuclear associada à teste ergométrico: comportamento anormal da fração de ejeção;

f) hemodinâmica e angiografia:

1 - baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aorto-ventriculares;

2 - pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (maior ou igual a 20 mm Hg);

3 - opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (Graus III e IV de *Sellers*);

4 - fração de regurgitação igual ou maior do que 60%.

7.4) estenose aórtica - caracterizada por:

a) quadro clínico:

1 - sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);
2 - angina de peito;
3 - presença de terceira bulha;
4 - insuficiência cardíaca;
5 - pressão arterial diferencial reduzida;
6 - pico tardio de intensidade máxima do sopro;
7 - desdobramento paradoxal da segunda bulha;
8 - fibrilação atrial;

b) eletrocardiograma:

1 - sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnivelamento de ST e onda T negativa, em precordiais esquerdas;

2 - sobrecarga atrial esquerda;
3 - fibrilação atrial;
4 - arritmias ventriculares;
5 - bloqueio atrioventricular total;

c) ecocardiograma:

1 - área valvar menor ou igual a 0,75 cm^2;

2 - gradiente médio de pressão transvalvar aórtica maior ou igual a 50 mm Hg;

3 - gradiente máximo maior ou igual a 70 mm Hg;
4 - sinais de hipocinesia ventricular esquerda;

d) hemodinâmica:

1 - área valvar igual ou menor a 0,75 cm^2;
2 - hipocinesia ventricular esquerda;

3 - coronariopatia associada.

7.5) prolapso valvar mitral - caracterizada por:

a) história familiar de morte súbita;
b) história de síncope, fenômenos trombo-embólicos fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas, cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas); regurgitação mitral importante;
c) disfunção ventricular esquerda, prolapso valvar tricúspide associado, ruptura de cordoalhas tendíneas, síndrome de *Marfan* associada.

8. tumores cardíacos:

- tumores malignos, deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento da neoplasia maligna.
- tumores benignos, com alterações funcionais irreversíveis.

A ausência de um ou outro aspecto que caracterizam as patologias acima discriminadas não afasta o diagnóstico de cardiopatia grave, desde que seja identificada a doença pelas características que se fizerem evidentes e que sejam mais marcantes.

c) cegueira:

Conceituação: cegueira ou amaurose é o estado patológico no qual a acuidade visual de ambos os olhos é igual à zero, sem percepção luminosa, depois de esgotados os recursos de correção óptica.

Visão Subnormal ou baixa visão: condição em que há comprometimento do funcionamento visual mesmo após tratamento e correção dos erros refracionais comuns com acuidade visual inferior a 0,3 até 0,05 ou campo visual muito reduzido (inferior a dez graus do ponto de fixação).

Cegueira legal: condição em que a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 e/ou o campo visual só no ponto central da fixação, mesmo que a acuidade visual não estiver comprometida.

São equivalentes à cegueira e como tais consideradas:

a) os casos de visão subnormal, nos limites previstos neste Manual, não susceptíveis de correção óptica, nem capazes de serem beneficiados por tratamento médico-cirúrgico;
b) os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular) comprovados por campimetria, independente do grau de acuidade visual central, que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do paciente, exigindo a ajuda de terceiros.

Graus de perda parcial da visão equivalente à cegueira:

Grau I: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/70 na escala de *Snellen*, e a mínima

igual ou superior a 20/700 *Snellen*; bem como, em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de *Snellen*;

Grau II: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/200 *Snellen*, e a mínima for igual ou superior a 20/400 *Snellen*;

Grau III: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/400 *Snellen*, e a mínima igual ou superior a 20/1200 *Snellen*;

Grau IV: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20000 *Snellen* ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 1 (um) metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

Serão enquadrados nos Graus I, II, e III os pacientes que tiverem redução do campo visual, no melhor olho, entre 20º e 10º, entre 10º e 5º e menor que 5º, respectivamente.

Avaliação da acuidade visual - escalas adotadas:

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, a avaliação pericial adotará as escalas *Snellen* e Decimal na avaliação da acuidade visual para longe, e a escala *Jaeguer* na avaliação da acuidade visual para perto.

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe:

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO (eficiência visual)
20/20	1,0	100
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/30	0,6	91,4
20/40	0,5	83,6
20/50	04	76,5
20/60	0,3	69,9
20/70	0,28	63,8
20/80	0,25	58,5
20/100	0,2	48,9
20/200	0,1	20.0
20/400	0,05	10,0

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para perto:

JAEGUER	1	2	3	4	6	7	8	10	11	14
% DE VISÃO	100	100	90	80	50	40	30	20	15	5

d) espondilite anquilosante

Conceituação: aspondilite anquilosante, denominada inadequadamente de espondiloartrose anquilosante nos textos legais, é uma doença reumática inflamatória crônica, não associada ao fator reumatóide, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes os ligamentos da coluna. O processo geralmente se inicia pelas articulações sacroilíacas e, ascendentemente, atinge a coluna vertebral.

Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e desta resulta rigidez progressiva da coluna. As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

Entende-se por anquilose ou ancilose a rigidez ou fixação de uma articulação, reservando-se o conceito de anquilose óssea verdadeira à fixação completa de uma articulação em consequência da fusão patológica dos ossos que a constituem.

Diagnóstico: critérios para o diagnóstico de espondilite anquilosante:

a) dor lombar com duração igual ou superior a 3 (três) meses que melhora com exercício e não alivia com repouso;
b) limitação da mobilidade da coluna lombar (movimentos laterais, para frente e para trás);
c) diminuição da expansão torácica em relação aos valores normais para sexo e idade;
d) sacroileíte bilateral grau 2-4 ou unilateral grau 3-4.

As artropatias degenerativas da coluna vertebral, também conhecida como artroses, osteoartrites ou artrites hipertróficas, acarreta maior ou menor limitação dos movimentos da coluna pelo comprometimento das formações extra-articulares, mas não determinam anquilose, razão pela qual não podem ser assim enquadradas.

e) Estados avançados da Doença de *Paget* (osteíte deformante)

Conceituação: a Doença de *Paget* é um distúrbio localizado da remodelação óssea, que atinge tanto homens como mulheres e cujo diagnóstico quase sempre é feito após os 50 (cinquenta) anos. A doença pode ser monostótica (quando apenas um osso ou uma parte de um osso é afetado) ou poliostótica (quando dois ou mais ossos estão envolvidos). As áreas ósseas acometidas são assimétricas e os locais mais frequentes incluem a pelve, as vértebras, o crânio e a tíbia. A evolução é lenta e progressiva, caracterizada por deformações ósseas.

Quadro clínico: a evolução da doença, que pode acompanhar-se de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, se processa em duas fases:

a) fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido ósseo ricamente vascularizado, onde são comuns fraturas com consolidação rápida;

b) fase de relativa inatividade, com formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado, onde as fraturas têm retardo de consolidação.

Enquadramento técnico: os estados avançados da Doença de *Paget* apresentam as seguintes características:

a) lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, ósteo-artrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);
b) complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgias;
c) complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca de alto débito, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

Diagnóstico: exames subsidiários elucidativos e indispensáveis à conclusão pericial:

a) exame radiológico: aumento do volume ósseo, espessamento da cortical, trabeculado grosseiro e lesões líticas e escleróticas;
b) dosagem da fosfatase alcalina sérica: valores com resultados dez vezes acima do normal geralmente indicam comprometimento do crânio ou doença poliostótica extensa, enquanto que valores inferiores a três vezes o limite superior podem indicar comprometimento monostótico ou a forma esclerótica da doença;
c) cintilografia óssea: para análise de comprometimento de vários sítios ósseos.

f) *hanseníase*

Conceituação: A *hanseníase* é uma doença infecto-contagiosa de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de *Hansen*), de curso crônico, com predileção pela pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

O Ministério da Saúde define como caso de hanseníase para tratamento, quando um ou mais dos seguintes achados encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele.

Classificação: a *hanseníase* pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

1. paucibacilares (PB) - baciloscopia negativa:

a) tuberculóide (T);
b) indeterminada (I) - mitsuda positiva.

2. multibacilares (MB) - baciloscopia positiva:

a) virchowiana (V);
b) dimorfa (D);

c) indeterminada (I) - mitsuda negativa.

O teste de *Mitsuda* é recomendado para agrupar as formas clínicas I em PB ou MB. A forma clínica I com *Mitsuda* negativa é potencialmente MB.

Quadro clínico das principais características das formas clínicas de *hanseníase*:

Hanseníase tuberculóide - T: nessa forma clínica se encontram lesões bem delimitadas, em número reduzido, anestésicas e de distribuição assimétrica. Descrevem-se lesões em placas ou anulares com bordas populosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas.

Seu crescimento centrífugo lento leva à atrofia no interior da lesão. Em sua forma neural pura não se observam lesões cutâneas: há espessamento do tronco nervoso e dano neural precoce e grave, em especial quando atinge nervos sensitivo-motores. A baciloscopia resulta negativa. O exame histológico evidencia a presença de granuloma tipo tuberculóide de células epitelióides, linfócitos e células gigantes tipo *Langhans*. A *hanseníase* tuberculóide, juntamente com a *hanseníase* indeterminada constituem as formas paucibacilares da hanseníase.

Hanseníase virchowiana - HV: trata-se de forma multibacilar, reconhecida por corresponder ao pólo de baixa resistência, dentro do espectro imunológico da doença. Portanto, manifesta-se naqueles indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o *Mycobacterium leprae*. Admite-se que a HV possa evoluir a partir da forma indeterminada ou se apresentar como tal desde o início. Sua evolução crônica caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço. Na pele descrevem-se pápulas, nódulos e máculas. A infiltração é difusa e mais acentuada na face e nos membros. A pele torna-se luzidia, xerótica, com aspecto apergaminhado e tonalidade semelhante ao cobre. Há rarefação dos pelos nos membros, cílios e supercílios. A queda de pelos neste local chama-se madarose. A infiltração da face, incluindo os pavilhões auriculares, com madarose e manutenção da cabeleira, forma o quadro conhecido como fácies leonina. O comprometimento nervoso ocorre na pele, na inervação vascular e nos troncos nervosos. Estes últimos vão apresentar deficiências funcionais e sequelas tardias. Os nervos mais comumente atingidos são: cubital, ciático poplíteo externo e auricular magno.

No comprometimento das mucosas, é precoce o aparecimento de rinite posterior e destruição do septo nasal. Podem ocorrer também lesões viscerais principalmente no fígado, baço e testículos. A HV apresenta baciloscopia fortemente positiva e representa, nos casos virgens de tratamento, importante foco infeccioso ou reservatório da doença.

Hanseníase indeterminada - HI: considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase e, após período de tempo que varia de poucos meses até anos, ocorre evolução para cura ou para outra forma clínica (tuberculóide ou virchowiana). As lesões da HI surgem após um período de incubação que varia, em média, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas, com alteração de sensibilidade, ou simplesmente por áreas de hipoestesia na pele. As lesões são em pequeno número e podem se localizar em qualquer área da pele. Frequentemente, apenas a sensibilidade térmica encontra-se alterada. Não há comprometimento de troncos nervosos nesta forma clínica, apenas ramúsculos nervosos cutâneos. A baciloscopia mostra-se negativa.

Hanseníase dimorfa - HD: esse grupo é caracterizado por sua instabilidade imunológica, o que faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico. As lesões da pele revelam-se numerosas e a sua morfologia mescla aspectos de HV e HT, podendo haver predominância ora de uma, ora de outra forma. Compreendem placas eritematosas, manchas hipocrômicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas com limite interno nítido e limites externos imprecisos, placas eritemato-ferruginosas ou violáceas, com bordas internas nítidas e limites externos difusos. A infiltração assimétrica da face, dos pavilhões auriculares e a presença de lesões no pescoço e nuca são elementos sugestivos desta forma clínica. As lesões neurais são precoces, assimétricas e, com frequência, levam a incapacidade física. A baciloscopia pode ser negativa ou positiva com índice bacilar variável.

Surtos reacionais: representam episódios inflamatórios que se intercalam no curso crônico da hanseníase. As reações seguem-se a fatores desencadeantes, tais como: infecções intercorrentes, vacinação, gravidez, puerpério, medicamentos iodados, estresse físico e emocional.

Reação tipo 1 (reação reversa) tende a surgir mais precocemente no tratamento, caracteristicamente na hanseníase dimorfa; há exacerbação das lesões pré-existentes, que se tornam edemaciadas, eritematosas, podendo chegar à ulceração. As neurites são frequentes, podendo ser a única manifestação clínica. Às vezes o dano funcional do nervo se instala sem quadro clínico de dor e espessamento do nervo. Os nervos mais comprometidos são: facial, grande auricular, ulnares, medianos, fibular comum e tibial posterior.

Reação tipo 2 (eritema nodoso da hanseníase): observada nas formas virchowiana e dimorfa, geralmente após seis meses de tratamento. A lesão típica é o eritema nodoso que se caracterizam por lesões eritematosas, dolorosas, de tamanhos variados incluindo pápulas e nódulos, localizadas em qualquer região da pele.

Em alguns casos, o quadro reacional evolui com neurite, orquite, irite, iridociclite, artrite, mão e pé reacionais, linfadenite, proteinúria e dano hepático. Edema de membros inferiores, pré-tibialgia e febre acompanham esta reação.

Normas de incapacidade definitiva: a avaliação pericial concluirá pela incapacidade definitiva por *hanseníase* dos examinados que:

a) permanecerem com sinais de atividade clínica após completarem o tratamento;

b) tiverem a ocorrência de atividade clínica após a alta por cura, isto é, recidiva;

c) manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;

d) apresentarem sequelas invalidantes.

g) Doença de *Parkinson*

Conceituação: também chamada paralisia agitante, é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecida, resultante do comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal.

Quadro clínico: caracterizado pelos seguintes sinais:

a) tremor: hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;

b) rigidez muscular: sinal característico e eventualmente dominante, acompanhado de exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada".

c) bradicinesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos.

O *Parkinsonismo* secundário, também chamado Síndrome de *Parkinson*, é consequente a lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas (inclusive medicamentos), endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.

Normas de incapacidade definitiva: a avaliação pericial concluirá pela incapacidade definitiva quando o quadro clínico determinar o impedimento do examinado para o desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

A avaliação pericial não concluirá pela incapacidade definitiva dos portadores de *parkinsonismo* secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

A avaliação pericial deverá, sempre que possível e identificável, especificar a etiologia da Síndrome de *Parkinson* responsável pela incapacidade do examinado.

h) nefropatia grave

Conceituação: são consideradas nefropatias graves as patologias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência renal, determinando incapacidade para o trabalho e/ou risco de vida.

As nefropatias graves são caracterizadas pelas seguintes manifestações clínicas e alterações nos exames complementares:

Quadro clínico: apresentam as seguintes características:

1. manifestações clínicas:

a) ectoscópicas: palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;

b) cardiovasculares: pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;

c) gastrintestinais: soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarréia ou obstipação;

d) neurológicas: cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;

e) oftalmológicas: retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;

f) pulmonares: pulmão urêmico e derrame pleural;

g) urinárias: nictúria

2. alterações nos exames complementares:

a) alterações laboratoriais:

- diminuição da filtração glomerular;
- aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico;
- distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
- acidose metabólica;
- diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
- anemia normocrômica e normocítica.

b) alterações nos exames de imagem:

- diminuição (atrofia) das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
- distorções da imagem normal consequente a cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
- distensão (hidronefrose) do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;
- diminuição da eliminação de contrastes, quando usados.

