



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Barra do Garças

DECRETO N.º 3.583/2014

| | |
|---|--|
| PROTOCOLO | |
| CÂMARA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS-MT | |
| n.º <u>223</u> Livro <u>23</u> Fis. <u>58</u> Data: <u>18/08/14</u> | |
| Horas: <u>17:58</u> | |
| <u>Ossaur</u> | |
| FUNCIONÁRIO | |

“Dispõe sobre a aprovação do Regulamento das perícias médicas do Fundo Municipal de Previdência Social dos Servidores de Barra do Garças – BARRA-PREVI, e dá outras providências.”

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE BARRA DO GARÇAS, Estado de Mato Grosso, no uso da atribuição que lhe confere a Lei Orgânica Municipal;

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento de Perícias Médicas do BARRA-PREVI, na forma do anexo que a este acompanha.

Art. 2º Após a expedição de atestado médico, o servidor terá o prazo de 48 (quarenta e oito) horas para entregá-lo ao BARRA-PREVI e à Secretaria a qual está lotado.

Art. 3º O atestado médico apresentado deve ser em original e conter: nome do servidor, período do afastamento das atividades, CID, data de emissão, assinatura e carimbo do médico.

§ 1º. Não será aceito atestado com rasuras, ou faltando qualquer uma das informações citadas no caput do artigo.

§ 2º Não respeitado o prazo de 48 horas para a entrega do atestado médico pelo servidor, o BARRA-PREVI não se responsabilizará caso o órgão em qual o servidor esteja vinculado considerar faltas não justificadas descontando os dias não trabalhados do servidor.

Art. 4º Após o recebimento do atestado médico pelo BARRA-PREVI e Secretaria de lotação do servidor, fica estabelecido que a partir do 3º (terceiro) dia de licença será agendada perícia médica e de imediato comunicado ao servidor informações quanto a

*Referenciado, com 03 (três) votos
contra, sendo os Vers: José Maria
Fulco Cesar e Renaldo Silva, em
Bensão Induária do dia 18/08/14*

*Tânia Maria Martins do Prado
Auxiliar Administrativo
Portaria 14/1996*

*17.58
18.08.14*



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Barra do Garças

data e horário para comparecer a Perícia Médica, o não comparecimento do servidor na data agendada, implicará de imediato no indeferimento do benefício.

Art. 5º As Perícias Médicas serão agendadas em 02 dias da semana.

§1º Será feito um sistema de rodízio de médicos peritos, para as avaliações médicas, de acordo com a escala da Secretaria Municipal de Saúde em conformidade ao quadro de médicos.

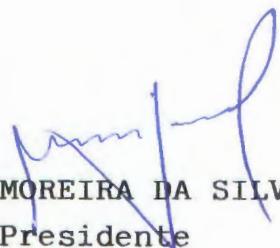
Art. 6º Sendo constatada fraude ou irregularidades será instaurado processo administrativo.

§ 1º Em fraude ou irregularidades na emissão de atestado médico pelo médico assistente será instaurado processo administrativo e posterior denúncia ao Conselho Regional de Medicina – CRM.

Art. 7º Havendo necessidade será designado um Assistente Social para acompanhamento do servidor afastado.

Art. 8º Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito Municipal, em Barra do Garças/MT, 18 de agosto de 2014.



MIGUEL MOREIRA DA SILVA
Presidente



Roberto Ângelo de Farias
Prefeito Municipal



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Barra do Garças
Fundo Municipal de Previdência Social - Barra-Previ

RESOLUÇÃO Nº 01 DE 15 DE JULHO DE 2014.

Dispõe sobre a aprovação do Regulamento das Perícias Médicas do BARRA-PREVI.

O presidente do FUNDO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES DO MUNICÍPIO- BARRA-PREVI, da Prefeitura Municipal de Barra do Garças, Estado de Mato Grosso, Sr. INDALÉCIO AGUIAR DE OLIVEIRA, no uso atribuições legais, e,

Considerando a decisão tomada pelos conselheiros do Fundo, na reunião do dia 08/05/2014, conforme ata deliberativa do mesmo dia.

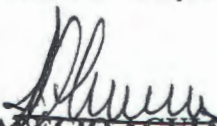
Considerando o disposto no art. 66 e 67 da Lei Complementar n.º 083 de 27/12/2014;

RESOLVE:

1º Aprovar o Regulamento das Perícias Médicas do BARRA-PREVI;

2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua Publicação Revogadas as disposições em contrário.

Barra do Garças (MT) 15 de Julho de 2014.


INDALÉCIO AGUIAR DE OLIVEIRA
PRESIDENTE DO CONSELHO CURADOR

PRECEITOS BÁSICOS

Perícia Oficial em Saúde

É o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do servidor por médico formalmente designado.

A perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

1. **Junta Médica:** perícia oficial em saúde realizada por grupo de três médicos ou mais;
2. **Perícia Médica:** perícia oficial em saúde realizada por apenas um médico.

Médico Perito

É o profissional médico treinado adequadamente, com a atribuição de se pronunciar conclusivamente sobre condições de saúde e capacidade laborativa do examinado, para fins de enquadramento em situação legal pertinente. Deve ter experiência na dinâmica de acompanhamento de servidores afastados, da doença ocupacional, sólida formação clínica, domínio da legislação de benefícios dos servidores e conhecimento de profissiografia, noções de epidemiologia, além da facilidade de comunicação e de relacionamento.

Na perícia, o médico deve ater-se à boa técnica e respeitar a disciplina legal e administrativa. Deve ser justo para não negar o que é legítimo nem conceder o que não é devido nem seu. Respeitadas a lei e a técnica, o médico perito deve ser independente e responder apenas perante a sua consciência.

Deve rejeitar pressões de qualquer natureza ou origem, como especialmente as de outras fontes que infelizmente existem e procuram por vezes fazer tráfico de influência, de suposta autoridade.

Quando alguém presta assistência a outrem, fica preso ao sigilo profissional. Porém a revelação do segredo médico faz-se necessária: nas perícias médicas judiciais, limitando-se a exposição do que tiver conhecimento sem ultrapassar a esfera de suas atribuições e competências.

Verifica-se daí que, como clínico, o médico está preso ao sigilo profissional e dele está liberto quando perito (salvo por declaração ou pedido do cliente).

O exame médico pericial é um exame de caráter técnico e especializado, que exige destreza e muita habilidade junto da experiência adquirida.

No procedimento, o estado do indivíduo é levado em consideração em qualquer estágio da doença.

Ética e Sigilo Médico

A ética no processo de avaliação da capacidade laborativa está pautada nas argumentações, no respeito às diferenças e no diálogo com o outro. Portanto, os princípios que

devem reger as relações nos atos periciais precisam transcender os códigos, os controles e os métodos para individualizar o periciado.

O perito deve ter senso de justiça, realizando os procedimentos necessários para o exercício do direito, assim como fidelidade à coisa pública de forma a não permitir favorecimentos indevidos ou negação de direitos legítimos.

Todos os profissionais que trabalham nas unidades de atenção à saúde do servidor devem, quando do manuseio dos documentos periciais, guardar sigilo.

Os documentos sigilosos como o Laudo de Perícia em Saúde, atestados, relatórios dos médicos assistentes, exames subsidiários, além dos documentos que façam menção aos diagnósticos explícitos ou codificados e à situação de saúde do servidor deverão ser acostados na contracapa dos expedientes / processos em envelope lacrado, identificado como **SIGILO SAÚDE**.

O perito poderá negar-se a realizar exame médico-pericial quando se julgar impedido por motivo ético (impedimento ou suspeição). Nesse caso, deve reportar-se por escrito ao Coordenador da perícia médica, alegando o motivo de seu impedimento.

Na ocorrência de situações excepcionais, o perito poderá ser recusado para determinado procedimento pelo Coordenador da perícia médica, que deverá tomar as providências que couberem para indicar outro perito para o ato.

Capacidade Laborativa

É a condição física e mental para o exercício de atividade produtiva.

É a expressão utilizada para habilitar o examinado a desempenhar as atividades inerentes ao cargo ou função autárquica. O indivíduo é considerado capaz para exercer uma determinada atividade ou ocupação quando reúne as condições morfopsicofisiológicas compatíveis com o seu pleno desempenho.

A capacidade laborativa não implica ausência de doença ou lesão. Na avaliação da capacidade deve ser considerada a repercussão da doença ou lesão no desempenho das atividades laborais.

Incapacidade Laborativa

É a impossibilidade de desempenhar as atribuições definidas para os cargos ou função autárquica, decorrente de alterações patológicas conseqüentes a doenças e acidentes. 14

A avaliação da incapacidade deve considerar o agravamento da doença, bem como o risco à vida do servidor ou de terceiros, cuja continuação o trabalho possa acarretar.

O conceito de incapacidade deve compreender em sua análise os seguintes parâmetros: o grau, a duração e a abrangência da tarefa desempenhada.

1. **Quanto ao grau:** a incapacidade laborativa pode ser **parcial ou total:**

a. Considera-se como **parcial** o grau de incapacidade que permite o desempenho das atribuições do cargo ou função autárquica, sem risco de vida ou agravamento;

b. Considera-se como incapacidade **total** a que gera impossibilidade de desempenhar as atribuições do cargo ou função autárquica, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos servidores detentores de cargo ou função autárquica.

2. **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 do prazo previsível;

b. Considera-se **permanente** a incapacidade insuscetível de recuperação com os recursos de terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.

1. **Quanto à abrangência profissional:** a incapacidade laborativa pode ser classificada como:

a. **Uniprofissional** – é aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica do cargo ou função autárquica;

b. **Multiprofissional** – é aquela em que o impedimento abrange diversas atividades do cargo ou função autárquica;

c. **Omniprofissional** – é aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa que vise ao próprio sustento ou de sua família.

A presença de uma doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que importa na análise do médico perito é a repercussão da doença no desempenho das atribuições do cargo ou função autárquica.

Doença Incapacitante

É a enfermidade que produz incapacidade para desempenhar as atividades laborais do ser humano.

A doença incapacitante pode ser passível de tratamento e controle com recuperação total ou parcial da capacidade laborativa, não resultando obrigatoriamente em invalidez.

Invalidez

No âmbito da Administração Pública, entende-se por invalidez do servidor a **incapacidade total, permanente e omniprofissional** para o desempenho das atribuições do cargo ou função autárquica.

Considera-se também invalidez quando o desempenho das atividades acarreta risco à vida do servidor ou de terceiros, o agravamento da sua doença, ou quando a produtividade do servidor não atender ao mínimo exigido para as atribuições do cargo ou função autárquica.

Deficiência

É a perda parcial ou total, bem como ausência ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere limitação ou incapacidade parcial para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

A deficiência pode ser enquadrada nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental e múltipla.

Acidente no Trabalho

É aquele que ocorre com o servidor, pelo exercício do cargo ou função autárquica no ambiente de trabalho ou no exercício de suas atribuições, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou mental.

São também considerados acidentes em serviço os eventos que ocorrem no percurso da residência para o trabalho e vice-versa.

Doença Profissional

São as doenças decorrentes, desencadeadas ou agravadas pelo exercício de trabalho peculiar à determinada atividade profissional ou adquirida em função de condições ambientais específicas em que se realiza o trabalho. A causa da ocorrência é necessariamente a atividade laboral.

Doença Relacionada ao Trabalho

Consiste na doença em que a atividade laboral é fator de risco desencadeante, contributivo ou agravante de um distúrbio latente ou de uma doença preestabelecida.

A doença relacionada ao trabalho estará caracterizada quando, diagnosticado o agravo, for possível estabelecer uma relação epidemiológica com a atividade laboral. As doenças endêmicas, contraídas no exercício do trabalho, também serão caracterizadas como doenças relacionadas ao trabalho.

Readaptação

Quando se verificar, como resultado da avaliação de Junta Médica, redução da capacidade física do servidor ou estado de saúde que impossibilite ou desaconselhe o exercício das funções inerentes ao seu cargo ou função autárquica, e desde que não se configure a necessidade de aposentadoria, nem de licença para tratamento de saúde, poderá o servidor ser readaptado em atividades diferentes das que lhe cabem, sem que e

Informações importantes

É direito de o servidor solicitar licença médica sempre que estiver incapaz de trabalhar por motivo de doença.

O que é necessário fazer:

☑ O servidor deverá apresentar atestado médico e todos os documentos referentes à sua doença incapacitante (laudos, receitas médicas, comprovantes de consulta, exames, etc.), observando-se a necessidade de que os atestados estejam escritos com letra legível e informando dados referentes ao tratamento e prognóstico da doença. O código da doença

deverá ser descrito, desde que expressamente autorizado pelo servidor, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.851, de 14/08/2008 no BARRA-PREVI e agendar perícia em até no máximo 03 dias da data do atestado médico, sob pena de não ser concedido a licença.

☒ O servidor impossibilitado de locomover-se poderá ser representado por qualquer pessoa com identificação, portando os documentos mencionados acima e agendar perícia para o servidor, obedecendo ao prazo legal mencionado anteriormente.

☒ O servidor deverá apresentar-se para Perícia Médica no dia e horário agendado ou no caso de impossibilidade, conforme agendamento prévio, o perito poderá ir até sua residência ou em hospital.

☒ A Perícia Médica do Município de Barra do Garças-MT é sediada no Centro, à Rua Carajás, 515.

Que documentos levar:

1. Documento de identidade original, expedido por órgão público, ou cópia reprográfica autenticada e em bom estado, que permita a sua identificação fotográfica, aceito em todo o território nacional;
2. Último contracheque;

ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Inciso XIV do art. 6º da Lei Federal nº 7.713/88, com a redação dada pelo art. 47 da Lei nº 8.841/92 e pelo art. 1º da Lei nº 11.052/2004 c/c o art. 30 da Lei nº 9.250/95

☒ Quem pode pedir

O **inativo** municipal, comprovadamente portador de doença grave, especificada em lei, mesmo se contraída depois de sua aposentação.

Entenda-se como doença grave, para fins deste benefício, as doenças elencadas no inciso XIV do art. 6º, da Lei Federal nº 7.713/88, com a redação que lhe deu a Lei 11.052/2004. São elas:

- ☒ doença ocupacional ou por acidente de trabalho que tenha gerado incapacidade total e Permanente (invalidez);
- ☒ 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, e
- ☒ síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)

☒ Como fazer

☒ Servidor aposentado por tempo de serviço

1. Formular requerimento e inseri-lo no processo que originou sua aposentadoria, anexando todos os comprovantes referentes à doença alegada (em envelope lacrado – sigiloso). Tais como: laudo histopatológico, provas de função cardíaca, provas de função renal, provas de função hepática.
2. Toda esta documentação deverá ser encaminhada ao BARRA-PREVI que convocará o requerente e o submeterá à Junta Médica Pericial, que irá elaborar um laudo conclusivo, de conformidade com as exigências da Receita Federal. Caso o inativo do Município seja aposentado em duas matrículas, deverá formular dois requerimentos e inseri-los, respectivamente, nos processos que ensejaram as aposentadorias.
3. Na hipótese de que a Junta Médica Pericial conclua pela procedência do pedido, será disponibilizado laudo médico a ser entregue em mãos do requerente.
4. Cabe ao BARRA-PREVI a publicação da conclusão, deferindo ou indeferindo os requerimentos apresentados, para fins de Isenção de Imposto de Renda.

☒ Servidor detentor de aposentadoria por invalidez, com proventos integrais

1. Todos os servidores aposentados por invalidez, com base no art. 40, § 1º, inciso I, da Constituição, ficarão dispensados de nova inspeção por junta médico-pericial, para fins de isenção de Imposto de Renda.
2. Para obtenção do benefício, deverá o servidor inativo formular requerimento a ser inserido no processo que ensejou a sua aposentadoria, encaminhando-o a BARRA-PREVI, para confecção do respectivo laudo pericial, a ser entregue em mãos do interessado.
3. Nos casos em que a doença seja passível de controle, segundo a Lei 9250/95 - Art 30 e parágrafo 1º, a junta médica fixará o prazo de validade do laudo pericial, devendo ser feita reavaliação ao final do prazo estipulado no laudo, para verificação de atividade da doença.

☒ Isenção de IR para pensionistas

1. Para pleitear a isenção de Imposto de Renda, o pensionista comprovadamente portador de doença especificada em Lei, deverá formular requerimento junto ao BARRA-PREVI, anexando Todos os comprovantes referentes à doença alegada, devendo esse órgão encaminhar a documentação, em forma de processo, que convocará o requerente e o submeterá a uma Junta Médica Pericial Oficial.

Que documentos levar

- ☒ Nos casos em que for agendada uma Junta Médico-Pericial Oficial, o servidor ou o pensionista deverá comparecer à PERÍCIA portando:

1. Documento de identidade original, expedido por órgão público, com validade em todo o território nacional, ou cópia reprográfica autenticada e em bom estado, que permita a sua identificação fotográfica;
2. Todos os documentos referentes à sua doença, tais como: laudos, receitas, comprovantes de consulta, exames, etc.

Saiba mais

o Os procedimentos exigidos para a concessão de Isenção de Imposto de Renda na Fonte para os inativos e pensionistas do Município estão dispostos na Lei Federal nº 7.713, de 22/12/1988, com a redação dada pela Lei Federal nº 11.052/2004.

o O inciso XXXV do art. 5º da Instrução Normativa nº 15, de 06/02/2001, da SRF, estabelece que os pensionistas também poderão ter isenção, se forem portadores das doenças acima elencadas, exceto nos casos de moléstia profissional.

o Torna-se importante salientar que não estará afeta a esta Municipalidade a restituição de quaisquer valores descontados anteriormente à concessão do benefício de Isenção de Imposto de Renda, podendo o interessado pleitear as devoluções que julgar cabíveis, junto à Delegacia Regional da Receita Federal de sua Jurisdição.

- Lei Federal nº 7.713, de 22/12/1988 (art. 6º, inciso XIV), com a redação dada pelo art. 47 da Lei nº 8.541/92, e pelo art. 1º da Lei nº 11.052, de 29/12/2004, c/c o art. 30, da Lei nº 9.250, de 26/12/1995.

ANEXO I

REGULAMENTO DAS PERÍCIAS MÉDICAS NO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE BARRA DO GARÇAS – BARRA-PREVI.

TÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade disciplinar o Sistema de Perícias Médicas do Regime Próprio de Previdência Social dos Servidores Públicos Municipais de Barra do Garças (BARRA-PREVI), definindo estruturas, atribuições, competências e procedimentos relativos às atividades médico-periciais, praticadas pelas Juntas Médicas (JM) ou pelos Médicos Peritos (MP), além do que prevê a legislação em vigor.

TÍTULO II DAS INSTRUÇÕES GERAIS CAPÍTULO I DA APLICAÇÃO

Art. 2º O presente regulamento aplica-se aos:

- I – servidores ativos;
- II - dependentes de servidores ativos;
- III - pensionistas;
- IV – inativo por invalidez
- V – demais pessoas por determinação judicial

Parágrafo único. Excepcionalmente, por solicitação ou determinação de autoridade competente, aos servidores de outros órgãos do poder executivo, legislativo e judiciário poderão ser enquadrados no caput deste artigo.

CAPÍTULO II DO SISTEMA DE PERÍCIAS MÉDICAS SEÇÃO I Das Atividades Médico-Periciais

Art. 3º A atividade médico-pericial, na Previdência Municipal, compreende a realização de atos médico-periciais destinados a avaliar a integridade física, psíquica e laborativa do periciado e a emitir pareceres especializados, os quais servirão de subsídios para a tomada de decisão sobre direito pleiteado ou situação apresentada.

Art. 4º Os atos médico-periciais são os procedimentos técnico-profissionais que as juntas médicas e os médicos peritos realizam na prática pericial, visando a emissão de pareceres sobre a capacidade física, psíquica e laborativa dos periciados.

§ 1º Os principais atos médico-periciais são:

- I - perícia médica;
- II - exame clínico, como parte do relatório médico-pericial;
- III - requisição de exame complementar ou especializado;
- IV - requisição de comparecimento de periciado;
- V - comunicação de resultado de exame ao periciado;
- VI - conclusão de perícia médica;
- VII - encaminhamento a tratamento ou a reabilitação de periciado;
- VIII - revisão de perícia médica;
- IX - homologação de perícia médica;
- X - emissão de pareceres técnicos em processos e recursos; e
- XI - informação técnico-administrativa aos órgãos competentes.

§ 2º Os atos médico-periciais destinados a provocar efeito administrativo são passíveis de recursos, no prazo de 15 dias, ao Conselho Fiscal, devendo, portanto, serem registrados, por escrito, em formulários próprios padronizados, com clareza e precisão, de acordo com a legislação vigente e guardados em arquivos próprios, constituindo-se em peça essencial para o periciado e para a Instituição.

§ 3º As atribuições específicas do Médico Perito que atua judicialmente como Assistente Técnico.