Classificação: devem ser observados os seguintes critérios técnicos:

1. A estimativa da Filtração Glomerular - FG representa a melhor medida da função renal global em indivíduos sadios e doentes. O nível normal de FG varia de acordo com a idade, sexo e superfície corporal. A FG normal em adultos jovens é de aproximadamente 120 a 130 ml/min/1,73 e declina com a idade. Um nível de FG abaixo de 60 ml/min representa perda de metade do nível da função renal normal. Uma queda na FG precede o aparecimento de sintomas de falência renal em todas as formas de doença renal progressiva.

2. O uso da creatinina sérica é limitado na avaliação da FG, pois é afetado pela idade, sexo, raça, superfície corporal, dieta, drogas e diferenças em

métodos laboratoriais. Por isso, recomendamos que a creatinina sérica seja ajustada por meio da fórmula de *Cockcroft-Gault*, conforme abaixo:

$$FG\ (ml/min) = \frac{140\text{-idade} \times \text{peso}}{72 \times \text{creatinina sérica}} \times 0{,}85 \text{ se mulher}$$

3. Considerados os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, as nefropatias podem ser divididas em cinco fases (estágios):

a) fase de lesão com função renal normal (fase 1) - corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, ou seja, FG acima de 90 ml/min.

b) fase de insuficiência renal funcional ou leve (fase 2) - nessa fase os níveis plasmáticos de uréia e creatinina ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal. Corresponde a uma FG entre 60 e 89 mlmin.

c) fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada (fase 3) - nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta sinais e sintomas ligados à causa básica (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, *lupus* eritematoso, infecções urinárias). A avaliação laboratorial simples já nos mostra, quase sempre, níveis elevados de uréia e de creatinina plasmáticas. Corresponde a uma FG entre 30 e 59 ml/min.

d) fase de insuficiência renal clínica ou severa (fase 4) - o paciente já se ressente de disfunção renal. Apresenta marcantes sinais e sintomas de uremia: anemia, hipertensão arterial, edema, adinamia, náuseas, vômitos, hiporexia. Corresponde a uma FG entre 15 e 29 ml/min.

e) fase terminal de insuficiência renal (fase 5) - nesta fase os rins perderam o controle do meio interno, tornando-o bastante alterado, incompatível com a vida. O paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são a diálise ou o transplante renal. Corresponde a uma FG inferior a 15 ml/min.

Manifestaçãoes patológicas: principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir nefropatia grave: nefropatia diabética; nefropatia hipertensiva; glomerulonefrites crônicas consequentes a depósitos de imunocomplexos glomerulonefrite crônica consequente a anticorpo antimembrana basal; necrose cortical difusa; vasculites; nefropatia consequente à obstrução do fluxo urinário; necrose medular bilateral; pielonefrite crônica; amiloidose renal; nefropatia por irradiação neoplasias (hipernefroma, linfoma, infiltração leucêmica); obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica); nefropatias hereditárias (rins policísticos, *Alport* e outras).

Normas de incapacidade definitiva deverão ser observar:

1. as nefropatias da fase 1 (lesão renal com função renal normal) não são enquadradas como nefropatia grave.

2. as nefropatias da fase 2 (insuficiência renal leve ou funcional) não são enquadradas como nefropatia grave.

3. as nefropatias da fase 3 (insuficiência renal moderada) são enquadradas como nefropatia grave quando acompanhadas de sinais e sintomas que determinem a incapacidade laborativa do examinado.

4. as nefropatias das fases 4 e 5 (insuficiência severa e insuficiência renal terminal) são enquadradas como nefropatia grave.

As avaliações periciais deverão, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da afirmativa ou negativa de Nefropatia Grave (inciso XI do § 8º do art. 60 da Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008), para fim de enquadramento legal.

i) neoplasia maligna

Conceituação: 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 -CID-10.

Prognóstico: determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

a) grau de proliferação celular;
b) grau de diferenciação celular;
c) grau de invasão vascular e linfática;
d) estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
e) resposta à terapêutica específica;
f) estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

Avaliação diagnóstica e estadiamento: o diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

a) biópsia da lesão com estudo histopatológico;
b) exames citológicos;
c) exames ultrassonográficos;
d) exames endoscópicos;
e) exames de tomografia computadorizada;
f) exames de ressonância nuclear magnética;
g) exames cintilográficos;
h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;
i) exames radiológicos.

Normas de incapacidade definitiva: as avaliações periciais realizadas por junta médica farão indicativo de aposentadoria definitiva para os examinados que forem portadores de neoplasias malignas, e:

a) manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna;
b) tornarem-se inválidos em consequência de sequelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna.

A avaliação pericial deverá, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anátomo-patológico da neoplasia, sua localização, presença de metástases, suas sequelas e acrescentar a expressão Neoplasia Maligna (inciso XII do § 8º do art. 60 da Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008), para fim de enquadramento legal.

j) paralisia irreversível e incapacitante

Conceituação: entende-se por paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, a qual implica interrupção de uma das vias motoras, em qualquer ponto, desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular, pela lesão do neurônio motor central ou periférico.

A abolição das funções sensoriais, na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas, caracteriza a paralisia funcional.

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 mobilidade, a sensibilidade e a troficidade e que tornem o examinado total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

São equiparadas às paralisias as lesões ósteo-músculo-articulares e vasculares graves e crônicas, das quais resultem 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, bem como os casos de amputação de membros (ou grande parte destes) que necessariamente ocasionem perda da capacidade funcional e laborativa.

Não se equiparam às paralisias, as lesões ósteo-músculo-articulares degenerativas envolvendo a coluna vertebral.

São equiparadas às paralisias as paresias das quais resultem alterações extensas das funções nervosas e da motilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

Classificação das paralisias considerando-se a localização e a extensão das lesões:

a) paralisia isolada ou periférica: quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
b) monoplegia: quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
c) hemiplegia: quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
d) paraplegia ou diplegia: quando são atingidos os membros inferiores ou superiores simultaneamente;
e) triplegia: quando resulta da paralisia de três membros;
f) tetraplegia: quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

k) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS

Conceituação: será considerado como caso de AIDS todo servidor que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente) no qual seja diagnosticada imunodeficiência (pelo menos uma doença indicativa de AIDS e/ou contagem de linfócitos T CD4 abaixo de 350 células/mm³), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência.

- Critério CDC adaptado. O Anexo III faz referências aos critérios técnicos de avaliação do portador de SIDA/AIDS.

Será considerado como caso de AIDS todo servidor que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV (dois testes de triagem de detecção de anticorpos ou um confirmatório reagente) e, além disso, um somatório de pelo menos dez pontos numa escala de sinais, sintomas ou doenças, independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência - Critério Rio de Janeiro/Caracas.

Como evidência de imunodeficiência faz-se necessária uma contagem de linfócitos CD4 menor do que 350 células/mm³ e/ou o diagnóstico de pelo menos uma das doenças indicativas de AIDS: câncer cervical invasivo, candidose de esôfago, candidose de traquéia, brônquios ou pulmões; citomegalovirose em qualquer outro lugar que não seja fígado, baço e linfonodos (exemplo: retinite por citomegalovirose); criptococose extrapulmonar; criptosporidiose intestinal crônica (>um mês); herpes simples mucocutâneo por período superior a um mês; histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares); isosporidiose intestinal crônica (>um mês); leucoencefalopatia multifocal progressiva; linfoma não-*Hodgkin* de células B e linfoma maligno imunoblástico; linfoma primário do cérebro; pneumonia por Pneumocystis Carinii; qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase); reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite; sepse recorrente por bactérias do gênero Salmonella (não tifóide); toxoplasmose cerebral.

Escala de sinais, sintomas ou doenças, com a respectiva pontuação, utilizada no critério de definição Rio de Janeiro/Caracas:

a) anemia/ou linfopenia e/ou trombocitopenia; astenia por mais de um mês; caquexia; dermatite persistente; diarréia por mais de um mês; febre por mais de um mês; linfadenopatia por mais de um mês; tosse persistente associada ou não a qualquer pneumonia (exceto tuberculose ou pneumonite, determinada radiologicamente - dois pontos);

b) candidose oral ou leucoplasia pilosa; disfunção do sistema nervoso central; herpes zoster em indivíduo com até 60 (sessenta) anos de idade; tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região - cinco pontos;

c) outras formas de tuberculose; sarcoma de *Kaposi* - dez pontos.

l) tuberculose com sequelas graves e incapacitantes

Conceituação: a tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, de evolução aguda ou crônica, de notificação

compulsória. Pode acometer qualquer órgão, tendo, no entanto, nítida predileção pelo pulmão.

Classificação: as lesões tuberculosas são classificadas em:
a) ativas;
b) inativas;
c) de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);
d) curadas.

Os pacientes são distribuídos em classes, com as seguintes características:

a) Classe 0: pacientes sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;
b) Classe I: pacientes com história de exposição à tuberculose, porém sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
c) Classe II: pacientes com infecção tuberculosa caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém sem tuberculose;
d) Classe III: pacientes com tuberculose doença: apresentam quadros clínicos bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

Avaliação do potencial evolutivo das lesões tuberculosas. Nessa avaliação devemos considerar:

- avaliação clínica: presença de sinais e/ou sintomas relacionados com a doença.
- avaliação imunológica: prova tuberculínica (PPD).
- avaliação bacteriológica: pesquisa do *Mycobacterium tuberculosis* nos diferentes materiais, ao exame direto, cultura e inoculação em animais sensíveis.
- avaliação radiológica: estudo radiológico, com destaque dos aspectos infiltrativo, cavitário, nodular, e linear, entre outros, e da característica de estabilidade ou instabilidade das lesões, estudadas por meio de séries de radiografias, obtidas ao longo da evolução da doença.
- avaliação anátomo-patológica: das peças de ressecção ou biópsia, com pesquisa bacteriológica.

Conduta: os servidores que apresentarem sequelas incapacitantes e irreversíveis das lesões tuberculosas serão considerados incapazes definitivamente para o serviço ativo como portadores de sequelas graves e incapacitantes de Tuberculose (inciso XV do § 8º do art. 60 da Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008).

m) hepatopatia grave

Conceituação: são consideradas hepatopatias graves:

a) as hepatopatias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência hepática, determinando incapacidade para o trabalho e/ou risco de vida;
b) as hepatopatias agudas que evoluírem para o óbito.

Classificação: a função hepática e o grau de insuficiência hepática serão avaliados pelos seguintes parâmetros:

a) albumina sérica;
b) bilirrubina sérica total;
c) atividade de protrombina;
d) presença ou ausência de ascite;
e) presença ou ausência de encefalopatia.

Para o estabelecimento do grau de insuficiência hepática serão utilizados os parâmetros abaixo, atribuindo-se a seguinte pontuação:

PARÂMETROS	VARIAÇÃO	PONTOS
Grau de Encefalopatia	Ausente	1
	I e II	2
	III e IV	3
Ascite	Ausente	1
	Discreta	2
	Tensa	3
Bilirrubina (mg/dl)	< 2	1
	2 a 3	2
	> 3	3
Albumina (g/dl)	>3,5	1
	2.8 a 3,5	2
	< 2,8	3
Atividade de Protrombina (%)	> 50	1
	30 a 50	2
	< 30	3

Enquadramento pericial

As hepatopatias do grupo A (5 a 6 pontos) não serão enquadradas como hepatopatia grave.

As hepatopatias do grupo B (7 a 9 pontos) serão enquadradas como hepatopatia grave quando determinarem a incapacidade laborativa do examinado.

As hepatopatias do grupo C (10 ou mais pontos) serão enquadradas como hepatopatia grave.

Serão enquadradas como graves aquelas hepatopatias que, apesar de não atingirem a referida pontuação, sejam irreversíveis e cursem com varizes de esôfago, hipertensão portal, hepatomegalia e/ou esplenomegalia, visto que nestes casos, pode ocorrer evolução sem colestase.

Não serão enquadrados como hepatopatia grave os portadores assintomáticos dos vírus HVB (vírus da hepatite B) e HVC (vírus da hepatite C).

n) doença de *Alzheimer*

Conceituação: doença crônica, incurável, progressiva, degenerativa, que provoca atrofia parenquimatosa por deterioração das células do cérebro. Seus principais sintomas são perda de memória, alteração de personalidade, incapacidade de compreender e julgar, dificuldades de locomoção e de comunicação.

Sinais e sintomas: dificuldades das funções dos lobos parietal e temporal, com perda de memória e desorientação espacial. Disfunção do lobo frontal com perda de inibições sociais, incontinência de esfíncteres e abulia (perda de espontaneidade). Como a degeneração cortical é difusa, pode-se esperar que praticamente todas as partes do córtex cerebral apresentem várias disfunções tais como: afasia, apraxia, distúrbios do movimento, incluindo acinesia, distonias e mioclonia, depressão, agitação e confusão mental.

Classificação: os portadores da doença de *Alzheimer* podem ser classificados em 3 estágios:

- Primeiro estágio: duração média de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Sintomas: esquecimento, confusão, depressão, esquecimento de fatos e lugares, perda de iniciativa, mudanças de humor e personalidade, dificuldade em lidar com dinheiro, irritação fácil.

- Segundo estágio: duração média de 2 (dois) a 10 (dez) anos.

Sintomas: crescente perda de memória; tempo de atenção reduzido; dificuldade de reconhecer amigos e familiares; movimentos e falas repetitivos; agitação, choro, ocasionais tremores musculares e cacoetes; alterações de percepção e de ordem motora; dificuldade em organizar o raciocínio e pensar logicamente (não encontra as palavras certas), dificuldades para ler, escrever e em lidar com números; incapacidade de assumir sua higiene pessoal sem ajuda externa, apresentando muitas vezes, medo de banho; idéias fixas, delirantes e desconfiança. Precisa de supervisão em tempo integral.

- Terceiro estágio: estágio final, com duração média de 1 a 3 anos.

Sintomas: não se reconhece no espelho, não reconhece a família, perda de peso mesmo com boa dieta, não consegue se comunicar com palavras, não controla esfíncteres, apresenta dificuldade em segurar objetos e engolir, precisa de ajuda para todas as atividades comuns do ser humano (tais como comer, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro, etc.); resmunga, geme, grita, produz sons com a boca, dorme demais.

Risco de crises convulsivas, pneumonias aspirativas, infecções urinárias e distúrbios metabólicos.

Enquadramento pericial: a análise pericial irá se basear no quadro demencial apresentado pelo servidor, podendo-se valer dos testes psicológicos para conclusão pericial. As avaliações periciais indicarão aposentadoria definitiva por

invalidez quando comprovarem presença de quadro clínico demencial, sugerindo-se orientar a necessidade de curatela definitiva para o examinado.

VII - Reavaliações periciais do servidor aposentado: com base na legislação vigente (§ 2º do inciso III do art. 60 da Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008) o segurado aposentado por invalidez será submetido à avaliação médica periódica para atestar a permanência das condições que lhe causaram a incapacidade laboral, conforme definido em regulamento.

Verificada a insubsistência dos motivos geradores da incapacidade, cessar-se-á o benefício de aposentadoria por invalidez, sendo o segurado revertido ao serviço público ou posto em disponibilidade, nos termos do Estatuto dos Servidores do Estado de Santa Catarina.

Conforme definido em reunião técnica entre a Diretoria de Saúde do Servidor - DSAS, da Secretaria de Estado da Administração - SEA e o IPREV, o servidor aposentado por invalidez será primeiramente avaliado clinicamente, por solicitação do IPREV à Gerência de Perícia Médica, depois de transcorridos 2 (dois) anos da data de início da sua aposentadoria por invalidez, ficando as demais avaliações determinadas a critério da referida Gerência (no período compreendido entre 2 e 5 anos), respeitada a idade máxima de 60 (sessenta) anos.