- I - Formular quesitos;
- II - Acompanhar o perito judicial tanto no ato do exame, quanto nas diligências;
- III - Conversar com o perito e o assistente técnico da parte contrária;
- IV - Elaborar parecer ou assinar o laudo caso concorde na íntegra com este;
- v - Comentários a respeito do laudo do perito oficial e suporte a defesa.

SEÇÃO II

Conceitos Médico-Periciais

Art. 5º Com vistas a dirimir dúvidas, quanto ao entendimento e aplicação de conceitos utilizados na legislação médico-pericial do meio civil, no âmbito da Previdência Municipal de Barra do Garças fica estabelecido que:

- I - o Sistema de Perícias Médicas é representado por componentes da estrutura do Serviço de Saúde do Município de Barra do Garças, sob orientação do BARRA-PREVI;
- II - o exame médico-pericial é representado pela perícia médica realizada, obrigatoriamente, por junta de perícia médica ou por médicos peritos;
- III - o Laudo de Perícias Médicas (LPM) ou Laudo Pericial (LP) é representado por formulário próprio, que deverá ser preenchido na sua integralidade pelos médicos-peritos e é a peça médico-legal básica constitutiva dos diversos processos, quanto à sua parte técnica, devendo

conter o diagnóstico completo e o parecer conclusivo, prolatados de acordo com a legislação em vigor.

Parágrafo único. No caso de perícia médica em que o parecer possa gerar benefício, obrigatoriamente, a junta médica deverá obter parecer emitido por especialista da doença ou seqüela, incapacitante ou invalidante, de forma detalhada, podendo ainda ser formulado quesitos pelos médicos-peritos ou pelo médico assistente a fim de subsidiar as decisões.

SEÇÃO III

Das Atribuições do BARRA-PREVI concernentes as Perícias Médicas

Art. 6º O BARRA-PREVI gerencia o Sistema de Perícias Médicas e é responsável por:

- I - adotar as medidas necessárias à execução das atividades de perícias médicas do BARRA-PREVI,
- II - baixar diretrizes para orientar os estudos sobre legislação pericial;
- III - elaborar propostas de modificações da legislação pertinente às perícias médicas;
- IV - orientar tecnicamente os integrantes de Perícias Médicas, visando à unidade de doutrina nas decisões;
- V - assessorar os peritos nos assuntos relativos às perícias médicas;
- VI - analisar os atos médicos periciais praticados pela Junta médica e pelos Médicos Peritos (MP);
- VII - emitir normas para perícia médica dos candidatos a ingresso nos órgãos municipais da Prefeitura, bem como as complementares relativas às atividades médico-periciais.
- VIII - prover os meios necessários ao processamento dos atos administrativos, executados por Juntas de Perícia Médica e Médicos Peritos;
- IX - promover a execução das perícias médicas por meio de Juntas de Médicos Peritos;
- X - emitir laudos e pareceres técnicos, conforme o modelo constante do Anexo _____, na esfera de sua competência, quando solicitado ou determinado por autoridade competente, encaminhando-os, posteriormente, à Diretoria de Saúde para ciência ou homologação;
- XI - auditar os atos periciais;
- XII - promover a capacitação continuada dos integrantes de junta médica e médicos peritos;
- XIII - controlar as Licenças para Tratamento de Saúde, informando aos Recursos Humanos e ao Secretário de Administração, semanalmente, para ciência;
- XIV - emitir mapas estatísticos e outros relatórios relativos às atividades periciais, remetendo-os a secretaria de administração, mensalmente e ao conselho fiscal, para homologação.

SEÇÃO IV

Da Classificação, Constituição e Nomeação da Junta de Médicos Peritos.

Art. 7º. As Juntas de Perícias Médicas do BARRA-PREVI, responsáveis pela execução das perícias médicas, as quais classificam-se nos seguintes tipos:

- I - de caráter permanente: a Junta médica do BARRA-PREVI; e,
- II - de caráter temporário: a Junta médica em Grau de Recurso

Art. 8º. A Junta de Perícia Médica é constituída por médicos do Serviço de Saúde do Município, segundo o discriminado a seguir e em forma de rodízio:

I - Junta médica do BARRA-PREVI: Cinco médicos e um assistente social, sendo um presidente, três médicos efetivos e dois médicos suplentes e o assistente social.

II - Junta médica em Grau de Recurso: no mínimo três médicos diferentes dos que fizeram a perícia médica, sendo um presidente e dois membros.

§ 1º Os membros suplentes da Junta médica do BARRA-PREVI só atuarão nas perícias, durante os impedimentos legais dos titulares.

§ 2º Médicos de outros Órgãos públicos/particulares poderão integrar a Junta médica em Grau de Recurso quando o Serviço de Saúde Municipal não dispuser de médico especialista, conforme o interesse do BARRA-PREVI nos casos excepcionais e justificados, caso em que o instituto deverá remunerar o especialista.

§ 3º No caso de perícia médica em que o parecer possa gerar benefício, obrigatoriamente, a junta médica deverá considerar, para sua decisão, a documentação nosológica apresentada ou o parecer emitido por especialista da doença ou seqüela, incapacitante ou invalidante.

§ 4º Os Cirurgiões-Dentistas poderão, eventualmente, integrar a Junta médica em Grau de Recurso, quando, pela natureza da inspeção, puderem atuar como peritos.

Art. 9º. Os Médicos Peritos deverão, em regra, ser médicos do Serviço de Saúde do Município de Barra do Garças, nomeados pelo Prefeito Municipal, mediante indicação pelo Secretário de Saúde e em concordância pelo Secretário de Administração para realizarem perícias médicas específicas.

Art. 10º. A nomeação das Juntas de Peritos Médicos é de competência do Prefeito Municipal.

Art. 11. O (a) Assistente Social deverá analisar todos os periciados e auxiliar nos trabalhos, devendo ainda verificar o histórico de períodos de afastamento de cada periciado, visando escolher a melhor técnica para sua recuperação, devendo fazer visitas *in loco*, fotografar e relatar por escrito a situação do periciado;

Art. 12. O (a) Assistente Social ainda deverá acompanhar e relatar os casos em que os segurados estejam em readaptação de função e em benefício, e verificar se não há fraude na concessão de benefícios, devendo o BARRA-PREVI e PREFEITURA auxiliar nos meios necessários;

Art. 13. Se verificado qualquer irregularidade, o(a) Assistente Social fará um relatório detalhado da situação, em duas vias, e entregará, com protocolo ao Secretário de Administração para as tomadas de providência e será encaminhado a outra ao Conselho Fiscal para marcar reunião e

discutir sobre o assunto, no prazo de 15 dias, prorrogáveis por mais 15 dias, podendo ao final ser encaminhada denúncia a Câmara Municipal e ou ao Ministério Público.

Parágrafo único. Os membros da Junta médica do BARRA-PREVI serão nomeados por um período mínimo de 180 (cento e oitenta) dias e substituídos, alternadamente, com vistas a evitar solução de continuidade e prejuízo nos trabalhos periciais, com exceção do(a) assistente social, que para melhor desempenho poderá ser renovado o período, sendo que sua nomeação será através de análise de currículo e entrevista dos interessados pelo Conselho Fiscal e representante do BARRA-PREVI, sobre conhecimento do regulamento da Perícia Médica, Ética Profissional e Lei 083 de 27 de dezembro de 2003 e suas alterações, sendo feito questionário antecipado, no total de tantos questionários quanto forem os candidatos, em envelope lacrado e pego aleatoriamente no momento da entrevista para que não haja favorecimento. Toda a entrevista será gravada para evitar fraudes e avaliado com notas de 01 a 10, sendo que o candidato que obtiver maior nota, de acordo com a coerência das respostas, será o candidato escolhido em primeiro lugar e escolhido, na sequência, mais dois, sendo então dois assistentes e um suplente.

TÍTULO III
DA PERÍCIA MÉDICA
CAPÍTULO I
DAS FINALIDADES DAS PERÍCIAS MÉDICAS

Art. 14. As perícias médicas ou médico-legais, de interesse do BARRA-PREVI, são realizadas por Junta médica ou Médico Perito, com a finalidade específica de verificar o estado de saúde física e mental e laboral dos periciados.

Art. 15. As perícias médicas de servidores ativos e inativos, pensionistas e dependentes são realizadas para fins de:

- I - comprovação de invalidez;
- II - concessão de Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família;
- III - tratamento de saúde ou investigação diagnóstica fora do município;
- IV - solicitação de autoridade competente da justiça comum ou servidor;
- V - ingresso no serviço ativo;
- VI - reversão
- VII - habilitação à pensão;
- IX - isenção do imposto de renda; ou
- X - outros amparos especificados em lei.

CAPÍTULO II
DAS AUTORIDADES

Art. 16. São autoridades competentes para determinar a perícia médica:

- I - O Secretário de Administração;
- II - O médico assistente do segurado ou requerente de benefício;
- III - O juiz

CAPÍTULO III
DO PRAZO DE VALIDADE DAS PERÍCIAS MÉDICAS
SEÇÃO I
Das Perícias médicas realizadas pela Junta de Médico Perito

Art. 17. O período máximo de validade da perícia médica é de:

- I – pessoal ativo: até 01 (hum) ano; e
- II – pessoal inativo: 02 (dois) anos.

§ 1º As autoridades especificadas no Art. 16 deste regulamento poderão, dependendo da finalidade ou do estado de saúde dos servidores, determinar perícia médica a qualquer tempo, independente do prazo de validade.

§ 2º Aplica-se o disposto no inciso II deste artigo aos dependentes de segurados que tenham sido conduzidos à condição de pensionistas por invalidez em atendimento às exigências legais.

SEÇÃO II

CAPÍTULO IV

DAS DESPESAS

Art. 18. As despesas com exames complementares e demais procedimentos decorrentes de Perícia médica, poderão ocorrer:

- I - por conta do erário, as realizadas por Junta médica ou Médico Perito, quando realizadas no interesse exclusivo do serviço; e
- II - por conta do candidato, quando de requerimento para benefício previdenciário ou sua continuidade;

§ 1º Os custos de que trata o inciso anterior serão definidos pela Secretaria de Administração, em conjunto com a Secretaria de Saúde;

§ 2º Os exames complementares somente serão aceitos se realizados em laboratório reconhecido pelo órgão oficial competente.

Art. 19. Ao inativo e pensionista será fornecido o transporte, quando houver necessidade de exames complementares fora da localidade, utilizando os parâmetros estabelecidos na legislação federal e conforme regulamentação e disponibilidade do município.

CAPÍTULO V
DA COMPETÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SEÇÃO I
Da Responsabilidade dos Médicos Peritos

Art. 20. Aos médicos peritos caberá a realização de perícia médica com as seguintes finalidades:

- I - Dar tratamento adequado ao periciado, com humanidade, dignidade, respeito e atenção;
- II - zelar pela observância do Código de Ética Médica;
- III - comunicar a chefia imediata, obrigatoriamente, qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;
- IV - orientar o segurado, nos casos de inconformismo, para interposição de recurso à Junta de Recursos;
- V - avaliar o potencial laborativo do segurado em gozo de benefício por incapacidade, com vistas ao encaminhamento à readaptação/reabilitação profissional, quando for o caso;
- VI - participar de Junta Médica nos casos de exame médico-pericial em fase de recurso, conforme atos vigentes;
- VII - manter-se atualizado sobre Normas Técnicas, Atos Normativos e Legislação Previdenciária referentes à concessão de benefícios por incapacidade;
- VIII - emitir parecer técnico em juízo quando convocado ou indicado como Assistente Técnico do BARRA-PREVI;
- IX - participar das revisões de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez;
- X - assessorar tecnicamente a área de benefícios sempre que necessário;

§2º A critério do médico perito, mediante justificativa, outros casos poderão ser encaminhados a Junta Médica.

CAPÍTULO VI
DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DAS PERÍCIAS MÉDICAS

Art. 21. A Junta médica do BARRA-PREVI realizará as perícias na sala da Junta Médica, com acesso aos portadores de necessidades especiais e devidamente equipada com os seguintes instrumentos:

- I - Mesa e cadeira para os peritos;
- II - Computador ligado à rede para confecção dos laudos periciais diretamente no Sistema;
- III - Maca para exames médicos;
- IV - Aparelho de pressão e outros instrumentos necessários à cargo do perito;
- V - Aparelho para leitura de Raio-X;
- VI - Biombo;

§1º Os Médicos Peritos poderão realizar perícia médica na residência do segurado/hospital, se apresentar doença ou seqüela que o impossibilite de se locomover ou ser transportado até o local destinado a sua inspeção;

§2º O BARRA-PREVI, junto com a administração é responsável pelas instalações físicas, nas quais funcionarem a Junta de Médicos Peritos, e pelo pessoal.

Art. 22. Os arquivos das Juntas de Médicos Peritos serão organizados, no local de seu funcionamento, devendo manter os registros e dados individuais dos periciados pelo prazo de 05 (cinco) anos e os Livros de Registro de Atas de Reuniões em grau de recurso em arquivo permanente.

Parágrafo único. Os pareceres, laudos médicos especializados e exames complementares, que contenham informações diagnósticas e façam parte ou não de prontuários médicos, deverão obedecer ao prescrito na legislação para a guarda e manuseio de documentos sigilosos.

CAPÍTULO VII DA CONVOCAÇÃO PARA A PERÍCIA MÉDICA

Art. 23. A convocação para a perícia médica far-se-á por ato oficial emanado de autoridade competente, devendo, necessariamente, conter os seguintes dados:

- I - finalidade da perícia;
- II - identificação completa do servidor (nome, identidade, matrícula, data de nascimento, naturalidade);
- III - data da inclusão; e
- IV - data da inativação, quando o segurado for inativo ou término do Auxílio doença, mesmo que a perícia não seja para essa finalidade.

§ 1º Para os casos de Auxílio doença, informar a data de início e término da licença já concedida, incluídas as prorrogações e o período já gozado.

§ 2º O segurado que obtiver concessão de Auxílio doença, e que não se sinta apto a retornar ao trabalho, deverá apresentar novo atestado médico e exames, sendo obrigatório seu comparecimento até 08 dias antes do término da licença para nova perícia.

§ 3º O período entre uma perícia e outra, se não tiver amparado por atestado médico é de pura responsabilidade do segurado;

§ 4º Não serão aceitos atestados médicos com período retroativo a mais de três dias, com período futuro, rasurados, sem o Código Internacional da Doença (CID), sem data, sem carimbo e sem assinatura do médico ou ainda ilegíveis;

CAPÍTULO VIII DA EMISSÃO DOS PARECERES, DOS RECURSOS E DA HOMOLOGAÇÃO

SEÇÃO I Da Emissão dos Pareceres

Art. 24. Os pareceres emitidos pelas Juntas de Médicos Peritos obedecerão à legislação em vigor e deverão ser expressos de acordo com a finalidade da perícia médica, considerando, a partir do diagnóstico funcional e anatômico tecnicamente identificado, as repercussões sobre a capacidade laborativa e o grau de comprometimento da higidez do servidor, visando o estabelecimento da coerência técnica observada nas Normas Técnicas Sobre as Doenças que Motivam a exclusão do serviço ativo.

§ 1º Os pareceres deverão restringir-se a aspectos técnicos e não conterão expressões que possam indicar pronunciamento quanto ao mérito.

§ 2º Os pareceres quanto a sua forma, conteúdo e vinculação à finalidade da perícia, serão definidos no Capítulo II, do Título IV, deste Regulamento.

Art. 25. Os pareceres emitidos por Junta médica e Médico Perito, visam elucidar e orientar as autoridades competentes, devendo ser expressos em termos claros e concisos, de forma a não deixar transparecer qualquer dúvida.

§ 1º Cabe aos membros das juntas de perícia médica e médicos peritos a incumbência da transcrição do parecer, consignado na Ata de Perícia Médica, quando for em grau de recurso.

§ 2º Nas perícias médicas que, em função do parecer derem origem a processos de qualquer natureza deverá, obrigatoriamente, ser anexada aos mesmos cópia da documentação médica completa atualizada, com menos de seis meses, laudos de especialistas, exames complementares, papeletas hospitalares e outros que comprovem o diagnóstico e que permitam ao BARRA-PREVI emitir o parecer técnico, se necessário.

Art. 26. A Secretaria do BARRA-PREVI seção de atendimento, dará conhecimento do parecer ao periciado ou a seu representante legal, por escrito e mediante recibo, conforme o constante no Anexo H deste Regulamento, quando desta resultar benefício pecuniário, comunicando, também, esse parecer, ao Secretário de Administração.

Parágrafo único. Na comunicação do parecer, deverá constar que o periciado terá o prazo de quinze dias para apelar por nova perícia Médica e, em grau de recurso, exceto quando outro prazo estiver previsto em legislação específica.

SEÇÃO II Dos Recursos

Art. 27. A autoridade competente ou o periciado poderá interpor recurso para nova perícia médica, em grau de recurso, obedecendo aos prazos estabelecidos, caso não concorde com os pareceres emitidos, pela Junta médica ou pelo Médico Perito.

§ 1º O periciado terá o prazo de 15 (quinze) dias, exceto nos casos previstos em legislação específica, para recorrer da decisão de uma Junta médica ou da decisão de um Médico Perito, a contar da data em que tomar conhecimento, por escrito, do seu parecer.

§ 2º O Secretário de Administração poderá determinar perícia médica em grau de recurso, a qualquer tempo.

§ 3º A perícia médica, em Grau de Recurso poderá ser requerida pelo periciado que desejar, ao Gestor do BARRA-PREVI, com fundamentos que justifiquem a discordância do resultado emitido pela juntas ou médico perito recorrido.

§ 4º Nos casos de perícia médica em grau de recurso, não poderá compor a Junta médica em Grau de Recurso o oficial médico que tenha participado na sessão da Junta médica ou o Médico Perito recorrido.

Art. 28. Não caberá recurso administrativo contra pareceres emitidos por Junta médica em Grau de Recurso.

Art. 29. O esgotamento de todos os recursos, na esfera administrativa, ocorrerá após a homologação e a decisão do Secretário de Administração.

SEÇÃO III Da Homologação

Art. 30. Toda ordem de perícia médica em grau de recurso será acompanhada da cópia da ata de perícia médica, efetuada pela Junta médica ou pelo Médico Perito recorrido, devendo o periciado apresentar, no ato da perícia médica, os respectivos exames subsidiários porventura existentes.

Parágrafo único. Na existência de um processo instruído, este deverá ser apresentado à junta médica ou ao médico perito.

Art. 31. O Secretário de Administração regulará a homologação das perícias médicas, obedecendo a princípios de simplicidade, operabilidade, efetividade, agilizando a solução e a tramitação de processos.

Parágrafo único. Os pareceres técnicos emitidos por Juntas de Médicos Peritos poderão, excepcionalmente, ser reavaliados pelo Secretário de Administração, sempre que houver razões técnicas pertinentes.

Art. 32. Os servidores portadores de doenças especificadas em lei, de acordo com o disposto no Art. 14-A, da Lei nº 083, de 27 de dezembro de 2004, deverão ter suas perícias médicas homologadas por Junta Médica Pericial.

CAPÍTULO IX
DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DAS
JUNTAS DE PERÍCIA MÉDICA

Art. 33. O horário de funcionamento da Junta médica será, preferencialmente as quintas-feiras, as 13 horas, ou de acordo com a necessidade ou acordo entre o BARRA-PREVI e os profissionais de saúde.

Parágrafo único. O horário das atividades dos Médicos Peritos será regulado pela Secretaria de Saúde, em acordo com o Secretário de Administração.

Art. 34. Os membros de Juntas de perícia médica e os demais membros da perícia deverão se dedicar, nos dias previstos para funcionamento das sessões periciais, em período integral ao estabelecido anteriormente.

Parágrafo único. As juntas só deverão proceder as perícias médicas com finalidade de aposentadorias por invalidez, revisões de benefícios permanentes e averiguação de invalidez de dependente com a presença de todos os seus membros.

CAPÍTULO X
DAS SESSÕES DE JULGAMENTO

Art. 35. As sessões de julgamento das juntas de perícias médicas e médicos peritos serão sempre confidenciais, observando-se as seguintes prescrições:

- I - em cada sessão de julgamento poderá constar da pauta uma ou mais perícias médicas;
- II - as sessões de julgamento serão numeradas, seqüencialmente:
 - a) dentro de cada ano civil, a partir de 0001 (zero, zero, zero, um) para a Junta médica; e

Art. 36. A decisão do julgamento das Juntas de Perícia Médica será sempre tomada de acordo com o parecer da maioria de seus membros, inclusive o do presidente, procedendo-se o pronunciamento a partir do médico especialista, se houver, sendo que os membros vencidos deverão justificar os seus pareceres, por escrito, no Livro de Registro de Atas de Perícia Médica ou em outro meio destinado a esse fim.