Até 90 (noventa) dias anteriores a data limite para reavaliação médica, as coordenadorias e agências de previdência do IPREV SANTA CATARINA encaminharão processo com solicitação de agendamento à Junta Médica Pericial das Unidades Regionais de Saúde do Servidor de sua área de abrangência. Após o agendamento, caberá às coordenadorias e agências de previdência do IPREV SANTA CATARINA convocar o segurado ou o beneficiário para realização de exame médico pericial, por meio de carta com Aviso de Recebimento - AR.

O beneficiário que, comprovadamente, receber a convocação por meio de Aviso de Recebimento - AR ou notificado por Edital, não comparecer para avaliação médico-pericial no prazo determinado, terá o seu benefício suspenso de imediato. O recebimento da convocação ou notificação dar-se-á com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do agendamento da avaliação médico-pericial.

Nas unidades periciais que possuírem Comissão Técnica Pericial - CTP, a avaliação pericial será realizada por médico- perito e a conclusão pericial ficará a cargo da referida comissão, com posterior análise técnica pelo supervisor e gerente de perícia médica.

Nas unidades periciais que não possuírem CTP, a avaliação pericial será efetuada por Junta Médica (composta por pelo menos dois médicos-peritos), com posterior análise pelo supervisor médico e gerente de perícia médica.

Os critérios e definições das doenças graves, contagiosas ou incuráveis relacionadas acima, para fins de concessão de aposentadoria por invalidez aos segurados do Regime Próprio de Previdência do Estado de Santa Catarina - RPPS/SC - são os estabelecidos neste Manual de Normas Técnicas Médico-Periciais, da Diretoria de Saúde do Servidor - DSAS, da Secretaria de Estado da Administração - SEA.

CAPÍTULO XVI
DA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

I - Objetivo: benefício concedido a servidor aposentado ou pensionista que apresente doença do rol das especificadas no dispositivo legal em vigor, ainda que esta tenha sido adquirida após a aposentadoria.

II - Operacionalização: deve ser solicitado ao IPREV ou órgão de lotação, a quem cabe o encaminhamento a Gerência de Perícia Médica para agendamento da avaliação pericial, a fim de se constatar a existência de patologia especificada em lei. Cabe ao perito, por ocasião do exame pericial, mediante exame clínico e subsidiado por parâmetros técnicos e exames complementares, emitir laudo conclusivo, favorecendo ou negando os direitos da lei em tela, devendo o laudo conter o CID (com o respectivo enquadramento) e a data do diagnóstico da referida patologia.

Em função da dificuldade técnica, a Gerência de Perícia Médica fica impedida de avaliar situações de solicitantes não abrangidos pela condição acima descrita (servidor estadual aposentado ou pensionista).

III - Legislação federal:

a) Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988:

Art. 6º Ficam isentos do imposto de renda os seguintes rendimentos percebidos por pessoas físicas:

[...]

XIV - os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia 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, estados avançados 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; (Redação dada pela Lei nº 11.052, de 2004)

XXI - os valores recebidos a título de pensão quando o beneficiário desse rendimento for portador das doenças relacionadas no inciso XIV deste artigo, exceto as decorrentes de moléstia profissional, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída após a concessão da pensão. (Incluído pela Lei nº 8.541, de 1992) (Vide Lei 9.250, de 1995)

b) Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995:

Art. 30. A partir de 1º de janeiro de 1996, para efeito do reconhecimento de novas isenções de que tratam os incisos XIV e XXI do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47 da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, a moléstia deverá ser comprovada mediante laudo pericial emitido por serviço médico oficial, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

§ 1º O serviço médico oficial fixará o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle.

§ 2º Na relação das moléstias a que se refere o inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pelo art. 47, da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, fica incluída a fibrose cística (mucoviscidose).

c) Instrução Normativa SRF nº 15, de 6 de fevereiro de 2001:

Art. 5º Estão isentos ou não se sujeitam ao imposto de renda os seguintes rendimentos:

XII - proventos de aposentadoria ou reforma motivadas por acidente em serviço e recebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e fibrose cística (mucoviscidose);

d) Decreto nº 3.000, de 26 de março de 1999:

Art. 39. Não entrarão no cômputo do rendimento bruto:

Proventos de Aposentadoria por Doença Grave

[...]

XXXIII - os proventos de aposentadoria ou reforma, desde que motivadas por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados de doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida, e fibrose cística (mucoviscidose), com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma (Lei nº 7.713, de 1988, art. 6º, inciso XIV, Lei nº 8.541, de 1992, art. 47, e Lei nº 9.250, de 1995, art. 30, § 2º);

e) Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004: altera o inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave.

Art. 1º O inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 6º .....

XIV - os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia 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, estados avançados 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"; (NR).

IV - Decisões judiciais do Superior Tribunal de Justiça - STJ referentes ao benefício:

I - É considerado isento de imposto de renda o recebimento do benefício de aposentadoria por portador de neoplasia maligna, nos termos do art. 6º, inciso XIV, da Lei nº

7.713/88. II - Ainda que o art. 30 da Lei nº 9.250/95 determine que, para o recebimento de tal benefício, é necessária a emissão de laudo pericial por meio de serviço médico oficial, a "norma do art. 30 da Lei nº 9.250/95 não vincula o Juiz, que, nos termos dos arts. 131 e 436 do Código de Processo Civil, é livre na apreciação das provas acostadas aos autos pelas partes litigantes" (REsp nº 673.741/PB, Relator Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA DJ de 09/05/2005).

III - Sendo assim, de acordo com o entendimento do julgador, esse pode, corroborado pelas provas dos autos, entenderem válidos laudos médicos expedidos por serviço médico particular, para fins de isenção do imposto de renda. Precedente: REsp nº 749.100/PE, Rel. Min. FRANCISCO FALCÃO, DJ de 28.11.2005.

IV - Ainda que se alegue que a lesão foi retirada e que o paciente não apresenta sinais de persistência ou recidiva a doença, o entendimento dominante nesta Corte é no sentido de que a isenção do imposto de renda, em favor dos inativos portadores de moléstia grave, tem como objetivo diminuir o sacrifício do aposentado, aliviando os encargos financeiros relativos ao acompanhamento médico e medicações ministradas. Precedente: REsp 734.541/SP, Rel. Min. Luiz Fux, julgado em 2.2.2006, DJ 20.2.2006 (REsp nº 967.693/DF, Rel. Min. HUMBERTO MARTINS, DJ de 18/09/2007)-REsp1088379/DF-RECURSOESPECIAL2008/0200060-8.

Cinge-se a controvérsia na prescindibilidade ou não da contemporaneidade dos sintomas de neoplasia maligna, para que servidor o público aposentado, submetido à cirurgia para retirada da lesão cancerígena, continue fazendo jus ao benefício isencional do imposto de renda, previsto no artigo 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713/88. 2. Quanto à alegada contrariedade ao disposto no artigo 267, inciso VI, do CPC, por ausência de prova pré-constituída, não prospera a pretensão; porquanto, o Tribunal de origem, como soberano das circunstâncias fáticas e probatórias da causa, confirmou a decisão recorrida e entendeu estar presente documento hábil para comprovar a moléstia do impetrante. Pensar de modo diverso demandaria o reexame de todo o contexto fático-probatório dos autos, o que é defeso a esta Corte em vista do óbice da Súmula 7/STJ.

3. O mesmo argumento utilizado pela Corte de origem tem a virtude de afastar a alegação de violação dos artigos 30, *caput* e § 1º da Lei nº 9.250/95 e 39, § 4º, do Regulamento do Imposto de Renda, a saber: o Decreto n. 3.000/99, feita pelo recorrente.

4. Ainda que se alegue que a lesão foi retirada e que o paciente não apresenta sinais de persistência ou recidiva a doença, o entendimento dominante nesta Corte é no sentido de que a isenção do imposto de renda, em favor dos inativos portadores de moléstia grave, tem como objetivo diminuir o sacrifício do aposentado, aliviando os encargos financeiros relativos ao acompanhamento médico e medicações ministradas. Precedente: REsp 734.541/SP, Rel. Min. Luiz Fux, julgado em 2.2.2006, DJ 20.2.2006.

5. O art. 111 do CTN, que prescreve a interpretação literal da norma, não pode levar o aplicador do direito à absurda conclusão de que esteja ele impedido, no seu mister de apreciar e aplicar as normas de direito, de valer-se de uma equilibrada ponderação dos elementos lógico-sistemático, histórico e finalístico ou teleológico, os quais integram a moderna metodologia de interpretação das normas jurídicas (REsp 192.531/RS, Rel. Min. João Otávio de Noronha, julgado em 17.2.2005, DJ16.5.2005.) - Resp 967693/DFRECURSO ESPECIAL2007/0160218-3.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, a avaliação pericial é encaminhada para avaliação do Supervisor Médico, que complementará a conclusão pericial pelo deferimento, ou não, do benefício pleiteado, com emissão de Termo de Inspeção e encaminhamento para o órgão de origem.

CAPÍTULO XVII
DA ISENÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

I - Objetivo: benefício concedido a servidor inativo aposentado por invalidez ou tempo de serviço, bem como aos respectivos pensionistas, que seja, portador de doenças graves especificadas no art. 60, § 8º, da Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008.

II - Legislação: art. 61 da Lei Complementar nº 412, de 2008:

Art. 61. A contribuição previdenciária prevista no art. 17 desta Lei Complementar incidirá apenas sobre a parcela de proventos que supere o dobro do limite máximo estabelecido para os benefícios do RGPS, quando o beneficiário for portador de doença incapacitante.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto no caput aos aposentados e aos pensionistas em gozo de benefício previdenciário que, após a sua concessão, tenham adquirido doença incapacitante.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão deste benefício é indispensável o exame médico pericial, que comprovará, mediante apresentação de atestado de saúde e exames complementares, a existência de patologia compatível com o benefício pleiteado.

IV - Operacionalização: de posse do atestado de saúde solicitando o benefício, o servidor deverá solicitar ao IPREV agendamento para avaliação médica pericial na Gerência de Perícia Médica, em que deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munidos do atestado de saúde, documento de identidade e demais documentos médicos necessários.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, o processo e prontuário médico são encaminhados para avaliação do supervisor médico, que complementará a conclusão pericial pelo deferimento, ou não, do benefício pleiteado.

CAPÍTULO XVIII
DA REVERSÃO DE APOSENTADORIA

I - Objetivo: a reversão é o reingresso no serviço público do funcionário aposentado, quando insubsistentes os motivos da aposentadoria por invalidez, ou a pedido, apurada a conveniência administrativa em processo regular.

II - Legislação: a reversão da aposentadoria é normatizada pela:

a) Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 181. A reversão é o reingresso no serviço do funcionário aposentado, quando insubsistentes os motivos da aposentadoria por invalidez, ou a pedido, apurada a conveniência administrativa em processo regular.

[...]

§ 3º A reversão dependerá sempre de prova de capacidade física e posse.

b) Lei nº 6.844, de 29 de julho de 1986 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina):

Art. 53. Reversão é o reingresso do membro do magistério aposentado, no cargo anteriormente ocupado, quando insubsistentes os motivos da aposentadoria por invalidez.

§ 1º Para que a reversão possa se efetivar é necessário que o aposentado:

I - não tenha completado 60 (sessenta) anos de idade;

II - seja julgado apto em inspeção de saúde por Junta Médica Oficial;

d) Lei nº 6.843, de 28 de julho de 1986 (Estatuto da Polícia Civil do Estado de Santa Catarina):

Art. 59. Reversão é o retorno à atividade de servidor aposentado:

I – por invalidez, quando junta médica oficial declarar insubsistentes os motivos da aposentadoria; ou

II - no interesse da administração, desde que:

a) tenha solicitado a reversão;

b) a aposentadoria tenha sido voluntária;

c) estável quando na atividade;

d) a aposentadoria tenha ocorrido nos cinco anos anteriores à solicitação; e

e) haja cargo vago.

§ 1º A reversão far-se-á no mesmo cargo ou no cargo resultante de sua transformação.

§ 2º O tempo em que o servidor estiver em exercício será considerado para concessão da aposentadoria.

§ 3º No caso do inciso I, encontrando-se provido o cargo, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga.

§ 4º O servidor que retornar à atividade por interesse da administração perceberá, em substituição aos proventos da aposentadoria, a remuneração do cargo que voltar a exercer, inclusive com as vantagens de natureza pessoal que percebia anteriormente à aposentadoria.

§ 5º O servidor de que trata o inciso II somente terá os proventos calculados com base nas regras atuais se permanecer pelo menos cinco anos no cargo.

§ 6º O Poder Executivo regulamentará o disposto neste artigo.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão da reversão é indispensável o exame médico pericial, realizado em Junta Médica, que comprovará, mediante realização de avaliação clínica e exames complementares, a cura clínica da patologia pré-existente que motivou o indicativo de aposentadoria por invalidez, bem como a inexistência de sequelas incapacitantes.

IV - Operacionalização: a solicitação de reversão deverá ser efetuada mediante processo administrativo junto ao setor de recursos humanos onde o servidor esteja lotado, que encaminhara o referido processo à Gerência de Perícia Médica a fim de se proceder ao agendamento para avaliação médica pericial, em que deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munidos do documento de identidade e demais documentos médicos necessários.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, a avaliação médica e processo administrativo são encaminhados para avaliação do supervisor médico e gerente de perícia médica, que complementarão a conclusão pericial pelo deferimento, ou não, do benefício pleiteado.

CAPÍTULO XIX
DA INTEGRALIZAÇÃO DE PROVENTOS

I - Objetivo: o servidor aposentado por invalidez com os proventos proporcionais tem direito à revisão da sua aposentadoria para efeito de integralização de proventos, sendo que a avaliação médica pericial é realizada por Junta Médica e seu parecer, de acordo com a legislação em vigor, será favorável nos casos em que houver comprovação de doença incapacitante que assegure proventos integrais prevista em lei.

II - Legislação (a integralização de proventos é normatizada por):

a) Lei nº 6.901, de 5 de dezembro de 1986:

Art. 2º Fica assegurado ao servidor de Administração Direta e Autarquia dos Três Poderes e Tribunal de Contas do Estado, aposentado por invalidez, com os proventos proporcionais, a revisão da sua aposentadoria para efeito de integralização dos proventos, desde que comprovada a invalidez permanente mediante laudo emitido pelo órgão médico oficial.

b) Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008: para os efeitos desta Lei Complementar, consideram-se doença incapacitante, as doenças graves, contagiosas ou incuráveis: alienação mental, cardiopatia grave, cegueira bilateral, contaminação por radiação, doença de *Alzheimer*, doença de *Parkinson*, espondiloartrose anquilosante, estado avançado da doença de *Paget*, hanseníase, com sequelas graves e incapacitantes, hepatopatia grave, nefropatia grave, neoplasia maligna, paralisia irreversível e incapacitante, síndrome da imunodeficiência adquirida e tuberculose, com sequelas graves e incapacitantes.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão da integralização de proventos é indispensável o exame médico pericial, realizado em Junta Médica, que comprovará, mediante realização de avaliação clínica e exames complementares, o diagnóstico da patologia especificada em lei.

IV - Operacionalização: a solicitação de integralização de proventos deverá ser efetuada mediante processo administrativo junto ao setor de recursos humanos onde o servidor esteja lotado, que encaminhará o referido processo à Gerência de Perícia Médica a fim de se proceder ao agendamento para avaliação médica pericial, onde deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munidos do documento de identidade e demais documentos médicos necessários.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, a avaliação médica e processo administrativo são encaminhados para avaliação do supervisor médico e gerente de perícia médica, que complementarão a conclusão pericial pelo deferimento, ou não, do benefício pleiteado.