CAPÍTULO XI
DAS ATAS E DO LIVRO DE REGISTRO DE ATAS
SEÇÃO I
Da Escrituração no Livro de Registro de Atas

Art. 37. Compete ao Secretário da Junta medica ou Médico Perito lavrar, imprimir e registrar as Atas de perícia Médica, em livro próprio, conforme modelo constante do Anexo C deste Regulamento, denominado Livro de Registro de Atas de Perícia Médica, escriturado contendo as seguintes informações:

- I - número da sessão;
- II - identificação do periciado: nome, identidade, data de nascimento, naturalidade (cidade e estado), graduação, lotação;
- III - número do ofício que solicitou a convocação;
- IV - diagnóstico,
- V - parecer;
- VI - observações quando necessárias;
- VII - local e data; e,
- VIII- identificação dos membros da junta médica ou do médico perito.

§ 1º O Livro de Registro de Atas de Perícia Médica poderá ser substituído por folhas impressas, que serão encadernadas ao final de cada ano civil.

§ 2º Os equívocos ou erros cometidos no lançamento do diagnóstico ou do parecer, no Livro de Registro de Atas de Perícia Médica, e que necessitem de retificação, poderão ser corrigidos à tinta de cor vermelha, consignando-se, ao pé da página, o motivo da emenda ou correção, autenticando-se o ato com as assinaturas de todos os membros da junta médica ou do médico perito.

Art. 38. As Juntas de Perícia Médica e os Médicos Peritos deverão exigir, de todos os periciados, a prova de identidade, mediante exibição de um documento válido, que pode ser a cédula de identidade, a carteira profissional ou outros documentos válidos como identidade, quando previstos em legislação própria.

Parágrafo único. A verificação da identidade ficará a cargo do secretário da Junta médica ou Médico Perito, que anotará, na Ata de Perícia Médica, o número de registro do documento correspondente.

Art. 39. Nos casos de Perícia Médica para fins de Auxílio doença, ou sua prorrogação, a junta médica e os médicos peritos deverão fazer constar na ata as datas de início e término da licença e a data que o servidor deverá retornar ao trabalho.

Art. 40. Os membros das Juntas de Perícia Médica e Médicos Peritos deverão assinar, não rubricar, a Ata de Perícia Médica no Livro de Registro, imediatamente após a sessão, devendo constar sob a assinatura, preferencialmente a carimbo, os seguintes dados:

- I - nome completo, por extenso e legível;
- II - matrícula; e
- III - número do registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no Conselho Regional de Assistente Social (CRAS).

SEÇÃO II

Da Cópia da Ata de Perícia Médica

Art. 41. Da Ata de Perícia Médica original, será extraída cópia de inteiro teor, conforme modelo exposto no Anexo D deste Regulamento, que deverá ser remetida à autoridade que solicitou a perícia, no prazo máximo de cinco dias, observadas as seguintes prescrições:

I - assinada, não rubricada, pelos membros da Junta médica ou Médico Perito conforme artigo anterior;

II - conter o diagnóstico constante da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionado a Saúde (CID), somente número e sem lançar sua descrição por extenso e classificá-lo como "reservado";

III - quando se tratar de cópia de ata para instruir processo de aposentadoria, movimentação por motivo de saúde e outros tipos de processo que possam gerar benefício pecuniário, o diagnóstico será lançado por extenso, além do CID, sendo, neste caso, classificada como "confidencial".

Parágrafo único. A cópia autêntica será fornecida por solicitação da justiça, devendo:

a) ser o diagnóstico lançado por extenso, e com o código alfanumérico, conforme consta no Livro de Registro;

b) constar a identificação completa (nome e número de inscrição no CRM ou CRO) dos membros da junta médica que realizou a perícia médica, da qual é solicitada a cópia autêntica;

c) ser assinada por todos os membros que compuseram originariamente a junta de Perícia Médica, ou, na impossibilidade, será assinada pelo atual secretário da junta médica que certificará a autenticidade das informações contidas no Livro de Registro.

CAPÍTULO XII DOS EXAMES COMPLEMENTARES E OUTROS PROCEDIMENTOS PERICIAIS

Art. 42. Os membros das Juntas de Perícia Médica e Médicos Peritos, sempre que se fizer necessário, poderão solicitar exames complementares, laudos médicos e odontológicos especializados ou a internação hospitalar do periciado, visando complementar os seus julgamentos para emitirem os pareceres.

§ 1º Os laudos médicos e odontológicos especializados e exames complementares a que se refere o caput deste artigo devem observar os seguintes preceitos:

I - sempre se revestem de caráter de urgência; e

II - deverão ser remetidos à Junta médica ou Médicos Peritos, da forma especificada abaixo:

a) digitados ou impressos;

b) datados; e

c) apresentando a assinatura e o carimbo funcional (nome, matrícula e número do CRM ou CRO) do profissional de saúde responsável pela emissão;

d) diagnóstico completo, e o que interfere na atividade laboral temporária ou permanente de suas funções e de outras funções.

§ 2º Poderão ser realizados em organizações oficiais ou particulares de saúde;

§ 3º Só terão validade se realizados a menos de 03 (três) meses, admitindo-se prazo maior quando julgado compatível por Junta médica ou Médico Perito.

CAPÍTULO XIII
DA NEGAÇÃO A TRATAMENTOS ESPECÍFICOS
OU A EXAMES COMPLEMENTARES

Art. 43. Nos casos em que o periciado se negar a realizar tratamento específico, como meio mais indicado para remover sua incapacidade física, ou recusar a se submeter a exames complementares, necessários ao esclarecimento pericial, compete ao secretário da junta médica ou médico perito:

I - tomar a termo a declaração do periciado, em duas vias, assinadas pelo mesmo e pelo secretário da junta médica ou médico perito e, ainda, pelos demais integrantes da junta médica ou por duas testemunhas, constando a negação ao tratamento ou à realização dos exames recomendados;

II - arquivar a primeira via e anexar a segunda via à cópia da Ata de Perícia Médica;

III - registrar, no campo "observações" da Ata de Perícia Médica, a existência dessa declaração;

IV - prolar se possível o diagnóstico baseado apenas nos dados colhidos por ocasião do exame físico do periciado.

TÍTULO IV
DAS PERÍCIAS EM GERAL
CAPÍTULO I
DOS DIAGNÓSTICOS

Art. 44. As doenças, afecções, síndromes, lesões, perturbações mórbidas ou defeitos físicos devem ser registrados, no Livro de Registro de Atas de Perícia Médica, por extenso, precedidos do código alfanumérico correspondente, constante da Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados à Saúde (CID), conforme o modelo constante do Anexo C, citando o número da revisão e as seguintes prescrições:

CAPÍTULO II
DOS PARECERES
SEÇÃO I
Das Generalidades

Art. 45. Os pareceres emitidos pelas Juntas de Perícia Médica e Médicos Peritos devem ser expressos de acordo com a finalidade da Perícia Médica, conforme modelo exposto no Anexo L deste Regulamento.

§ 1º Os pareceres devem restringir-se a aspectos técnicos e não podem conter expressões que possam indicar pronunciamento quanto ao mérito.

§ 2º Os pareceres das perícias médicas realizadas em portadores de doenças especificadas em lei, passíveis de cura ou controle, devem especificar o período de tempo no qual o servidor deverá ser submetido à nova perícia, visando subsidiar a manutenção ou supressão do correspondente benefício.

Art. 46. Os seguintes pareceres poderão ser emitidos:

- I - "apto para o serviço";
- II - "apto para o serviço, com recomendação";
- III - "incapaz temporariamente para o serviço";
- IV - "incapaz definitivamente para o serviço";
- V - "é/não é portador de doença especificada na Lei n.º 083/20004;
- VI - "necessita/não necessita, de tratamento especializado fora de Barra do Garças";
- VII - "é/não é inválido"; ou
- VIII - outros pareceres, constantes de legislações específicas.

SEÇÃO II

Da Aptidão para o Serviço

Art. 47. O parecer: "apto para o serviço, aplica-se ao segurado possuidor de perfeitas condições de sanidade física e mental ou, ainda, aos portadores de doenças ou lesões compatíveis com o serviço.

Parágrafo único. As doenças ou lesões compatíveis com o serviço são aquelas que não impedem a realização das atividades habituais do cargo.

SEÇÃO III

Da Aptidão para o Serviço, com Recomendação

Art. 48. O parecer: "apto para o serviço, com recomendação", aplica-se aos servidores portadores de doenças ou lesões mínimas, assim como às gestantes, que necessitem observar prescrições de ordem médica, por curto prazo, porém sem incapacitá-los, temporária ou definitivamente, para as atividades habituais do cargo.

§ 1º Os servidores enquadrados no caput deste artigo, sempre que possível, deverão:

- I - ter prioridade para exercer atividades administrativas ou de apoio; e
- II - serem acompanhados por médico perito ou Médico do Trabalho, visando obter um controle eficaz de suas condições de saúde.

§ 2º O parecer descrito no caput deste artigo deverá ser aplicado, especificamente, aos:

- a) portadores de doenças especificadas em lei, passíveis de cura ou controle; e

- b) portadores de pequenas seqüelas que impossibilitem apenas a realização de atividades operacionais;
- c) portadores de próteses auditivas, oculares e outras, desde que as respectivas funções estejam dentro dos limites aceitáveis;
- d) outros casos, de acordo com a avaliação médica e legislações específicas.

§ 3º As Juntas de Perícia Médica e os Médicos Peritos deverão fazer constar, no campo "observações", de maneira clara e objetiva, as recomendações julgadas necessárias.

§ 4º Nas recomendações, devem constar as atividades nas quais os servidores estão impedidos de realizar.

§ 5º O início do desvio de função com readaptação em outro cargo será contado a partir da decisão da Junta Médica.

§ 6º Após o primeiro ano, o servidor deverá ser submetido à Perícia Médica, caso seu estado clínico se mantenha inalterado, ou a qualquer tempo, para verificação de regressão ou progressão do seu estado.

SEÇÃO IV

Da Incapacidade Temporária

Art. 49. O parecer: "incapaz, temporariamente, para o serviço" aplica-se ao servidor doente ou lesionado, passível de recuperação, e que se encontra temporariamente impossibilitado de exercer suas atividades profissionais, em virtude de sua patologia, devendo ser complementado pela expressão:

I - "necessita de (...) dias de afastamento total do serviço e instrução, para realizar o seu tratamento", especificando a data do início ou da prorrogação;

II - "necessita baixar ao... (especificar o hospital)", quando este procedimento for necessário para complementação de investigação diagnóstica ou para realização do seu tratamento; ou

III - "necessita continuar internado... (no hospital)", quando o servidor necessitar permanecer internado em hospital ou baixado à enfermaria, para elucidação diagnóstica ou continuação do seu tratamento.

§ 1º Nos casos do servidor necessitar de internação em hospital, as perícias médicas de controle serão realizadas, no máximo, a cada 30 (trinta) dias, para verificar a necessidade ou não da continuação da hospitalização.

§ 2º Sempre que o servidor estiver em outro estado da federação por motivo de tratamento de saúde e em virtude disso não puder viajar para passar pela perícia médica, o seu médico assistente deverá fazer um relatório médico, onde indique a incapacidade física temporária para o serviço, com relato de todos os procedimentos realizados e os motivos em que o servidor não puder comparecer, acompanhado do período.

§ 3º No caso de perícia indireta citada no parágrafo anterior, a Junta Médica ou os peritos avaliarão a necessidade ou não de fazer a perícia a distancia, sendo necessário que no prazo estipulado o servidor regresse e passe pela perícia tão logo seja possível diante da complexidade da enfermidade.

§ 4º O benefício do auxílio-doença será suspenso quando o segurado for encontrado exercendo qualquer atividade incompatível com o tratamento de sua doença, ou tiver procedimento que demonstre estar capacitado para trabalhar no serviço público municipal, assegurada a defesa do servidor.

§ 5º Na hipótese deste artigo e sempre que o benefício do auxílio-doença for obtido mediante fraude, devidamente comprovada, o servidor ficará sujeito:

- I - À aplicação de multa de valor correspondente a uma base de contribuição do segurado, e
- II - À restituição das importâncias indevidamente recebidas a título de auxílio doença, a partir da data em que voltou a trabalhar.

§ 6º A multa a que se refere o § 1º deste artigo será imposta pelo BARRA-PREVI, assegurada a defesa do segurado.

§ 7º O pagamento da multa e a restituição do benefício indevido a que se refere o §1º deste artigo serão efetuados mediante desconto em folha de pagamento, parceladamente, até o limite de 20% (vinte por cento) da remuneração bruta do servidor.

§ 8º Ressalvada a recomendação da perícia médica, o servidor em gozo de benefício de auxílio-doença por 24 (vinte e quatro) meses poderá ser submetido à junta médica para fins de aposentadoria por invalidez total e permanente, alta, readaptação ou prorrogação do auxílio-doença.

SEÇÃO V Da Incapacidade Definitiva

Art. 50. O parecer: "incapaz definitivamente para o serviço", aplica-se ao servidor periciado e julgado incapaz definitivamente para as atividades, em consequência de:

- a) acidente em serviço;
- b) moléstia profissional, doença grave, contagiosa ou incurável, desde que torne o servidor total e permanentemente inválido para qualquer trabalho; e

Parágrafo único. Deve constar ainda do Parecer as expressões:

- I - "não é inválido", quando o periciado possuir capacidade laborativa que lhe permita garantir o próprio sustento e o de seus dependentes; ou
- II - "inválido", quando o comprometimento da capacidade laborativa do periciado não lhe permitir a obtenção do próprio sustento e o de seus dependentes.

Art. 51. As Juntas de Perícia Médica deverão observar o contido no Anexo B deste Regulamento.

TÍTULO V
DAS PERÍCIAS ESPECÍFICAS
CAPÍTULO I
DOS DIAGNÓSTICOS

Art. 52. A Junta de perícia médica deve observar o contido no Art. 46, conforme cada caso.

CAPÍTULO II
DA APOSENTADORIA
SEÇÃO I
Dos Pareceres

Art. 53. A Junta médica deve emitir o parecer considerando o previsto no Artigo nº 46, deste regulamento.

§1º Caso o periciado seja portador de Documento Sanitário de Origem (Atestado de Origem ou Inquérito Sanitário de Origem), os pareceres serão complementados pelas expressões:

I - "há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido (ou a doença adquirida em ato de serviço) e a condição mórbida atual expressa pelo seguinte diagnóstico... [citar o diagnóstico]. O Documento Sanitário de Origem preenche/não preenche todas as formalidades exigidas nas Instruções Reguladoras dos Documentos Sanitários de Origem"; ou

II - "não há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido (ou a doença adquirida em ato de serviço) e a condição mórbida atual, expressa pelo seguinte diagnóstico:... [citar o diagnóstico]. Há/não há vestígios anatômicos ou funcionais do acidente sofrido (ou doença adquirida em ato de serviço). O Documento Sanitário de Origem preenche/não preenche todas as formalidades exigidas nas Instruções Reguladoras dos Documentos Sanitários de Origem".

§ 2º Caso o Documento Sanitário de Origem não preencha todas as formalidades exigidas nas Instruções Reguladoras dos Documentos Sanitários de Origem, a Junta de Perícia Médica consignará, na lacuna "observações", da Ata de Perícia Médica, a irregularidade observada.

SEÇÃO II
Das Observações

Art. 54. A Junta de Perícia Médica declarará, no campo "observações" da Ata e da cópia da Ata de perícia médica, se foram esgotados todos os recursos da medicina especializada para fins de aposentadoria.

Art. 55. À cópia de Ata, as juntas de perícia médica deverá anexar cópia da documentação médica atualizada e completa (laudos de especialistas, exames complementares e papeletas hospitalares) que comprove o diagnóstico e permita ao BARRA-PREVI realizar a análise documental, a emissão do parecer técnico.

CAPÍTULO III
DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
SEÇÃO I
Dos Pareceres

Art. 56. Nas perícias médicas para fim de concessão de aposentadoria por invalidez, a Junta Médica deverá emitir o parecer “necessita/não necessita de cuidados permanentes de enfermagem ou hospitalização”, devido a sua incapacidade para o serviço ativo.

§ 1º No caso do servidor encontrar-se temporariamente hospitalizado, a Junta médica emitirá o parecer “necessita de hospitalização por (...) dias”.

§ 2º No caso do servidor encontrar-se temporariamente necessitando de assistência contínua de enfermagem em sua residência, a Junta médica emitirá o parecer “necessita de cuidados permanentes de enfermagem em sua residência por (...) dias”.

SEÇÃO II
Das Observações

Art. 57. De acordo com as datas fixadas, é importante apresentar no laudo a DID (Data da Incapacidade :
SITUAÇÃO

| SITUAÇÃO | PARECER MÉDICO PERICIAL | SOLUÇÃO |
|---------------------------------|---|--|
| DID – antes da 1ª contribuição | <ul style="list-style-type: none">• Doença pré-existente. | Indeferimento do benefício. Incapacidade laborativa anterior à carência. |
| DID – depois da 1ª contribuição | <ul style="list-style-type: none">• Procedimento cabível se houver agravamento da patologia anterior à filiação OU• se é acidente de qualquer natureza ou causa; | Deferimento do benefício em ambos os casos |

* Entende-se como acidente de qualquer natureza ou causa aquele de origem traumática, e por exposição a agentes exógenos, (físicos, químicos ou biológicos) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, com perda ou redução da capacidade laborativa, permanente ou temporária.

* O exame médico-pericial deverá ser realizado da maneira mais completa possível, podendo ser requisitado exames complementares e especializados estritamente necessários à elucidação do caso, procedendo-se, quando necessário, à pesquisa em prontuário médico hospitalar, bem como a solicitação de informação do médico assistente.

CAPÍTULO IV
DA ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA
SEÇÃO I
Do Diagnóstico

Art. 58. A Junta médica deve observar o disposto neste Regulamento, bem como as orientações contidas nas Normas Técnicas sobre as Doenças que Motivam a exclusão do serviço ativo.

SEÇÃO II
Do Parecer

Art. 59. Nas perícias médicas para fins de isenção do imposto de renda, a Junta médica emitirá o parecer "é/não é portador de doenças especificadas em lei".

Parágrafo único. No caso de doença passível de controle, no campo "observações" da Ata de perícia Médica, deve constar a época em que o servidor deverá ser submetido à nova perícia, para atendimento do previsto no § 2º, do Art. 53 deste Regulamento.

CAPÍTULO V
DA APOSENTADORIA
SEÇÃO I
Do Diagnóstico

Art. 60. A Junta Médica observará o previsto o disposto neste Regulamento, bem como as orientações contidas nas Normas Técnicas sobre as Doenças que Motivam a exclusão do serviço ativo.

CAPÍTULO VI
DA MOVIMENTAÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE
SEÇÃO I
Do Diagnóstico

Art. 61. A Junta médica deve observar o previsto no Art. 46 deste Regulamento.

SEÇÃO II
Dos Pareceres

Art. 62. Na perícia médica para fins de transferência, retificação ou anulação de transferência por motivo de saúde, a junta médica emitirá o parecer “necessita/não necessita de movimentação por motivo de saúde”, conforme modelo proposto no Anexo L deste Regulamento.

SEÇÃO III
Das Observações

Art. 63. Para emissão de seu parecer, a Junta médica deve observar a presença do estado mórbido, devidamente comprovado, mediante laudo médico especializado e exame complementar.

CAPÍTULO VII
SEÇÃO I
Dos Pareceres

Art. 64. A Junta médica deve emitir o seguinte parecer:

- I - “necessita de tratamento especializado no... (especificar o País ou o Estado). Necessita/não necessita de acompanhamento técnico ou leigo. Necessita/não necessita de tratamento especializado, durante o seu deslocamento (discriminando o percurso, em caso positivo)”; ou
II - “não necessita de tratamento especializado fora de Barra do Garças”.

CAPÍTULO VIII
DA HABILITAÇÃO À PENSÃO SERVIDOR E ÀS PENSÕES ESPECIAIS,
DA COMPROVAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA E DA COMPROVAÇÃO DE
INVALIDEZ
SEÇÃO I
Do Diagnóstico

Art. 65. A Junta médica detalhará o diagnóstico, observando o contido no artigos 46 e Anexo B deste regulamento.

SEÇÃO II
Dos Pareceres

Art. 66. A Junta médica deve emitir o parecer “é/não é inválido”.

Parágrafo único. No caso de o servidor ser considerado inválido, o parecer será complementado por uma ou mais das seguintes expressões:

- I - “a invalidez do servidor é/não é decorrente de doença especificada em lei”;
II - “a invalidez do servidor é/não é decorrente de acidente em serviço”; ou
III - “a invalidez do servidor é/não é decorrente de doença adquirida em serviço”.

SEÇÃO III Das Observações

Art. 67. Na perícia médica para os fins estabelecidos neste capítulo, em caso de maioria do periciado, a Junta médica deverá citar no campo "observações", da Ata de Perícia médica, a expressão "a doença, que ora acomete o servidor, preexistia/não preexistia à sua maioria".