CAPÍTULO XX
DO SALÁRIO TRIPLO

I - Objetivo: corresponde a benefício equivalente a 3 (três) vezes o salário família e é concedido ao servidor que comprovar ter dependente inválido e com deficiência física ou mental; comprovado após avaliação médico-pericial.

II - Legislação: o salário triplo é normatizado por:

a) Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado):

Art. 122. É garantido ao funcionário ativo e inativo, ou em disponibilidade, a título de salário-família, auxílio especial correspondente a 5% (cinco por cento) do menor vencimento pago pelo Estado.

§ 1º Conceder-se-á salário-família ao funcionário:

I - pelo cônjuge ou companheiro(a) que não exercer atividade remunerada, designado como dependente junto ao órgão previdenciário do Estado;

II - por filho menor de 18 (dezoito) anos, ou, comprovada a dependência econômica, se menor de 21 (vinte e um) anos, prorrogável até 24 (vinte e quatro) anos, quando se tratar de estudante universitário;

III - por filho incapaz para o trabalho;

IV - pelo ascendente, sem rendimento próprio, que viva às expensas do funcionário.

§ 2º Compreende-se neste artigo o filho de qualquer condição, o enteado e o menor que, mediante autorização judicial, viva sob a guarda e sustento do funcionário.

§ 3º Quando o pai e mãe forem funcionários do Estado e viverem em comum, o salário-família será concedido ao pai; se não viverem em comum, ao que tiver os dependentes sob sua guarda; e, se ambos os tiverem, de acordo com a distribuição dos dependentes.

§ 4º Equiparam-se ao pai e à mãe os representantes legais dos incapazes e as pessoas a cuja guarda e manutenção estiverem judicialmente confiados os beneficiários.

§ 5º O valor do salário-família por filho incapaz para o trabalho, corresponderá ao triplo do estabelecido neste artigo.

b) Lei nº 6.844, de 29 de julho de 1986 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Santa Catarina):

Art. 146. É garantido ao membro do magistério ativo e inativo, ou em disponibilidade, a titulo de salário-família, auxílio especial correspondente a 5% (cinco pôr cento) do menor vencimento pago pelo Estado.

§ 1º Conceder-se-á Salário-Família ao membro do magistério:

I - pelo cônjuge que não exerça atividade remunerada;

II - pôr filho menor de 18 (dezoito) anos, ou comprovada a dependência econômica, se maior de 21 (vinte e um) anos prorrogável até 24 (vinte e quatro) a nos, quando se tratar de estudante universitário.

III - pôr filho incapaz para o trabalho

IV - pelo ascendente, sem rendimento próprio que viva as expensas do funcionário.

§ 2º Compreende-se neste artigo o filho de qualquer condição ou enteado e o menor que mediante autorização judicial, viva sob a guarda e sustento do funcionário.

§ 3º Quando pai e mãe forem funcionários do Estado e viverem em comum, o salário-família será concedido ao pai; se não viverem em comum, ao que tiver os dependentes sob sua guarda; e, se ambos os tiverem, de acordo com a distribuição dos dependentes.

§ 4º Equiparam-se ao pai e à mãe os representantes legais dos incapazes e às pessoas a cuja guarda e manutenção estiverem judicialmente confiados os beneficiários.

§ 5º O valor do salário-família pôr filho incapaz para o trabalho, corresponderá ao triplo do estabelecido neste artigo.

c) Lei nº 6.843, de 28 de julho de 1986 (Estatuto da Polícia Civil do Estado de Santa Catarina):

Art. 202. É garantido ao policial civil ativo ou inativo, ou em disponibilidade, a titulo de salário família, auxilio especial correspondente a 5% (cinco pôr cento) do menor vencimento pago pelo Estado à Policia Civil.

§ 1º Conceder-se-á salário família ao funcionário:

I - pelo cônjuge que não exerça atividade remunerada;

II - pôr filho menor de 18 (dezoito) anos ou comprovada a dependência econômica, se maior de 21 (vinte e um) anos, prorrogável ate 24 (vinte e quatro) anos, quando se tratar de estudante universitário.

III - pôr filho incapaz para o trabalho; e

IV - pelo ascendente, sem rendimento próprio que viva às expensas do policial civil.

§ 2º Compreende-se neste artigo o filho de qualquer condição, o enteado e o menor que, mediante autorização judicial, vive sob a guarda e sustento do policial civil.

§ 3º Quando o pai e mãe forem funcionarias do Estado e viverem em comum o salário família será concedido ao pai; se não viverem em comum, ao que tiver os dependentes sob sua guarda; e, se ambos os tiverem, de acordo com a distribuição dos dependentes.

§ 4º Equiparam-se ao pai e a mãe os representantes legais dos incapazes e as pessoas a cuja guarda e manutenção estiverem judicialmente confiados os beneficiários.

§ 5º O valor do salário família pôr filho incapaz para o trabalho, corresponderá ao triplo do estabelecido neste artigo.

§ 6º No caso de falecimento do policial civil o salário família continuara sendo pago aos seus beneficiários, observados os limites do § 1º deste artigo.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão do referido benefício é indispensável o exame médico pericial, que comprovará, mediante realização de avaliação clínica e exames complementares, o diagnóstico da patologia e a incapacidade total para o trabalho, conforme especificada em lei.

IV - Operacionalização: a solicitação de salário triplo deverá ser efetuada mediante processo administrativo junto ao setor de recursos humanos onde o servidor esteja lotado, que encaminhara o referido processo à Gerência de Perícia Médica a fim de se proceder ao agendamento para avaliação médica pericial, onde deverá comparecer na data e horário previamente agendados, acompanhado do dependente portador da incapacidade, munidos dos documentos de identidade e demais documentos médicos necessários.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, a avaliação médica e o processo administrativo são encaminhados para avaliação do supervisor médico e gerente de perícia médica, que complementarão a conclusão pericial pelo deferimento, ou não, do benefício pleiteado.

CAPÍTULO XXI
DA INSCRIÇÃO NO IPREV/PENSÃO PREVIDENCIÁRIA

I - Objetivo: inclusão do filho maior, solteiro, inválido em caráter permanente para o exercício de toda e qualquer atividade laboral e que viva sob a

dependência econômica do segurado, objetivando caracterização de dependência atual e futura para fins de recebimento de pensão previdenciária.

II - Legislação: a inscrição é normatizada por:

a) Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008:

Art. 6º São considerados dependentes:

I - filho solteiro menor de 21 (vinte e um) anos;

II - filho maior, solteiro, inválido em caráter permanente para o exercício de toda e qualquer atividade laboral e que viva sob a dependência econômica do segurado;

III - cônjuge;

IV - companheiro;

V - ex-cônjuge ou ex-companheiro que perceba pensão alimentícia;

VI - enteado, nas condições dos incisos I e II, que não perceba pensão alimentícia ou benefício de outro órgão previdenciário e que não possua bens e direitos aptos a lhe garantir o sustento e a educação;

VII - tutelado, menor de 18 (dezoito) anos, que não perceba pensão alimentícia, rendas ou benefícios de outro órgão previdenciário;

VIII - pais que vivam sob a dependência econômica do segurado; e

IX - irmão solteiro, nas condições dos incisos I e II, e que viva sob a dependência econômica do segurado.

§ 1º A dependência econômica é condição para caracterização da dependência previdenciária e deverá ser exclusivamente em relação ao segurado e comprovada na forma prevista no regulamento do RPPS/SC.

§ 2º Presume-se a dependência econômica em relação aos:

I - filhos solteiros menores de 21 (vinte e um) anos; e

II - cônjuge e companheiro.

§ 3º São vedadas, para efeitos de reconhecimento da dependência previdenciária em relação ao segurado do RPPS/SC, quaisquer condições diferentes das estabelecidas nesta Lei Complementar.

§ 4º Considera-se companheiro a pessoa que mantém união estável com o segurado, nos termos da Lei Civil, para tal considerada, também, a que mantém relação homoafetiva.

§ 5º A condição de invalidez, prevista no inciso II do caput, caracterizada pela perda total e permanente da capacidade para exercer toda e qualquer atividade laboral, deverá ser atestada por perícia médica própria da unidade gestora do RPPS/SC ou por esta designada, e comprovada periodicamente, conforme definido em regulamento.

§ 6º Os dependentes arrolados nos incisos I a VII do caput são beneficiários preferenciais, concorrendo entre si, e os arrolados nos incisos VIII e IX do caput somente poderão perceber benefício previdenciário na falta daqueles.

§ 7º A inscrição de dependentes deverá ser formalizada junto ao setorial de recursos humanos do poder ou órgão a que o segurado estiver vinculado.

§ 8º As informações referentes aos dependentes deverão ser comprovadas documentalmente e, nos casos dos incisos II e IV a IX do caput, a inscrição dependerá de prova inequívoca da condição invocada.

§ 9º O segurado é responsável pela comunicação de fato que importe na inclusão ou exclusão de dependente, bem como pela apresentação dos documentos necessários à sua comprovação.

Art. 7º A perda da condição de dependente ocorrerá nas seguintes hipóteses:

I - para o cônjuge:

a) pelo divórcio ou pela separação judicial, ou de fato por mais de 2 (dois) anos, desde que não perceba pensão alimentícia;

b) pela nulidade ou anulação do casamento;

c) pelo divórcio ou separação realizados na forma do art. 1.124-A da Lei federal nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973, desde que não perceba pensão alimentícia; ou

d) pela contração de novo casamento ou união estável;

II - para os filhos e enteados, ao completarem 21 (vinte e um) anos de idade, salvo se inválidos nos termos do art. 6º, II, ou pela emancipação, ainda que inválido;

III - para o tutelado ao completar 18 (dezoito) anos ou pela emancipação;

IV - para o companheiro, pela cessação da união de fato, desde que não perceba pensão alimentícia; e

V - para os dependentes em geral:

a) pela cessação da invalidez ou da dependência econômica;

b) pela morte; ou

c) pela perda da qualidade de segurado por aquele de quem dependem.

Art. 76. A pensão por morte somente será devida ao dependente inválido, previsto no art. 6º, II, desta Lei Complementar, se a invalidez for atestada antes da perda da qualidade de dependente e confirmada por perícia própria do IPREV ou por este designada.

Parágrafo único: o pensionista inválido deverá submeter-se, periodicamente, à perícia própria do IPREV ou por este designada, sob pena de suspensão do benefício, nos termos do regulamento.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão do referido benefício é indispensável o exame médico pericial, que comprovará, mediante realização de avaliação clínica e exames complementares, o diagnóstico e situação clínica e funcional da patologia que caracterize a invalidez.

IV - Operacionalização: a solicitação de inclusão de dependência no IPREV deverá ser efetuada mediante processo administrativo junto ao competente setor do referido instituto, que encaminhara o referido processo à Gerência de Perícia Médica a fim de se proceder ao agendamento para avaliação médica pericial, onde deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munido dos documentos de identidade e demais documento médico necessários.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, a avaliação médica e o processo administrativo são encaminhados para análise técnica do supervisor médico e gerente de perícia médica, que complementarão a conclusão pericial pelo deferimento, ou não, do benefício pleiteado.

VI - Reavaliações periciais do pensionista maior inválido: com base na legislação vigente (arts. 6º e 7º da Lei Complementar nº 412, de 26 de junho de 2008) o segurado maior invalido será submetido à avaliação médica periódica para atestar a permanência das condições que lhe causaram a concessão do referido benefício.

A primeira reavaliação ocorrerá após 2 (dois) anos do início do benefício, sendo que a segunda reavaliação será programada com base no resultado desta avaliação pericial (situação clínica e funcional), no prazo mínimo de 2 (dois) anos e máximo de 5 (cinco) anos, até que o pensionista complete 60 (sessenta) anos de idade.

Nas unidades periciais que possuírem Comissão Técnica Pericial - CTP, a avaliação pericial será realizada por médico perito e a conclusão pericial ficará a cargo da referida Comissão, com posterior análise técnica pelo supervisor e gerente de perícia médica.

Nas unidades periciais que não possuírem CTP, a avaliação pericial será efetuada por médico perito, com posterior análise pelo supervisor médico e gerente de perícia médica.

A responsabilidade pela solicitação do pedido de revisão pericial cabe ao IPREV.

Até 90 (noventa) dias anteriores a data limite para reavaliação médica, as coordenadorias e agências de previdência do IPREV SANTA CATARINA encaminharão processo com solicitação de agendamento à Junta Médica Pericial das Unidades Regionais de Saúde do Servidor de sua área de abrangência. Após agendamento, caberá às Coordenadorias e Agências de Previdência do IPREV SANTA CATARINA convocar o beneficiário para realização de exame médico pericial, por meio de carta com aviso de recebimento - AR.

O beneficiário que, comprovadamente, receber a convocação por meio de Aviso de Recebimento - AR ou notificado por Edital, não comparecer para avaliação médico-pericial no prazo determinado, terá o seu benefício suspenso de imediato. O recebimento da convocação ou notificação dar-se-á com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do agendamento da avaliação médico-pericial.

CAPÍTULO XXII
DA INSCRIÇÃO NO PLANO DE SAÚDE

I - Objetivo: tem por objetivo a inclusão do filho maior inválido em caráter permanente para o exercício de toda e qualquer atividade laboral e que viva sob a dependência econômica do segurado, objetivando garantir a assistência médica do mesmo.

II - Legislação (a inscrição é normatizada por):

a) Decreto nº 3.749, de 28 de novembro de 2005:

Art. 7º Definem-se como segurados do Santa Catarina Saúde:

I - segurado:

a) servidores ativos e inativos do Poder Executivo, de suas autarquias e fundações, do Poder Judiciário, do Poder Legislativo, do Ministério Público, do Tribunal de Contas e da Procuradoria Geral junto ao Tribunal de Contas;

b) pensionistas vinculadas ao Regime Próprio de Previdência do Estado de Santa Catarina;

c) os Membros da Magistratura Estadual, Membros do Ministério Público Estadual e os Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado;

II - segurado especial:

a) Governador do Estado, Deputados Estaduais, Secretários de Estado;

b) os ocupantes de cargos comissionados declarados em lei de livre nomeação e exoneração;

c) os servidores públicos municipais e federais à disposição com ônus para o Estado;

III - segurado conveniado:

a) os servidores e empregados, independentemente do regime jurídico de trabalho, que tenham acesso ao Santa Catarina Saúde mediante convênio firmado entre o plano e as prefeituras municipais do Estado, convênio firmado com empresas públicas controladas pelo Estado de Santa Catarina ou convênio com Cartorários Extra Judiciais, nas funções de Notariais, Registradores, Oficiais Substitutos, Oficiais Maiores, Escreventes Juramentados e Juizes de Paz, que foram nomeados anterior a Lei Federal nº 8.935/94.

IV - segurado dependente, quando devidamente inscrito pelo Segurado, Segurado Especial ou Segurado Conveniado:

V - o cônjuge:

a) o (a) companheiro (a) nos termos definidos neste Regulamento, desde que apresente ausência de dependente na condição da alínea "a";

b) os filhos solteiros, menores de 18 (dezoito) anos;

c) o (a) filho (a) solteiro (a) maior de 18 (dezoito) anos definitivamente inválido ou incapaz desde que comprovada a dependência econômica definida no Título V;

d) os enteados solteiros, menores de 18 (dezoito) anos, desde que comprovada a dependência econômica definida no Título V;

VI - denomina-se Segurado Agregado, quando devidamente inscrito pelo Segurado, Segurado Especial ou Segurado Conveniado:

a) o ex-cônjuge, separado judicialmente ou divorciado, com direito à pensão alimentícia, desde que conste expressamente do processo judicial que o Segurado, Segurado Especial ou Segurado Conveniado deverá garantir a sua assistência à saúde;

b) o (a) filho (a) ou enteado (a) solteiro (a) maior de 18 (dezoito) anos que não exerça atividade laborativa;

c) os menores de 18 (dezoito) anos que estejam sob a guarda judicial;

Título V - Art. 13. Para os usuários do Santa Catarina Saúde que sejam cônjuges ou companheiros, considerar-se-á dependente o de menor remuneração.

Art. 14. Os Segurados dependentes, enumerados no art. 7º, inciso IV, alíneas "a" e "c", deste Regulamento, são preferenciais e a seu favor se presume a dependência econômica.

Art. 15. Os Segurados Dependentes, citados no art. 7º, inciso IV, alíneas "b", "d" e "e", deste Regulamento, e os Segurados Agregados deverão comprovar a dependência econômica que deverá ser total, necessária, constante e eficiente.

§ 1º Entende-se como necessária a dependência econômica, quando o dependente absolutamente não possa prover-se sem concurso do segurado.

§ 2º É constante a dependência econômica, sendo o auxílio dado ao dependente permanente e sem interrupções.

§ 3º É eficiente a dependência econômica se a ajuda efetivamente cumpre o objetivo de prover a manutenção do dependente, sob qualquer aspecto (vestuário, alimentação, habitação, saúde, educação e outros).

Art. 16. Considerar-se-á companheira(o) a pessoa que, não sendo casada, mantenha união estável com o(a) segurado(a), habitando sob o mesmo teto, perfazendo núcleo familiar, como marido e mulher fossem, publicamente comprovada.

Parágrafo único. A solicitação de inscrição de companheira será analisada quando o segurado não possuir a inscrição de esposa como Segurada Dependente.

III - Avaliação médico-pericial: para concessão do referido benefício é indispensável o exame médico pericial, que comprovará, mediante realização de avaliação clínica e exames complementares, o diagnóstico da patologia que caracterize a invalidez.

IV - Operacionalização: a solicitação de inclusão no plano de saúde deverá ser efetuada mediante processo administrativo no competente setor do referido plano, que encaminhará o referido processo à Gerência de Perícia Médica a fim de se

proceder ao agendamento para avaliação médica pericial, onde deverá comparecer na data e horário previamente agendados, munido dos documentos de identidade e demais documentos médicos necessários.

V - Resultado da avaliação pericial: concluído o exame pericial, a avaliação médica e processo administrativo são encaminhados para análise técnica do supervisor médico e gerente de perícia médica, que complementarão a conclusão pericial pelo deferimento, ou não, do benefício pleiteado.

CAPÍTULO XXIII
DO EXAME PERICIAL POR JUNTA MÉDICA

O exame pericial será realizado por Junta Médica nas seguintes situações: sugestão ou solicitação de aposentadoria, pedidos de reconsideração de benefícios (com designação pelo supervisor médico ou gerente de perícia médica), reavaliação pericial de inaptidão em exame de posse, reversão de aposentadoria, reavaliação pericial de aposentadoria por invalidez, licenças prolongadas e/ou em outras situações especiais e a pedido do perito examinador, supervisor médico ou gerente de perícia.

A Junta Médica será composta pelo mínimo de 2 (dois) médicos peritos examinadores designados pela supervisão médica ou gerente de perícia médica. A quantidade de médicos a ser definida em Junta Médica está definida no Parecer CFM nº 18/06, em que encontramos:

As juntas médicas podem ser compostas por dois ou mais médicos. Não raro, por três médicos. Suas atribuições e formas de atuar, do ponto de vista ético, estão dispostas no Código de Ética Médica e nas resoluções emanadas dos Conselhos de Medicina. Eticamente, não há nenhuma referência à quantidade de médicos que devem compor uma junta, apenas que deve ter, no mínimo, dois profissionais, por consequência lógica de ser um órgão colegiado e não monocrático. Destarte, quanto à formação e efetivo funcionamento das juntas médicas, devem ser respeitadas as normas e regulamentos que as criaram, desde que não esbarrem em preceitos éticos profissionais normativos.

Esta definição já foi baseada no Parecer CFM nº 15/95, aprovado em 6/4/95, ou seja: Por junta médica, “lato sensu”, entende-se dois ou mais médicos encarregados de avaliar condições de saúde, diagnóstico, prognóstico, terapêutica, etc, que pode ser solicitada pelo paciente ou familiares, ou mesmo proposta pelo médico assistente. Quando com finalidade específica, administrativa, tem a missão de avaliar condições laborativas ou não e, assim, fundamentar decisões de admissão, retorno ao trabalho, afastamento para tratamento ou aposentadoria.

É assegurado ao servidor o pedido de reconsideração de benefício avaliado em Junta Médica, desde que devidamente justificado e com fatos clínicos novos e aceitos pela supervisão médica, que designará uma nova composição de Junta Médica.

Cabe ao supervisor médico a designação de Junta Médica para definição do benefício, nos casos que suscitarem dúvidas.

É prerrogativa administrativa do supervisor médico, gerente de perícia médica e do diretor de saúde do servidor a homologação final de benefícios avaliados em Junta Médica.

CAPÍTULO XXIV
DOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

I - Análise de processos para declaração de invalidez em quitação de imóveis:

Consta de revisão analítica de prontuário de servidor aposentado ou pensionista com objetivo de fornecer informações técnicas para o preenchimento dos itens da declaração de invalidez de competência da perícia médica para fins de quitação de imóveis adquiridos através do Sistema Financeiro de Habitação. Cabe ao servidor segurado efetuar a solicitação administrativa para o respectivo preenchimento, com apresentação do formulário próprio do respectivo agente segurador.

II - Respostas a quesitos em processos administrativos:

Em processo administrativo poderá ser solicitada avaliação médico-pericial com emissão de parecer ou na forma de respostas a quesitos.

III - Ações de segurança e medicina do trabalho:

É de competência da Gerência de Saúde Ocupacional a normatização, análise e emissão de pareceres e/ou laudos referentes à:

- insalubridade/risco de vida (periculosidade);
- caracterização de acidente em serviço;
- autorização para pagamento ou ressarcimento de despesas referentes a acidentes em serviço;
- vistorias de locais de trabalho apontando medidas para melhoria das condições ambientais e ergonômicas; e
- viabilização das ações propostas pela Política Estadual de Segurança e Medicina do Trabalho.

ANEXO I

DA LEGISLAÇÃO QUE TRATA DO INGRESSO DE CANDIDATOS QUE APRESENTAM NECESSIDADES ESPECIAIS

I - Procedimento: os candidatos portadores de necessidades especiais que forem aprovados em concurso público para provimento de cargo efetivo serão avaliados pela Comissão de Assessoramento à Seleção para Portadores de Deficiência, vinculada à secretaria correspondente ao referido concurso, antes da nomeação, a fim de se comprovar a deficiência legal e verificar a compatibilidade de sua necessidade especial com as especificações do cargo pretendido, como definido em lei.

A avaliação se dará conforme o percentual disponibilizado aos PNEs, definido em lei e no edital do concurso, não excluindo a necessidade de realização do exame admissional, em igualdade com os demais candidatos.

a) Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999:

Art. 1º A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 2º Cabem aos órgãos e a s entidades do Poder Público assegurar a pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos a educação, a saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, a previdência social, a assistência social, ao transporte, a edificação pública, a habitação, a cultura, ao amparo a infância e a maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - deficiência - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerada normal para o ser humano;

II - deficiência permanente - aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade - uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - deficiência auditiva - perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte:

a) de 25 a 40 decibéis (db) - surdez leve;

b) de 41 a 55 db - surdez moderada;
c) de 56 a 70 db - surdez acentuada;
d) de 71 a 90 db - surdez severa;
e) acima de 91 db - surdez profunda; e
f) anacusia;

III - deficiência visual - acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

IV - deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 (dezoito) anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho;

V - deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências.

Do acesso ao trabalho

Art. 34. É finalidade primordial da política de emprego a inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho ou sua incorporação ao sistema produtivo mediante regime especial de trabalho protegido.

Parágrafo único. Nos casos de deficiência grave ou severa, o cumprimento do disposto no *caput* deste artigo poderá ser efetivado mediante a contratação das cooperativas sociais de que trata a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999.

Art. 35. São modalidades de inserção laboral da pessoa portadora de deficiência:

I - colocação competitiva: processo de contratação regular, nos termos da legislação trabalhista e previdenciária, que independe da adoção de procedimentos especiais para sua concretização, não sendo excluída a possibilidade de utilização de apoios especiais;

II - colocação seletiva: processo de contratação regular, nos termos da legislação trabalhista e previdenciária, que depende da adoção de procedimentos e apoios especiais para sua concretização; e

III - promoção do trabalho por conta própria: processo de fomento da ação de uma ou mais pessoas, mediante trabalho autônomo, cooperativado ou em regime de economia familiar, com vista à emancipação econômica e pessoal.

§ 1º As entidades beneficentes de assistência social, na forma da lei, poderão intermediar a modalidade de inserção laboral de que tratam os incisos II e III, nos seguintes casos:

I - na contratação para prestação de serviços, por entidade pública ou privada, da pessoa portadora de deficiência física, mental ou sensorial: e

II - na comercialização de bens e serviços decorrentes de programas de habilitação profissional de adolescente e adulto portador de deficiência em oficina protegida de produção ou terapêutica.

§ 2º Consideram-se procedimentos especiais os meios utilizados para a contratação de pessoa que, devido ao seu grau de deficiência, transitória ou permanente, exija condições especiais, tais como jornada variável, horário flexível, proporcionalidade de salário, ambiente de trabalho adequado a s suas especificidades, entre outros.

§ 3º Consideram-se apoios especiais à orientação, a supervisão e as ajudas técnicas entre outros elementos que auxiliem ou permitam compensar uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais da pessoa portadora de deficiência, de modo a superar as barreiras da mobilidade e da comunicação, possibilitando a plena utilização de suas capacidades em condições de normalidade.

§ 4º Considera-se oficina protegida de produção a unidade que funciona em relação de dependência com entidade pública ou beneficente de assistência social, que tem por

objetivo desenvolver programa de habilitação profissional para adolescente e adulto portador de deficiência, provendo-o com trabalho remunerado, com vista à emancipação econômica e pessoal relativa.

§ 5º Considera-se oficina protegida terapêutica a unidade que funciona em relação de dependência com entidade pública ou beneficente de assistência social, que tem por objetivo a integração social por meio de atividades de adaptação e capacitação para o trabalho de adolescentes e adultos que devido ao seu grau de deficiência, transitória ou permanente, não possa desempenhar atividade laboral no mercado competitivo de trabalho ou em oficina protegida de produção.

§ 6º O período de adaptação e capacitação para o trabalho de adolescente e adulto portador de deficiência em oficina protegida terapêutica não caracteriza vínculo empregatício e está condicionado a processo de avaliação individual que considere o desenvolvimento biopsicosocial da pessoa.

§ 7º A prestação de serviços será feita mediante celebração de convênio ou contrato formal, entre a entidade beneficente de assistência social e o tomador de serviços, no qual constará a relação nominal dos trabalhadores portadores de deficiência colocados à disposição do tomador.

§ 8º A entidade que se utilizar do processo de colocação seletiva deverá promover, em parceria com o tomador de serviços, programas de prevenção de doenças profissionais e de redução da capacidade laboral, bem assim programas de reabilitação caso ocorram patologias ou se manifestem outras incapacidades.

Obs.: recomendamos a leitura para conhecimento da legislação pertinente ao tema:

Lei nº 9.899, de 21 de julho de 1995;
Lei nº 12.870, de 12 de janeiro de 2004;

b) Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004:

Art. 70. O art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 4º .....

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;

III - deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;"

c) Lei nº 9.899, de 21 de julho de 1995:

Art. 1º Nos concursos públicos para provimento de cargos e empregos da Administração Direta e Indireta do Estado de Santa Catarina, serão reservados 10% (dez por cento) das vagas pré-estabelecidas, aos portadores de deficiência.

Parágrafo único. A deficiência física, auditiva, visual ou mental somente constituirá causa impeditiva para o ingresso no serviço público estadual, quando se tratar de cargo ou função cujas atribuições essenciais forem consideradas incompatíveis com o tipo ou grau de deficiência de que é portador o candidato.

Art. 2º Constarão do edital de concurso, além das normas de natureza comum, as seguintes:

I - especificação dos cargos disponíveis e respectivas vagas destinadas preferencialmente aos portadores de deficiência;

II - caracterização das anomalias impeditivas ao exercício regular dos cargos.

Art. 3º Fica criada a Comissão de Assessoramento à seleção para portadores de deficiência, vinculada à Secretaria Estadual de Administração, com a seguinte competência:

I - definir a compatibilidade entre as atribuições e tarefas inerentes aos cargos e funções a serem providos e o tipo ou grau de deficiência de que são portadores os candidatos, observados os seguintes critérios:

a) as informações prestadas pelo candidato no ato de inscrição;

b) as condições individuais do candidato atestadas através de perícia médica oficial;

c) a natureza das tarefas e atribuições próprias do cargo e função;

d) a introdução de adaptações no ambiente de trabalho e nas tarefas a serem desempenhadas, bem como nos métodos, técnicas e instrumentos empregados, pelos portadores de deficiências, no desempenho das funções inerentes ao cargo ou função;

II - propor à Administração Estadual a utilização de meios ou formas de seleção especialmente adaptadas às condições resultantes da deficiência de que é portador o candidato;

III - solicitar, caso necessário, exames adicionais.

Art. 4º A Comissão de Assessoramento à seleção para portadores de deficiência será constituída por 7 (sete) membros designados para um período de 2 (dois) anos, admitida à recondução, com a seguinte composição:

I - 01 (um) médico especializado em saúde ocupacional;

II - 01 (um) servidor da área de recursos humanos, especializado em recrutamento e seleção;

III - 01 (um) servidor especializado em educação especial que exerça atividade junto à rede estadual de educação;

IV - 04 (quatro) representantes indicados por entidades portadores de deficiência, em regular funcionamento, contemplando cada área de deficiência.

Art. 5º No ato da inscrição, que será feita em formulários próprios para cada tipo de deficiência, o candidato deve declarar sua condição de portador de deficiência, a fim de que os casos sejam analisados pela Comissão de Seleção.

Art. 6º A forma de deficiência, em razão da qual forem obtidos os benefícios desta Lei, não enseja ao servidor direito a aposentadoria por invalidez permanente.

Art. 7º Compete ao órgão público receptor de servidor deficiente, nomeado em virtude de concurso público, promover o seu treinamento e adaptação à função e ao local de trabalho, contabilizando-os às suas limitações físicas.

Art. 8º As conclusões constantes de parecer emitido pela Comissão de Assessoramento à seleção para portadores de deficiências não substituem, nem suprem o estágio probatório regulamentado no capitulo IV, da Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985.

Art. 9º As vagas não preenchidas, reservadas aos deficientes, reverterão nas condições normais, aos demais candidatos aprovados, conforme a ordem de classificação.

d) Lei nº 12.870, de 12 de janeiro de 2004: dispõe sobre a Política Estadual para Promoção e Integração do Portador de Necessidades Especiais.

Art. 1º A Política Estadual para a Promoção e Integração Social da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de necessidades especiais.