Parágrafo único. Em caso de preexistência da patologia à maioria, a Junta médica deverá anexar ao processo toda a documentação nosológica que comprove a doença.

TÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 68. A Junta médica e o Médico Perito, na perícia médica para fim de Auxílio doença e de Pessoa da Família (LTSPF), observará o que prescreve a instrução geral para concessão do afastamento do serviço.

§ 1º O prazo para a emissão de parecer que trata da concessão ou prorrogação de licença será de 03 (três) dias, a contar do comparecimento do servidor à Junta médica ou Médico Perito.

§ 2º Caso a Junta médica ou o Médico Perito necessite submeter o servidor a avaliação especializada ou a exames complementares, para emissão do parecer, deverá propor a concessão de licença por período que permita a conclusão da avaliação e exames.

Art. 69. O mapa estatístico das inspeções de saúde realizadas será confeccionado conforme os modelos constantes nos anexos E e F, para as Juntas de Perícia médica, e Anexo G, para a Junta de Perícia médica Temporária, sendo encaminhado:

I – ao gestor da previdência, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao qual se realizou a perícia; e

II – ao Conselho Fiscal, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao qual se realizou a perícia;

Art. 70. O disposto neste Regulamento aplica-se aos servidores, pensionistas e dependentes dos servidores, no que couber.

Art. 71. Excepcionalmente, por solicitação ou determinação de autoridade competente, o servidor, ocupante de cargo efetivo de outra Unidade da Federação, poderá ser periciado pelo Sistema de Perícias Médicas do BARRA-PREVI.

Art. 72. A legislação pertinente às atividades médico-periciais encontra-se discriminada no Anexo "A" deste Regulamento.

Parágrafo Único. Cabe ao BARRA-PREVI a atualização do Anexo A.

Art. 73. Será observado o prazo de 120 (cento e vinte) dias, para que o interessado possa interpor recurso ou recorrer quando se julgar prejudicado por qualquer ato administrativo, nos termos do Art. do Estatuto dos Servidores Municipais, aprovado pela Lei nº, dede de, contado da data da publicidade do ato, ou, do fato do qual se originou, desde que tenha tomado conhecimento por escrito e mediante recibo.

Parágrafo único. Passado o prazo previsto no caput deste artigo, o Secretário de Administração deverá determinar o arquivamento do requerimento do interessado, por falta de pressuposto de admissibilidade.

Art. 74. O BARRA-PREVI adotará os diagnósticos das enfermidades, inclusive os diagnósticos numéricos, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde, em vigor no País.

I – ao gestor da previdência, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao qual se realizou a perícia; e

II – ao Conselho Fiscal, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao qual se realizou a perícia;

Art. 75. As Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade Decorrente de Doenças Especificadas em Lei (Anexo B) e as Normas Técnicas Sobre as Doenças que Motivam a Exclusão do serviço ativo serão revistas a cada cinco anos, a contar da data de publicação deste Regulamento.

Art. 76. Compete ao BARRA-PREVI, através de seu gestor, dirimir as dúvidas decorrentes da aplicação das normas contidas neste Regulamento e aos Conselho Fiscal e Curador, a nível de recurso.

ANEXO A
SERVIDOR DO MUNICÍPIO DE BARRA DO GARÇAS
LEGISLAÇÃO BÁSICA

A seguinte legislação básica deverá estar disponível para consulta pelos membros da Junta médica e médicos peritos, para apoio às suas atividades médico-periciais:

1. Lei 083/2004, de 27 de dezembro de 2004, que reestruturou o BARRA-PREVI;
2. Lei n.º 3.738, de 04 abril de 1960, pensão especial à viúva de servidor ou funcionário, atacada de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave e SIDA Lei n° 7.670, de 08 de setembro de 1988;
3. Lei n.º 6.782, de maio 1980, equipara ao acidente em serviço às doenças profissionais e às especificadas em lei, para efeito de pensão especial e dá outras providências;
4. Lei n° 7.713, de 22 de dezembro de 1988, trata do imposto de renda e suas alterações, em especial à Lei n° 8.541, de 32/12/1992 e a Lei n° 9.250, de 26 de dezembro de 1995;
5. Lei n.º 9.029, de 13 de abril de 1995, trata da proibição de exigência de atestado de gravidez e outras práticas;
6. Decreto n° 20.910, de 06 de Janeiro de 1932, regula a prescrição quinquenal;

ANEXO B
SERVIDOR DA PREFEITURA DE BARRA DO GARÇAS
NORMAS PARA A AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE DECORRENTE DE DOENÇAS
ESPECIFICADAS EM LEI

I - FINALIDADE

Estas normas têm por finalidade conceituar as doenças especificadas nos diplomas legais e padronizar os procedimentos das Juntas de Perícia médica, para uniformizar os pareceres por estas exarados.

II - DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

1. ALIENAÇÃO MENTAL

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Conceitua-se como alienação mental, todo caso de distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, 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.

1.2 A Junta médica deverá "preservar-se contra uma exagerada admissão de irresponsabilidade" (N. Hungria) e identificar no quadro clínico de alienação mental, os seguintes elementos:

- a) transtorno intelectual - atinge as funções mentais em conjunto e não apenas algumas delas;
- b) falta de autoconsciência - o paciente ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;
- c) inadaptabilidade - o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do paciente em relação às regras que disciplinam a vida normal em sociedade;
- d) ausência de utilidade - a perda da adaptabilidade redundando em prejuízo para o paciente e para a sociedade (Beca Soto).

1.3 A Junta médica poderá identificar alienação mental no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, esteja satisfeita todas as condições abaixo discriminadas:

- a) seja enfermidade mental ou neuromental;
- b) seja grave persistente;
- c) seja refratária aos meios habituais de tratamento;
- d) provoque alteração completa ou considerável da personalidade;
- e) comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, com destruição da autodeterminação e do pragmatismo;
- f) torne o paciente total e permanentemente inválido para qualquer trabalho;
- g) haja um nexo sintomático entre o quadro psíquico e a personalidade do paciente.

1.4 São considerados meios habituais de tratamento:

- a) psicoterapia;
- b) psicofarmacoterapia;
- c) terapêutica biológica (eletroconvulsoterapia, insulino-terapia, etc.).

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

QUADROS CLÍNICOS QUE CURSAM COM A ALIENAÇÃO MENTAL

1.6 São necessariamente casos de Alienação Mental:

- a) estados de demência (senil, pré-senil, arterioesclerótica, luética, coréica, doença de Alzheimer e outras formas bem definidas);
- b) psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;
- c) paranóia e a parafrenia nos estados crônicos;
- d) oligofrenias graves.

1.7 São excepcionalmente considerados casos de Alienação Mental:

- a) psicoses afetivas, mono ou bipolar, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada freqüência de repetição fásica, ou, ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível de personalidade;
- b) psicoses epilêpticas, quando caracterizadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada freqüência de surtos psicóticos;
- c) psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência.

1.8 Não são casos de alienação mental:

- a) transtornos neuróticos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos;
- b) desvios e transtornos sexuais;
- c) alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica;
- d) oligofrenias leves e moderadas;
- e) psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao "stress");
- f) psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis).

1.9 Os casos excepcionalmente graves e persistentes de estados psicopatológicos, citados nas letras "a" e "b" do item anterior, podem, entretanto, causar invalidez.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA DE PERÍCIA MÉDICA

1.10 A Junta de Perícia médica, para maior clareza e definição imediata da situação do periciando, deverá fazer constar, obrigatoriamente, do laudo declaratório da invalidez do portador de alienação mental, os seguintes dados:

- a) diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a classificação internacional de doenças;
- b) modalidade fenomênica;
- c) estágio evolutivo;
- d) expressão "alienação mental" entre parênteses.

1.11 Se o laudo concluir por alienação mental deverá ser firmado em diagnóstico que não se confunda com o quadro de reação psíquica isolada, intercorrência psico-reativa e distúrbio orgânico subjacente, do qual seja simples epifenômeno.

1.12 A simples menção do grau ou intensidade da enfermidade não esclarece a condição de "alienação mental", se não estiver mencionado o estágio evolutivo da doença.

1.13 Não poderão ser emitidos laudos de alienação mental com base em diagnóstico de enfermidade psiquiátrica aguda.

1.14 Exemplos de laudos

a) esquizofrenia paranóide, F.20.0 CID - Revisão 1993, estágio pré-terminal grave (alienação mental) - CERTO;

b) psicose afetiva, F.31.6 CID - Revisão 1993, estágio pré-terminal grave (alienação mental) - CERTO;

c) psicose afetiva, F.32.3 CID - Revisão 1993, forma monopolar depressiva, fase crônica irremissível. (alienação mental) - CERTO;

d) psicose afetiva (alienação mental) - ERRADO;

e) psicose pós-traumática grave, T 90.2 CID - Revisão 1993, (alienação mental) - ERRADO;

f) psicose pós-traumática, T 90.2 CID - Revisão 1993, estado de demência pós-traumática (alienação mental) - CERTO;

g) reação exógena aguda de Bonhoffer (alienação mental) - ERRADO.

1.15 A Junta médica deverá, explicitamente, fazer constar nos laudos da Perícia médica a ausência de alienação mental, quando a doença do examinado determinar a sua invalidez, mas não se enquadrar nos parâmetros que definam alienação mental.

1.16 Exemplos de laudos

a) esquizofrenia paranóide, F.20.0 CID - Revisão 1993 – ERRADO;

b) esquizofrenia paranóide, F.20.0 CID - Revisão 1993, estado de defeito leve (não é alienação mental) – CERTO.

1.17 A Junta de Perícia médica, ao concluir seu laudo com um diagnóstico subordinado ao conceito de alienação mental, deverão encaminhar o periciando ao Órgão competente para condução da medida legal conveniente ao caso: medida de segurança, interdição, administração provisória e outros casos, na forma prevista em Lei.

2. CARDIOPATIA GRAVE

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

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

2.2 São consideradas cardiopatias graves:

a) as cardiopatias agudas, que, habitualmente 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;

b) 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.

2.3 A limitação da capacidade física, funcional e profissional é definida habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia.

2.4 A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em classes ou graus, assim descritos:

- a) GRAU I - pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da 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 doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Estes 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 da atividade física. Estes 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. Estes pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

2.5 Os meios de diagnósticos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, cientificamente, 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 a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);
- j) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;
- l) cinecoronarioventriculografia.

2.6 Nos pericardios portadores de doença cardíaca, não identificáveis com os meios de diagnósticos citados no item 2.3, deverão ser utilizados outros exames e métodos complementares, que a medicina especializada venha a exigir.