Art. 2º Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público do Estado de Santa Catarina assegurar à pessoa portadora de necessidades especiais o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Art. 3º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - necessidade especial - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - necessidade especial permanente - aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo insuficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade - uma redução efetiva e acentuada da capacidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal de função ou atividade a ser exercida.

Art. 4º É considerada pessoa portadora de necessidades especiais a que se enquadra nas seguintes categorias:

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membro com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - deficiência auditiva - perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte:

a) de 25 a 40 decibéis - db - surdez leve;

b) de 41 a 55 - db - surdez moderada;

c) de 56 a 70 - db - surdez acentuada;

d) de 71 a 90 - db - surdez severa;

e) acima de 91 - db - surdez profunda; e

f) anacusia;

III - deficiência visual - acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

IV - deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

a) comunicação;

b) cuidado pessoal;

c) habilidades sociais;
d) utilização da comunidade;
e) saúde e segurança;
f) habilidades acadêmicas;
g) lazer; e
h) trabalho; e
V - deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências.

e) Súmula nº 377/2009 do Superior Tribunal de Justiça: a condição de deficiência da capacidade de visão em apenas um dos olhos já é reconhecida pela jurisprudência do STJ. Agora, a Terceira Seção foi além e transformou o entendimento em súmula, um enunciado que indica a posição do Tribunal para as demais instâncias da Justiça brasileira. A partir de reiteradas decisões, ficou consignado que "o portador de visão monocular tem direito de concorrer, em concurso público, às vagas reservadas aos deficientes". A Súmula nº 377 teve como relator o Ministro Arnaldo Esteves Lima. As referências legais do novo enunciado foram a Constituição Federal (art. 37, inc. VIII), a Lei nº 8.112/90 (art. 5º, § 2º) e o Decreto nº 3.298/99 (arts. 3º, 4º, inc. III, e 37).

f) Decreto nº 2.874, de 15 de dezembro de 2009: regulamenta os arts. 35 a 41 da Lei nº 12.870, de 12 de janeiro de 2004, que dispõe sobre a Política Estadual para Promoção e Integração Social da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais no que tange a reserva de vagas nos concursos públicos, e estabelece outras providências.

Art. 1º Fica assegurado à pessoa com deficiência física, auditiva, visual ou intelectual o direito de se inscrever em concurso público, processos seletivos ou quaisquer outros procedimentos de recrutamento de mão-de-obra, em igualdade de condições com os demais candidatos, para provimento de cargo ou emprego público cujas atribuições sejam compatíveis com a necessidade especial de que é portador.

Parágrafo único. Considera-se a ostomia e o nanismo como deficiência física; assim como a visão monocular, deficiência visual.

Art. 2º As deficiências somente constituirão causa impeditiva para o ingresso no serviço público estadual, quando se tratar de cargo ou função cujas atribuições essenciais, aquelas com descrição e análise no Plano de Cargos e Carreiras de cada categoria funcional, forem consideradas incompatíveis com o tipo ou grau de deficiência de que é portador o candidato.

Parágrafo único. O provimento de cargos integrantes das carreiras da Polícia Civil de Santa Catarina exige aptidão plena do candidato participante do respectivo concurso público, a ser conferida por parecer da Equipe Multiprofissional.

Art. 3º Caso a aplicação do percentual, de que trata o art. 35, § 1º, da Lei nº 12.870, de 12 de janeiro de 2004, resulte em número fracionado, igual ou superior a 0,5 (cinco décimos) este deverá ser elevado até o primeiro número inteiro subsequente.

Art. 4º Os editais de concursos públicos deverão conter:

I - o número de vagas existentes, bem como o total correspondente à reserva destinada às pessoas com deficiência, por cargo;

II - as atribuições e tarefas essenciais dos cargos;

III - previsão de adaptação das provas, do curso de formação e do estágio probatório, conforme a necessidade especial do candidato; e

IV - exigência de apresentação, pelo candidato com deficiência, no ato da inscrição, de laudo médico atestando a espécie e o grau ou nível, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença - CID e Classificação

Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, bem como a provável causa da necessidade especial e a caracterização das anomalias impeditivas ao exercício regular dos cargos.

Art. 5º É vedado à autoridade competente obstar a inscrição de candidato com deficiência em concurso público para ingresso em carreira da administração pública estadual direta e indireta.

§ 1º No ato da inscrição, o candidato com deficiência que necessite de tratamento diferenciado nos dias do concurso deverá requerê-lo, no prazo determinado em edital, indicando as condições diferenciadas de que necessita para a realização das provas.

§ 2º O candidato com deficiência que necessitar de tempo adicional para a realização das provas deverá requerê-lo, com justificativa acompanhada de parecer emitido por especialista da área de sua necessidade especial, no prazo estabelecido no edital do concurso.

Art. 6º A pessoa com deficiência participará de concurso em igualdade de condições com os demais candidatos no que concerne:

I - ao conteúdo das provas;

II - à avaliação e aos critérios de aprovação;

III - ao horário e local de aplicação das provas; e

IV - à nota mínima exigida para todos os demais candidatos.

Art. 7º A publicação do resultado final do concurso será feita em 2 (duas) listas, contendo a primeira a pontuação de todos os candidatos, inclusive a dos com deficiência, e a segunda somente a pontuação destes últimos, de acordo com a ordem classificatória entre os seus congêneres.

§ 1º A nomeação dos candidatos com deficiência aprovados, far-se-á concomitantemente com a dos demais candidatos aprovados, observadas a ordem de classificação das listas de que trata o caput deste artigo.

§ 2º A chamada dos candidatos com deficiência aprovados, dar-se-á da seguinte maneira:

I - a escolha de vagas, quando houver, será conforme a ordem geral de classificação; e

II - para a nomeação, serão chamados os candidatos proporcionalmente de acordo com o número de vagas reservadas aos candidatos com deficiência, tendo-se como base a classificação geral e a específica.

Art. 8º As vagas não preenchidas, reservadas aos deficientes, reverterão nas condições normais, aos demais candidatos aprovados, conforme ordem de classificação.

Art. 9º A Equipe Multiprofissional de que trata o art. 41 da Lei nº 12.870, de 12 de janeiro de 2004, atuará conjuntamente com a comissão de concurso público do órgão, e será constituída por 6 (seis) membros designados para um período de 2 (dois) anos, admitida a recondução, com a seguinte composição:

I - 3 (três) profissionais capacitados e atuantes na área das Pessoas com Deficiência, sendo 1 (um) Médico e pelo menos 1 (um) Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional, todos indicados pelo Conselho Estadual dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência - CONEDE;

II - 3 (três) profissionais integrantes da carreira almejada pelo candidato.

§ 1º A Equipe Multiprofissional, com a indicação de seu Coordenador, será designada por intermédio de Portaria do Secretário de Estado da Administração.

§ 2º O trabalho da Equipe Multiprofissional é considerado de caráter relevante, ficando seus membros dispensados do ponto nos dias de reunião.

Art. 10. A Equipe Multiprofissional emitirá parecer observando:

I - as informações prestadas pelo candidato no ato da inscrição;

II - a natureza das atribuições e tarefas essenciais do cargo ou da função a desempenhar;

III - a viabilidade das condições de acessibilidade e as adequações do ambiente de trabalho na execução das tarefas;

IV - a possibilidade de uso, pelo candidato, de equipamentos ou meios que habitualmente utilize;

V - a Código Internacional de Doença - CID Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF reconhecidos nacional e internacionalmente; e

VI - avaliação presencial.

Art. 11. Como subsídio para a Equipe Multiprofissional o candidato deverá apresentar, os seguintes documentos:

I - atestado médico;

II - exames que comprovem a deficiência:

a) auditiva: exame de audiometria;

b) visual: exame de acuidade;

c) física: exame de radiografias ou equivalente; e

d) intelectual: exame psicológico.

Parágrafo único. Os laudos emitidos pela Equipe Multiprofissional serão encaminhados aos candidatos pelo Órgão de governo que estiver realizando o concurso, no prazo de até 10 (dez) dias úteis.

Art. 12. A Equipe Multiprofissional avaliará a compatibilidade entre as atribuições dos cargos e se o candidato apresenta as exigências como pessoa com deficiência para cumprimento da lei, bem como as limitações do candidato durante o estágio probatório.

Art. 13. Compete ao órgão público receptor de servidor com deficiência, nomeado em virtude de concurso público, promover o seu treinamento e sua adaptação à função e ao local de trabalho, compatibilizando-o as suas limitações físicas.

Art. 14. Ficam revogados o Decreto nº 1.075, de 13 de fevereiro de 2008, e a Instrução Normativa nº 11/04/SEA/DIRH, de 11 de novembro de 2004.

ANEXO II

TABELA DE *SNELLEN*

Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe

VISÃO CENTRAL		**CONJUGADA COM VISÃO PERIFÉRICA**
SNELLEN	DECIMAL	EFICIENCIA VISUAL EM%
20/20	1	100,00%
20/25	0,8	95,00%
20/30	0,66	91,40%
20/40	0,5	83,60%
20/50	0,4	76,50%
20/60	0,3	69,90%
20/70	0,28	63,80%
20/80	0,25	58,50%
20/100	0,2	48,90%
20/200	0,1	20,00%
20/400	0,05	10,00%

Graus de perda parcial da visão equivalente à cegueira:

Grau I: quando a acuidade visual máxima com a melhor correção possível for igual a 20/70 na escala de *Snellen* e a mínima igual ou superior a 20/700 *Snellen*; bem como, em caso de perda total da visão de um dos olhos, quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de *Snellen* (deficiência visual).

Grau II: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção possível, for inferior a 20/200 *Snellen* e a mínima for igual ou superior a 20/400 *Snellen* (cegueira legal).

Grau III: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção possível, for inferior a 20/400 *Snellen* e a mínima igual ou superior a 20/1200 *Snellen* (leitura em *Braile*).

Grau IV: quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20000 *Snellen* ou apresentar, como índice Máximo, a capacidade de contar dedos a distancia de um metro e mínima limitar-se à percepção luminosa.

Serão enquadrados nos graus I, II e III os candidatos que tiverem redução de campo visual no melhor olho, entre 20° e 10°, entre 10° e 5° e menor que 5° respectivamente.

ANEXO III

DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÂO DO CANDIDATO OU SERVIDOR QUE APRESENTA A SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA - AIDS.

Conceituação: a SIDA/AIDS é uma síndrome de imunodeficiência secundária, causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana - HIV, que pode acometer qualquer indivíduo que apresente comportamento considerado de risco, resultando em infecções oportunistas, doenças malignas e lesões neurológicas.

Classificação e manifestações clínicas: a infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos CD4.

Quanto às manifestações clínicas os pacientes pertencem a s seguintes categorias:

a) categoria "A"

1. infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
2. linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
3. infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente 2 (duas) a 3 (três) semanas após o início do quadro clínico;

b) categoria "B": indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

1. angiomatose baciliar;
2. candidíase vulvovaginal persistente de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
3. candidíase orofaringeana;
4. sintomas constitucionais (febre maior que 38.5º C ou diarréia com mais de 1 (um) mês de duração);

c) categoria "C": pacientes soropositivos e sintomáticos, que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias:

1. candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
2. criptococose extrapulmonar;
3. câncer cervical uterino;
4. rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
5. herpes simples mucocutâneo com mais de 1 (um) mês de evolução;
6. histoplasmose disseminada;
7. isosporíase crônica;
8. micobacteriose atípica;
9. tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;

10. pneumonia por P. Carinii;
11. pneumonia recorrente com mais de 2(dois) episódios em 1 (um) ano;
12. bacteremia opor salmonela;
13. toxoplasmose cerebral;
14. leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15. criptosporidiose intestinal crônica;
16. sarcoma de *Kaposi*;
17. linfomas: de *Burkit*, imunoblástico ou primário de cérebro;
18. encefalopatia pelo HIV;
19. síndrome consumptiva pelo HIV.

Quanto à contagem de linfócitos CD4, os pacientes pertencem aos seguintes grupos:

a) Grupo I: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm^3;

b) Grupo II: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm^3;

c) Grupo III: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm^3.

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

GRUPO	CD4	CATEGORIA CLÍNICA		
		A	B	C
I	≥500/mm3	A1	B1	C1
II	200–499/mm3	A2	B2	C2
III	<200/mm3	A3	B3	C3

Normas de Procedimento Periciais

Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço ativo os inspecionados classificados nas categorias A3, B3, C.

Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço ativo os inspecionados classificados nas categorias A2, A2, B1 e B2.

ANEXO IV

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 010/2004/DIRH/DAPS/SEA

Dispõe sobre os procedimentos para o afastamento de agente político ou servidor por auxílio-doença e salário-maternidade, filiado compulsoriamente ao Regime Geral de Previdência Social.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto no artigo 46 da Lei Complementar nº 243, de 30 de janeiro de 2003, e

Considerando as alterações do ordenamento jurídico introduzidas pela Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998 e Lei Federal nº 10.710, de 5 de agosto de 2003;

Considerando que os agentes políticos e os servidores ocupantes exclusivamente de cargo de provimento em comissão ou admitidos em emprego de natureza temporário, estão filiados compulsoriamente ao Regime Geral de Previdência Social;

Considerando que a antinomia de normas jurídicas são solucionadas pelos critérios hierárquico e cronológico;

RESOLVE: Orientar os Setoriais e Seccionais do Sistema de Recursos Humanos, sobre os procedimentos administrativos e informatizados que envolvem o afastamento de agente político ou servidor público vinculado ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

1- DO AUXÍLIO-DOENÇA

1.1 O agente público ou, na impossibilidade, pessoa por ele designada, dirigir-se-á ao respectivo Setorial ou Seccional de Recursos Humanos com atestado expedido por médico assistente, prescrevendo a necessidade de afastamento por motivo de saúde, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas da data de expedição do atestado.

1.1.1 O atestado expedido pelo médico assistente será aceito, desde que contenha, no mínimo, as seguintes informações:

I - motivo do afastamento, com o Código Internacional de Doença (CID);

II - quantidade de dias prescritos;

III - data de início do afastamento;

IV - data, nome, assinatura e número da inscrição do médico assistente no Conselho Regional de Medicina (CRM).

1.2 Quando a quantidade de dias de afastamento atestada pelo médico assistente, for inferior ou igual a 3 (três) dias, o Setorial ou Seccional de Recursos Humanos incluirá no Sistema Informatizado de Recursos Humanos (SIRH), o afastamento de código 1722, no módulo 17 (Afastamentos) do FRH, preenchendo os demais campos conforme orientações contidas do manual Auxílio-Doença - Segurados pelo RGPS (M-RGPS1), arquivando permanentemente o atestado médico.

1.3 No caso de servidor admitido em caráter temporário e o término do afastamento for superior ao termo final do contrato, haverá prorrogação da data de término do contrato até o limite do afastamento.

1.4 Nos afastamentos em que a avaliação pericial concluir por período inferior a 16 (dezesseis) dias, adotar-se-ão os seguintes procedimentos:

I - o Setorial ou Seccional de Recursos Humanos deve:

a) efetuar o agendamento no órgão pericial da Gerência de Saúde do Servidor mais próximo do local de trabalho, dentro do prazo de 48 (quarenta e oito) horas da data de expedição do atestado;

b) prestar todas as informações sobre os procedimentos que envolvem o afastamento do agente público e encaminhá-lo ao órgão pericial da Gerência de Saúde do Servidor para avaliação médico-pericial na data agendada;

II - à Gerência de Saúde do Servidor compete:

a) proceder à avaliação médico pericial do agente público;

b) efetuar a inclusão do afastamento de código 1722 no módulo 14 (Saúde do Servidor) do FRH, na forma descrita no item 1.2 desta Instrução Normativa;

c) comunicar o resultado da avaliação ao agente público e ao Setorial ou Seccional de Recursos Humanos.

1.5 Quando a avaliação pericial concluir por período superior a 15 (quinze) dias, proceder-se-á da seguinte forma:

I - o Setorial ou Seccional de Recursos Humanos executará as rotinas descritas no inciso I do item anterior;

II - Após avaliação pericial, a Gerência de Saúde do Servidor deve:

a) efetuar a inclusão do afastamento de código 1722 na forma descrita na letra "a" do item 1.2 desta Instrução Normativa, sendo que a data-fim do mesmo coincidirá com o 15º (décimo quinto) dia;

b) incluir o afastamento de código 1747 no módulo 14 (Saúde do Servidor) do FRH, sendo que a data-início coincidirá com o 16º (décimo sexto) dia e a data-fim igual a zeros, preenchendo os demais campos conforme orientações contidas do manual Auxílio-Doença - Segurados pelo RGPS (M-RGPS1);

c) comunicar o resultado da avaliação ao agente público.

III - O agente público retornará ao Setorial ou Seccional de Recursos Humanos, que:

a) emitirá os documentos relacionados no manual Auxílio-Doença - Segurados pelo RGPS (M-RGPS1);

b) prestará todas as informações sobre os procedimentos que envolvem o afastamento do agente público, encaminhando-o à Agência de Previdência Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

1.6 Caberá ao agente público apresentar ao Setorial ou Seccional de Recursos Humanos, o laudo pericial concessório do auxílio-doença, expedido pela Agência de Previdência Social, momento em que será registrada no SIRH a data fim do afastamento de código 1747, a qual corresponde a data contida no documento aqui mencionado.

1.7 Na ocorrência de indeferimento do auxílio-doença, o agente público apresentará ao Setorial ou Seccional de Recursos Humanos o despacho denegatório, expedido pela Agência de Previdência Social, adotando-se os seguintes procedimentos:

I - o Setorial ou Seccional de Recursos Humanos deve:

a) efetuar o agendamento no órgão pericial da Gerência de Saúde do Servidor mais próximo do local de trabalho, dentro do prazo de 48 (quarenta e oito) horas da data de recebimento do documento do INSS;

b) prestar todas as informações sobre os procedimentos que envolvem o afastamento do agente público e encaminhá-lo ao órgão pericial da Gerência de Saúde do Servidor para avaliação médico-pericial na data agendada;

II - Após avaliação pericial, a Gerência de Saúde do Servidor deve:

a) alterar a data-fim do afastamento de código 1747 no módulo 14 (Saúde do Servidor) do FRH, a qual corresponderá à data em que o agente público estará apto ao retorno do trabalho, contida da avaliação pericial;

b) quando se tratar de servidor admitido em caráter temporário a data de término do afastamento será limitada ao termo final do contrato.

c) comunicar o resultado da avaliação ao agente público e ao Setorial ou Seccional de Recursos Humanos.

1.8 No prazo de 60 (sessenta) dias, a contar do último dia de afastamento, ocorrendo apresentação de novo atestado médico prescrevendo ausência ao serviço pela mesma patologia incapacitante, haverá prorrogação do prazo, adotando-se os seguintes procedimentos:

I - os dias da nova avaliação pericial serão adicionados aos do afastamento anterior;

II - se a soma ultrapassar a 15 (quinze) dias adotar-se-ão os procedimentos estabelecidos no item 1.5. Caso contrário, os previstos no item 1.4, ambos desta Instrução Normativa.

III - compete aos peritos dos órgãos da Gerência de Saúde do Servidor observar as informações armazenadas no prontuário médico do agente público, identificando o enquadramento nas disposições deste item.

2 - DO SALÁRIO-MATERNIDADE

2.1 À agente pública gestante ou adotante é devido salário-maternidade nas seguintes situações:

I - durante a gestação, a partir do 28º (vigésimo oitavo) dia antes da data prevista para o parto;

II - a partir da data de ocorrência do nascimento;

III - a partir da 23ª (vigésima terceira) semana (6° mês) de gestação, em razão de parto antecipado ou de natimorto;

IV - em razão de aborto não criminoso;

V - por ter adotado ou possuir medida liminar em autos de adoção ou termo de guarda judicial de criança com idade inferior a 8 (oito) anos.

2.2 Nas hipóteses dos incisos I, III e IV do item anterior, adotar-se-ão os seguintes procedimentos:

I - a agente pública ou, na impossibilidade, pessoa por ela designada, dirigir-se-á ao respectivo Setorial ou Seccional de Recursos Humanos;

II - o Setorial ou Seccional de Recursos Humanos efetuará o agendamento no órgão pericial da Gerência de Saúde do Servidor mais próximo do local de trabalho, comunicando à servidora ou ao seu representante o dia da avaliação médico-pericial;

III - à Gerência de Saúde do Servidor compete:

a) proceder à avaliação médico pericial da agente pública, mediante apresentação de atestado expedido por médico assistente e, se necessário, de exames complementares;

b) efetuar a inclusão no Sistema Informatizado de Recursos Humanos (SIRH) do afastamento de código 1703, no módulo 14 (Saúde do Servidor) do FRH, preenchendo os demais campos conforme orientações contidas do manual Salário-Maternidade - Segurados pelo RGPS (M-RGPS2);

c) comunicar o resultado da avaliação a agente pública e ao Setorial ou Seccional de Recursos Humanos.

2.2.1 Os afastamentos previstos nos incisos I e III do item 2.1 desta Instrução Normativa, correspondem a 120 (cento e vinte) dias, e o previsto no inciso IV do mesmo item, a 2 (duas) semanas.

2.3 Na hipótese do inciso II do item 2.1 desta Instrução Normativa, será observado o seguinte:

I - a agente pública ou, na impossibilidade, pessoa por ela designada, dirigir-se-á ao respectivo Setorial ou Seccional de Recursos Humanos, munida da certidão de nascimento;

II - o Setorial ou Seccional de Recursos Humanos efetuará a inclusão do afastamento de código 1703, no módulo 17 (afastamentos) do FRH do Sistema Informatizado de Recursos Humanos (SIRH), preenchendo os demais campos conforme orientações contidas do manual Salário-Maternidade - Segurados pelo RGPS (M-RGPS2).

2.3.1 O afastamento previsto no inciso do item 2.1 desta Instrução Normativa corresponde a 120 (cento e vinte) dias.

2.4 Na hipótese do inciso V do item 2.1 desta Instrução Normativa, proceder-se-á da seguinte maneira:

I - a agente pública ou, na impossibilidade, pessoa por ela designada, dirigir-se-á ao respectivo Setorial ou Seccional de Recursos Humanos, munida da certidão de nascimento do adotado ou termo de guarda ou de adoção expedidos por órgão jurisdicional;

II - O Setorial ou Seccional de Recursos Humanos deve:

a) emitir os documentos contidos do manual Salário-Maternidade - Segurados pelo RGPS (M-RGPS2);

b) prestar todas as informações sobre os procedimentos que envolvem o afastamento da agente pública e encaminhá-la à Agência de Previdência Social;

c) incluir o afastamento de código 1852, no módulo 17 do FRH, preenchendo os demais campos conforme orientações contidas do manual Salário-Maternidade - Segurados pelo RGPS (M-RGPS2).

III - Caberá à agente pública apresentar ao Setorial ou Seccional de Recursos Humanos a carta concessória de salário-maternidade expedida pela Agência de Previdência Social, momento em que será registrada no SIRH a data fim do afastamento de código 1852, a qual corresponderá ao último dia informado no documento aqui mencionado.

2.5 No caso de servidora admitida em caráter temporário e o término do afastamento for superior ao termo final do contrato, haverá prorrogação da data de término do contrato até o limite do afastamento.

3 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1 A Gerência de Saúde do Servidor deverá estabelecer rotinas para que a comunicação do resultado pericial aos Setoriais e Seccionais de Recursos Humanos seja efetuada por meio eletrônico, ficando convencionado que as informações armazenadas no SIRH servem como prova para justificar o afastamento do agente público.

3.2 Fica vedada a concessão de licenças remuneradas, previstas nos Estatutos dos Servidores Públicos (Leis nºs 6.745/85, 6.843/86 e 6.844/86) e norma local específica, aos agentes públicos vinculados ao RGPS, cujo afastamento não esteja disciplinado nesta Instrução Normativa.

3.3 A concessão da licença de gestação à servidora pública, titular de cargo de provimento efetivo, requerida após o nascimento do filho, será efetuada diretamente no Setorial ou Seccional de Recursos Humanos, mediante apresentação da certidão de nascimento.

3.4 É estabelecido o prazo de 60 (sessenta) dias para as Diretorias de Recursos Humanos e de Apoio a Pensões Especiais e Saúde do Servidor apresentarem proposta de normatização de fluxo e procedimento relacionados com os demais benefícios previstos no RGPS.

3.5 Eventuais dúvidas e demais orientações serão prestadas pelas Gerências de Orientação e Controle e de Saúde do Servidor.

3.6 Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

3.7 Revogam-se as disposições em contrário.

Florianópolis, 13 de outubro de 2004.

EDUARDO POKRYWIECKI

ANEXO V

CONSENSO NACIONAL SOBRE VOZ PROFISSIONAL

3º Consenso Nacional Sobre Voz Profissional

Voz e Trabalho: uma questão de saúde e direito do trabalhador

Rio de Janeiro, RJ, 13 e 14 de agosto de 2004 - Centro de Convenções do Hotel Glória.

Entidades promotoras

- Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia - SBORL
- Academia Brasileira de Laringologia e Voz - ABLV
- Associação Nacional de Medicina do Trabalho - ANAMT
- Câmaras Técnicas de Otorrinolaringologia, Medicina do Trabalho e Perícias Médicas do CREMERJ.
- Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro -SOMERJ
- Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do RJ - SORL-RJ
- Associação Brasileira de Medicina do Trabalho - ABMT
- Instituto Brasileiro dos Médicos Peritos Judiciais - IBRAMEP

Profissionais participantes

- médicos otorrinolaringologistas, médicos foniatras, médicos peritos e médicos do trabalho.

Conclusões e Recomendações - Carta do Rio

As Entidades supracitadas, por seus representantes oficiais no 3º Consenso Nacional sobre Voz Profissional, realizado nos dias 13 e 14 de agosto de 2004 na cidade do Rio de Janeiro, sob o lema Voz e Trabalho: uma questão de saúde e direito do trabalhador, considerando,

1. Que as enfermidades relacionadas ao aparelho fonador, decorrentes ou prejudiciais ao trabalho têm importante impacto social, econômico, profissional e pessoal, representando prejuízo estimado superior a duzentos milhões de reais ao ano*, em nosso País;

2. Que o emprego de pequena parte dessa quantia em medidas educativas, preventivas e curativas reduziria esse custo de forma significativa;

3. A necessidade de intervenção multidisciplinar e multiprofissional na preservação da saúde vocal da população, principalmente nos grupos onde o uso da voz tem direta relação com seu desempenho e/ou aptidão ao trabalho;

4. A necessidade de normatização das condutas médicas técnico-científicas no diagnóstico e na terapêutica das disfonias;

5. A importância de estimular a formação técnica e definir as respectivas competências dos profissionais diretamente atuantes na prevenção, diagnóstico, tratamento, capacitação e aperfeiçoamento dos trabalhadores que usam e dependem da voz;

6. A necessidade dos profissionais legalmente aptos e qualificados assumirem seu papel nas questões trabalhistas e de justiça, na condição de peritos e assistentes-técnicos;

7. A necessidade de ampliar a equipe multiprofissional que avalia e atende o indivíduo que depende da voz para sua atividade ocupacional, bem como verificar seu ambiente e condições de trabalho, de modo a e competência profissional, para que se possa proceder a análises correspondentes, ambientais, arquitetônicas e de todos os demais fatores de risco que forem observados, obtendo-se as devidas confirmações e/ou aferições junto às normas técnicas de cada área e respectivas sugestões de condutas a serem adotadas;

8. A necessidade de sensibilizar governantes de todos os níveis, legisladores, administradores públicos e privados, empresários e os próprios trabalhadores, quanto às consequências do não investimento em condições adequadas de trabalho para os profissionais

que utilizam a voz profissional, e no que tange, também, à importância de exames preventivos, educação, capacitação e aperfeiçoamento vocal e tratamento precoce de eventuais problemas,

*Valor (sub) estimado a partir de levantamento que assinala afastamentos, licenças e readaptações por disfonia na ordem de 2% dos professores ativos. Considerando-se os dados do MEC, de que existem perto de dois milhões de postos públicos de atuação (funções docentes) em Ensino Fundamental, Médio e Profissionalizante no País, no ano 2000, e supondo-se um salário médio mensal de R$ 300,00 (anual de R$ 3.600,00), e que estes professores devem ser substituídos (ou não haveria aula), multiplicando-se por 40.000 (os 2% dos cargos ativos) chega-se a um valor em torno de R$ 150.000.000,00 (cento e cinquenta milhões de reais) de perdas anuais no Brasil por laringopatias ocupacionais, apenas de professores. Se forem incluídos outros profissionais da voz, de setor público e privado, certamente os prejuízos ultrapassam R$ 200.000.000,00 (duzentos milhões de reais) por ano.

DECIDEM, CONCLUEM E RECOMENDAM:

1. Estabelecer definição de Voz Profissional como sendo a forma de comunicação oral utilizada por indivíduos que dela dependem para sua atividade ocupacional;

2. Estabelecer definição de disfonia como sendo toda e qualquer dificuldade ou alteração na emissão natural da voz, caracterizando um distúrbio que limita a comunicação oral e pode repercutir de forma significativa no uso profissional da voz.

3. Estabelecer definição de Deficiente Vocal como sendo a pessoa que apresenta incapacidade de desenvolver a função fonatória na comunicação verbal, em caráter permanente e irreversível.

4. Estabelecer definição de Laringopatia como representando o quadro de sinais e sintomas (ou síndrome) resultado do conjunto de quaisquer alterações, disfunções e/ou enfermidades laríngeas, do aparelho fonador ou de quaisquer outros sistemas orgânicos que possam repercutir na voz e na fala ou sejam causadas pelo mau uso ou abuso da voz;

5. Estabelecer definição de Laringopatia Relacionada ao Trabalho como sendo o conjunto de sinais, sintomas, disfunções e enfermidades do aparelho fonador, que possam ter origem no uso inadequado da voz ou outra sobrecarga ao aparelho fonador, em decorrência da atividade laborativa e/ou ambiente de trabalho, ou refletir em sua função e nas condições de uso da voz no trabalho, em termos de qualidade, estabilidade e resistência;

6. Estabelecer definição de portador de Laringopatia Relacionada ao Trabalho como sendo um trabalhador que, tendo seu diagnóstico médico-ocupacional firmado, necessita ter acesso à assistência médica e cuidados especiais, recebendo tratamento específico visando o retorno ao pleno uso profissional da voz;

7. Não utilizar a expressão “disfonia ocupacional” e propor sua exclusão como “doença ocupacional” ou “decorrente do trabalho”, por representar apenas um dos muitos sintomas que podem compor uma síndrome de Laringopatia Relacionada ao Trabalho, devendo como tal ser considerada pelo médico em sua elaboração diagnóstica e definição da conduta terapêutica, médico-ocupacional ou médico-pericial;

8. Assinalar que multicausalidade e concausalidade podem ocorrer nas laringopatias em geral, reforçando que o ambiente de trabalho e o nexo causal devem ser investigados e que a relação entre doença clínica e doença relacionada ao trabalho depende de avaliação médica multidisciplinar e multiprofissional;

9. Propor mudanças conceituais nas relações de trabalho com os indivíduos que utilizam a voz profissional, no sentido de serem submetidos a exames médicos ocupacionais específicos, (admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional) que atendam às necessidades de suas atividades, na adaptação dos postos de trabalho e atividades de trabalho para evitar sobrecarga do aparelho fonador e nas ações educativas e de prevenção;

10. Considerar que a legislação vigente sobre aptidão e inaptidão vocal para o trabalho é ainda insuficiente e imprecisa, em especial quanto ao setor público, confundindo conceitos tais como voz, fala, aparelho fonador e palavra, devendo ser adequada ao nível de conhecimento sobre o tema;

11. Reforçar que uma pessoa pode apresentar “voz adaptada” ao uso habitual, independentemente de qualidades, conceitos ou julgamentos anatômicos ou estéticos, e pode

estar apta ao uso profissional da voz, podendo, conforme o caso, estar indicada a análise de riscos, correção do ambiente e condições de trabalho;

12. Alertar que o acesso ao atendimento médico, para a imprescindível investigação e conclusão diagnóstica, e, conforme o caso, às demais avaliações auxiliares e complementares, deve ser garantido a todos os indivíduos que usam a voz profissionalmente;

13. Recomendar que seja considerada a periodicidade da realização dos exames médico-ocupacionais para os trabalhadores que utilizam a voz profissional, explicitados em anexo, em especial para aqueles que atuam em condições mais adversas;

14. Apontar a incoerência do rigor da atual exigência de "normalidade laríngea" em exames admissionais e o contraste com a conceituação de aptidão e exigências nos demais exames médicos ocupacionais ao longo da atividade laborativa;

15. Recomendar que, a critério médico, trabalhadores portadores de laringopatias e/ou alterações vocais leves não sejam considerados, a priori, inaptos ao desempenho de cargos que demandem uso da voz, merecendo ser avaliados em ambiente de trabalho e/ou fora dele quanto a seu desempenho vocal e profissional;

16. Propor a ampliação dos serviços e programas de educação, tratamento, capacitação e aperfeiçoamento vocal, facilitando o acesso e estimulando a adesão dos indivíduos que utilizam voz profissional a estas iniciativas;

17. Intensificar a busca, o aperfeiçoamento e a aplicação de recursos em pesquisa que favoreçam a melhor compreensão das laringopatias relacionadas ao trabalho;

18. Enviar a presente Carta e os Anexos pertinentes, às entidades públicas e às representativas de empregadores e de trabalhadores que utilizam voz profissional, para que estejam informados e participem ativamente do levantamento e da solução dos problemas decorrentes da incapacidade ou afastamento por laringopatias relacionadas ao trabalho;

19. Solicitar ao Ministério da Saúde a abertura da Lista das Doenças Relacionadas ao Trabalho para, com o apoio das Entidades promotoras do Consenso, incluir item específico referente as Laringopatias Relacionadas ao Trabalho;

20. Estreitar contatos e colaboração com os diversos órgãos do Poder Executivo, em especial do Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social, responsáveis pela saúde do trabalhador, no sentido de que as deliberações deste fórum sejam consideradas na elaboração e reformulação de políticas, portarias e normas que favoreçam uma efetiva redução da incidência das laringopatias relacionadas ao trabalho;

21. Propor em anexo, na forma de Legislação Federal, a criação do Programa Nacional de Saúde Vocal, de caráter preventivo, curativo e reabilitador;

22. Considerar como sugestões de condutas médico-administrativas, diretrizes e recomendações gerais o conteúdo dos diversos relatórios anexos, considerados permanentemente sujeitos a serem reformulados ou atualizados pelo conjunto das entidades promotoras.

Rio de Janeiro, em 14 de agosto de 2004.

Assinam os representantes de:

Entidades promotoras

Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia - SBORL

Comitês de ORL Ocupacional e de Laringe e Voz Profissional

Academia Brasileira de Laringologia e Voz - ABLV

Associação Nacional de Medicina do Trabalho - ANAMT

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ

Câmaras Técnicas de Otorrinolaringologia, Medicina do Trabalho e Perícias Médicas.

Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro - SOMERJ

Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do Rio de Janeiro - SORL-RJ

Associação Brasileira de Medicina do Trabalho - ABMT

Instituto Brasileiro dos Médicos Peritos Judiciais - IBRAMEP

ANEXO VI

DA REMOÇÃO DURANTE ESTÁGIO PROBATÓRIO

ANEXO VII

APOSENTADORIA POR INVALIDEZ - ESTÁGIO PROBATÓRIO

ANEXO VIII

DO EXAME ORTOPÉDICO
ORIENTAÇÕES PRÁTICAS

ANEXO IX

RESSARCIMENTO DE DESPESAS DECORRENTES DE ACIDENTE EM SERVIÇO

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 008/00/SEA/DIRH: Dispõe sobre os procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento de despesas aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional.

1 - O pagamento ou ressarcimento de despesas decorrentes de acidente em serviço e doença profissional, previstos nos artigos 9º, 10º e 11º, do Decreto nº 1.456, de 23 de dezembro de 1996, será efetuado de acordo com as normas a seguir descritas:
Os serviços médicos e hospitalares, exames complementares, próteses e órteses terão por base a tabela do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Santa Catarina - PAS.
Os medicamentos terão por base a Tabela de Medicamentos Genéricos ou, no mínimo, três orçamentos.
O transporte e a estadia terão por base as diárias relativas ao cargo do servidor acidentado, conforme os critérios previstos no Decreto nº 133, de 12 de abril de 1999 e na Instrução Normativa nº 001/GABS/SEA, de 27 de abril de 1999 e suas alterações posteriores.
Outros complementos como: óculos, por exemplo, necessários ao tratamento do servidor acidentado, serão pagos ou ressarcidos mediante a apresentação de, no mínimo, três orçamentos.
2 - As despesas deverão ser comprovadas conforme instruções do setor financeiro do órgão de origem e em consonância com as normas do Tribunal de Contas do Estado e da Secretaria de Estado da Fazenda, bem como, acompanhadas de receita ou de relatório médico, onde conste o nome e o CRM do profissional.
3 - Nos casos de acidentes de trânsito deverão ser descontados do total das despesas os valores recebidos através do seguro obrigatório de automóveis - Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT.
4 - O servidor deverá buscar autorização prévia no órgão ou entidade de origem, antes de efetuar as despesas, exceto em caso de emergência que poderá ser requerida após o atendimento.
5 - Não serão passíveis de ressarcimento:
a) as despesas não vinculadas diretamente à lesão sofrida pelo servidor como: danos materiais em veículos, serviços de guincho entre outras;
b) os atendimentos efetuados pelo Sistema Único de Saúde - SUS;
c) as despesas cobertas por outro tipo de plano de saúde ou plano de seguro.

6 - Os procedimentos para tratamento do acidentado deverão ser realizados, se possível, em estabelecimentos localizados no território do Estado de Santa Catarina, mais próximo da residência do servidor acidentado.
7 - Todos os procedimentos constantes desta Instrução Normativa somente terão validade após a caracterização de acidente em serviço ou doença profissional, pela Gerência de Saúde Ocupacional - GESAO.

ANEXO X

RESOLUÇÃO CFM 1851/2008
EMISSÃO DE ATESTADOS MÉDICOS

(Publicada no D.O.U., de 18 de agosto de 2008, Seção I, p. 256).

Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, que altera a Lei nº 3.268/57 e

CONSIDERANDO que o médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatório médico e, a princípio, existem condicionantes a limitar a sua conduta quando o paciente necessita buscar benefícios, em especial, previdenciários;

CONSIDERANDO que o médico perito é o profissional incumbido, por lei, de avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais frequente é a habilitação a um benefício por incapacidade;

CONSIDERANDO o Parecer CFM nº 5/08, de 18 de abril de 2008;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 14 de agosto de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos":

I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;

II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

III - registrar os dados de maneira legível;

IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

I - o diagnóstico;

II - os resultados dos exames complementares;

III - a conduta terapêutica;

IV - o prognóstico;

V - as consequências à saúde do paciente;

VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementará o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;

VII - registrar os dados de maneira legível;

VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina."

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 14 de agosto de 2008.

EDSON DE OLIVIERA ANDRADE
Presidente

LIVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.851/2008

A fim de não dar margem a interpretações conflitantes ao artigo 3º da RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002, que normatiza a emissão de atestados médicos, impõe-se a sua revisão, visto que disposições emanadas de instâncias inferiores têm trazido grande discussão no meio médico acerca da atuação, em especial, do médico perito frente ao médico assistente do paciente.

O aludido artigo 3º, estabelece que: "Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:

a) Especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente;

b) Estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

c) registrar os dados de maneira legível;

d) identificar-se como emissor mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Adequando a discussão à constante evolução que sofre nossa sociedade, em especial, na área da Medicina, impõe ao órgão máximo da categoria, em última instância, disciplinar controvérsias reinantes no seio da classe, afastando, assim, eventual ingerência e fatores de conflito na relação médico-paciente e INSS.

Nesse sentido, antes de adentrar ao âmago da discussão, deve-se observar a hierarquia das normas e seus planos hierárquicos, vendo-se que no ápice da pirâmide encontra-se o Conselho Federal de Medicina, tendo na base todos os Conselhos Regionais, que embora detenham autonomia funcional, devem obediência normativa àquele.

A vista disso, se tem que não pode existir ordenamentos conflitantes no seio dos Conselhos Federal e Regionais, disciplinando de forma diversa um mesmo tema.

Dentro dessa ordem de idéias, se faz necessário, para não dizer exigível, manifestação casuística do Conselho Federal acerca do referido artigo, frente à dinâmica dos fatos que se vivenciam.

É necessário que o Conselho Federal, de uma vez por todas, normatize a atuação do médico assistente e do médico-perito frente ao paciente, contudo, convém verificar as figuras desses profissionais, de forma isolada, para se poder concluir o presente trabalho.

Assim, temos que o médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatório médico e, a princípio, existem condicionantes a limitar a sua conduta quando o paciente necessita buscar benefícios, em especial, previdenciários.

De outro lado, o médico perito é o profissional incumbido, por lei, de avaliar a condição laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais frequente é a habilitação a um benefício por incapacidade.

A atividade pericial, no âmbito Conselhal e associativo, se constitui hoje em uma área de atuação de todas as especialidades e é regulamentada pela Lei nº 10.876, de 2 de junho de 2004. Esta Lei estabelece que compete privativamente aos ocupantes do cargo de Perito Médico da Previdência Social e, supletivamente, aos ocupantes do cargo de Supervisor Médico-Pericial da carreira, o exercício das atividades médico-periciais inerentes ao Regime Geral da Previdência Social, especialmente:

I - emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade laboral para fins previdenciários;

II - inspeção de ambientes de trabalho para fins previdenciários;

III - caracterização da invalidez para benefícios previdenciários e assistenciais; e

IV - execução das demais atividades definidas em regulamento.

Parágrafo único. Os Peritos Médicos da Previdência Social poderão requisitar exames complementares e pareceres especializados a serem realizados por terceiros contratados ou conveniados pelo INSS, quando necessários ao desempenho de suas atividades.

Em função disso, a atividade médico-pericial, em especial do INSS, tem por finalidade precípua a emissão de parecer técnico conclusivo na avaliação de incapacidades laborativas, em face de situações previstas em lei, bem como a análise de requerimentos de diversos benefícios, sejam assistenciais, ou indenizatórios.

Portanto, é imperativo afastar, ou mesmo retirar, a atribuição do médico assistente de "sugerir" ao paciente condutas inerentes e específicas da atuação do médico perito, posto serem distintas

as atuações desses profissionais. Expectativa gerada por sugestão, não contemplada pelo entendimento do perito, cria situações, não só de indisposição aos médicos peritos, mas pode gerar agressões físicas, inclusive fatais, como já ocorridas.

Acentua-se forçosamente, que não se pode conferir ao médico assistente a prerrogativa de indicar o benefício previdenciário, conduta inerente à função do médico perito.

Propõe-se, então, retirar a palavra "completa" do item a) do artigo 3º e acrescentar um parágrafo único neste mesmo artigo, normatizando especificamente o atestado para fins de perícia médica.

GERSON ZAFALON MARTINS
Conselheiro Relator

DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centers For Disease Control - CDC, Atlanta/USA, 1993.
Classificação cardiopatias: New York Heart Association - NYHA.
Estatuto da Polícia Civil, Lei nº 6.843, de 29 de julho de 1986.
Estatuto do Magistério, Lei nº 6.844, de 28 de julho de 1986.
Estatuto do Servidor Público do Estado de Santa Catarina, Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985.
Informativo da Associação Nacional de Medicina do Trabalho - ANAMT nº 11 - Trabalho de Pessoa Portadora de Deficiência - Normas Legais, 2000.
Manual de avaliação das doenças e afecções que excluem a exigência de carência para concessão de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez, do Regime Geral de Previdência Social, regulamentado pela Lei nº 8.213, de 1991 - MPAS.
Manual de Normas Técnicas Médico-Periciais. 1ª edição, 2006, da Diretoria de Saúde do Servidor, regulamentado pelo Decreto nº 4.167, de 30 de março de 2006.
Manual de Perícia Médica do Ministério da Saúde. 2ª edição, 2005.
Manual de Procedimentos Técnicos da Junta Médica Oficial de Santa Catarina, 1991.
Memorando 2050121/004/2002 - Serviço de Benefícios da Previdência Social, 2002.
Normas e Orientações da Perícia Médica do Estado de São Paulo. 2ª edição, 1990.
Portaria nº 437, da Secretaria Geral da Presidência da República.
Regime Próprio de Previdência dos Servidores do Estado de Santa Catarina, 2008.
Regulamento do Regime Próprio de Previdência do Estado de Santa Catarina, 2009.
Consenso Nacional sobre Voz Profissional, 2004.
Resoluções e pareceres do Conselho Federal de Medicina - CFM, 2008.

DA ELABORAÇÃO DO MANUAL

PRIMEIRA EDIÇÃO
GRUPO DE TRABALHO
Dra. Nadia Maria Hallack Porto - Coordenadora do Trabalho
Dr. Jorge Luiz Tramujas
Dr. Júlio Coutinho Filho
Dr. Luiz Ricardo Rau
Dra. Raquel Dutra Costa
Dr. Roque Luiz Santana
Dra. Maria Cristina Remor Moritz

SEGUNDA EDIÇÃO
ATUALIZAÇÃO DA PRIMEIRA EDIÇÃO:
Dra. Nadia Maria Hallack Porto
Dr. Jorge Luiz Tramujas
Dr. Júlio Coutinho Filho
Dr. Nicolau Heuko Filho
Dr. Olandim Queiroz da Fonseca Filho

APOIO ADMINISTRATIVO
Gilberto Dacoréggio Jeremias
Lauricéia Maciel
Maria Emília Luz
Tânia Regina Maurício Silva
Isabela Rosar Ramos
Pedro Canísio Hames

REVISÃO TÉCNICA
Dr. Nicolau Heuko Filho
Dra. Maria Cristina Remor Moritz
Dra. Andréia Figueiró da Silva Barcellos
Dra. Andressa Tribeck Ferreira Tomaz
Dra. Manuela Mendonça Lisboa Beirão

FINALIZAÇÃO
Dr. Nicolau Heuko Filho
Dra. Andressa Tribeck Ferreira Tomaz
Dra. Manuela Mendonça Lisboa Beirão