2.7 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 uma doença cardíaca incapacitante.

2.8 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: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias e cor pulmonal e crônico.

2.9 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

2.10 CARDIOPATIA ISQUÊMICA

- a) caracterizada por:

- 1) angina classes III e IV da NYHA e da Canadian Cardiovascular Society, apesar de responder a terapêutica;
 - 2) manifestações clínicas de insuficiência cardíaca;
 - 3) arritmias (associar com dados de ECG e Holter).
- b) Eletrocardiograma (repouso):
- 1) zona elétrica inativa (localização e magnitude);
 - 2) alterações isquêmicas de ST-T;
 - 3) distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular;
 - 4) hipertrofia ventricular esquerda;
 - 5) fibrilação atrial crônica;
 - 6) arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).
- c) Radiografia do Tórax:
- 1) cardiomegalia;
 - 2) congestão venocapilar pulmonar.
- d) Teste ergométrico:
- 1) limitação da capacidade funcional (<5 MET);
 - 2) angina, em carga baixa (<5MET);
 - 3) infradesnível do segmento ST;
 - (a) precoce (carga baixa);
 - (b) acentuado (>3mm);
 - (c) morfologia horizontal ou descendente;
 - (d) múltiplas derivações.
 - 4) duração prolongada (> 6 min no período de recuperação);
 - 5) supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio;
 - 6) comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD > 30 mm Hg);
 - 7) insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca);
 - 8) sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço;
 - 9) arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.
- e) Cintilografia Miocárdica associada a Teste Ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio):
- 1) defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias);
 - 2) dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço;
 - 3) hipercaptação pulmonar;
 - 4) fração de ejeção (FE) em repouso menor ou igual a 0,35 (valor específico para o método);
 - 5) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%);
 - 6) motilidade parietal regional ou global anormal.
- f) Cintilografia Miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos:
- 1) interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico.
- g) Ecocardiograma (em repouso):
- 1) fração de ejeção menor ou igual a 0,40 (valor específico para o método);
 - 2) alterações segmentares da contratilidade ventricular;
 - 3) dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda;
 - 4) complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

h) Ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos:

- 1) aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso;
- 2) acentuação das alterações de contratilidade preexistentes;
- 3) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%).

i) Eletrocardiografia Dinâmica (Holter):

- 1) alterações isquêmicas (ST - T) associadas à dor anginosa ou aos sintomas de disfunção ventricular esquerda;
- 2) isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração);
- 3) arritmias ventriculares complexas;
- 4) fibrilação atrial associada à isquemia;
- 5) distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.

j) Cinecoronarioventriculografia:

- 1) lesão de tronco de coronária esquerda maior ou igual a 50%;
- 2) lesões triarteriais moderadas a importantes (maior ou igual a 70% do terço proximal ou médio), e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida;
- 3) lesões bi ou uniaarteriais menor ou igual a 70%, com grande massa miocárdica em risco;
- 4) lesões ateromatosas extensas e difusas;
- 5) fração de ejeção menor ou igual a 0,40;
- 6) hipertrofia ventricular esquerda e dilatação ventricular esquerda;
- 7) áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia;
- 8) aneurisma de ventrículo esquerdo;
- 9) complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

l) Fatores de risco e condições associadas:

- 1) idade maior ou igual a 70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar;
- 2) vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico).

m) Pós-infarto do miocárdio:

- 1) disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia);
- 2) isquemia à distância (em outra área que não a do infarto);
- 3) arritmias ventriculares complexas;
- 4) idade avançada;
- 5) condições associadas.

2.11 CARDIOPATIA HIPERTENSIVA - a gravidade é 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.

MIOCARDIOPATIAS

2.12 MIOCARDIOPATIAS HIPERTRÓFICAS - a 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;
- e) cardiomegalia;
- f) disfunção ventricular esquerda sistólica e/ou diastólica;
- g) fibrilação atrial;
- h) síndrome de Wolff - Parkinson - White;
- i) arritmias ventriculares complexas;
- j) regurgitação mitral importante;
- l) doença arterial coronária associada;
- m) forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50 mm Hg.

2.13 MIOCARDIOPATIAS DILATADAS - com as seguintes características:

- a) histórias de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia importante;
- c) ritmo de galope (B3);
- d) insuficiência cardíaca de 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.

2.14 MIOCARDIOPATIA RESTRITIVA (endomiocardiofibrose, fibroelastose) - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

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

2.15 CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA - a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

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

2.16 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:

1) bloqueio atrioventricular (BAV) de 2º grau, tipo II, ou BAV avançado;

2) bloqueio atrioventricular total:

(a) sintomático;

(b) com resposta cronotrópica inadequada ao esforço;

(c) com cardiomegalia progressiva;

(d) com insuficiência cardíaca.

3) fibrilação atrial com resposta ventricular baixa;

4) bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca).

c) taquiarritmias:

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

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

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

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

2.17 COR PULMONAL E 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 canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar;

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

b) eletrocardiograma:

1) 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, maior ou igual a 60 mm Hg;

4) insuficiência tricúspide importante;

5) inversão do fluxo venoso na sístole atrial.

d) estudos hemodinâmicos:

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.

2.18 CARDIOPATIAS CONGÊNITAS - caracterizam-se como graves as cardiopatias congênitas que apresentam:

a) do ponto de vista clínico:

- 1) crises hipoxêmicas;
- 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 infracardiaca ou origem das artérias coronárias;
- 4) drenagem anômala total infracardiaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as 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) ventrículo s únicos com atresias valvares;
- 12) ectopias cardíacas com alterações múltiplas;
- 13) cardiopatias complexas.

VALVULOPATIAS

2.19 INSUFICIÊNCIA MITRAL - caracterizada por:

a) quadro clínico:

- 1) insuficiência cardíaca de 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 esquerda;
- 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.

- 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.

2.21 INSUFICIÊNCIA AÓRTICA - caracterizada por:

a) quadro clínico:

- 1) insuficiência cardíaca de 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 distólica próxima a 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) fibrilhação 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 a teste ergométrico:

- 1) comportamento anormal da fração de ejeção.

f) hemodinâmica e angiografia:

- 1) baixa pressão diastólica da aorta tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoventriculares;
- 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%.

2.22 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) fibrilhação 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 cm²;
- 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 cm²;
- 2) hipocinesia ventricular esquerda;
- 3) coronariopatia associada.

2.23 PROLAPSO VALVAR MITRAL - caracterizado por:

- a) história familiar de morte súbita;
- b) história de síncope;
- c) fenômeno trombo-embólicos;
- d) síndrome de Marfan associada;
- e) arritmias ventriculares complexas;
- f) fibrilação atrial;
- g) disfunção ventricular esquerda;
- h) regurgitação mitral importante;
- i) prolapso valvar tricúspide associado;
- j) cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas);
- l) rotura de cordoalhas tendíneas.

TUMORES CARDÍACOS

2.24 Tumores Malignos - deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento de neoplasia maligna.

2.25 Tumores benignos com alterações funcionais irreversíveis.

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

NORMAS DE PROCEDIMENTOS DA JUNTA MÉDICA PERICIAL

2.27 Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos graus III ou IV da avaliação funcional descrita no item 2.3 destas normas serão considerados como portadores de cardiopatia grave, pela junta de perícia médica.

2.28 Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos graus I e II, da avaliação funcional do item 2.3 destas normas, e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a eficiência funcional, somente serão considerados incapazes por cardiopatia

grave, quando, fazendo uso de terapêutica específica e depois de esgotados todos os recursos terapêuticos, houver progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico evolutivo e de exames subsidiários.

2.29 A idade do paciente, sua atividade profissional e a incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de lesões citadas no item 2.26.

2.30 Os portadores de lesões cardíacas susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, serão reavaliados após a cirurgia e incapacitados, se enquadrados nos itens 2.25 e/ou 2.26, destas normas.

2.31 Os portadores de hipertensão arterial secundária, passível de tratamento cirúrgico, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional avaliada após o tratamento da doença hipertensiva.

2.32 Os portadores de valvulopatias susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional reavaliada, após a correção, salvo se as alterações cardiovasculares, pela longa evolução ou gravidade, sejam consideradas irreversíveis ou comprometedoras da atividade funcional.

2.33 As arritmias graves, comprovadas eletrocardiograficamente, resistentes ao tratamento ou cursando com episódios tromboembólicos, serão consideradas como cardiopatia grave, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de alterações cardiovasculares.

2.34 A Junta médica somente enquadrará o paciente como portador de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar o tratamento especializado por 24 (vinte e quatro) meses.

2.35 A Junta médica poderá fazer o enquadramento de Cardiopatia Grave, dispensando o prazo de observação e tratamento, citado no item 2.32 destas Normas, nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com mau prognóstico a curto prazo.

2.36 O prazo de observação e tratamento, citado no item 2.32, poderá ser dispensado para os pacientes que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante, em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados.

2.37 O laudo da Junta médica deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos: etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), e a afirmação ou negação de cardiopatia grave, para o enquadramento legal da lesão incapacitante.

2.38 Quando não for possível firmar-se o diagnóstico etiológico, este deverá ser citado como sendo desconhecido.

3. CEGUEIRA

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

3.1 Cegueira ou amaurose é um estado patológico no qual a acuidade visual de ambos os olhos é igual a zero, sem percepção luminosa, após esgotados os recursos de correção óptica.

3.2 São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

a) os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nestas normas, 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.

3.3 Graus de perda parcial da visão equivalente à cegueira

a) 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;

b) 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;

c) 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 20/1.200 SNELLEN;

d) GRAU IV - quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20.000 SNELLEN ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 01 (um) metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

3.4 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

3.5 Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, a Junta médica adotará as escalas SNELLEN e DECIMAL na avaliação da acuidade visual para longe; e a escala JAEQUER na avaliação da acuidade visual para perto.

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

| SNELLEN | DECIMAL | % DE VISÃO |
|---------|---------|------------|
| 20/20 | 1,0 | 100 |
| 20/22 | 0,9 | 98,0 |
| 20/25 | 0,8 | 95,5 |
| 20/29 | 0,7 | 92,5 |
| 20/23 | 0,6 | 88,5 |
| 20/40 | 0,5 | 84,5 |
| 20/50 | 0,4 | 76,5 |
| 20/67 | 0,3 | 67,5 |
| 20/100 | 0,2 | 49,0 |
| 20/200 | 0,1 | 20,0 |
| 20/400 | 0,05 | 10,0 |

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

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

3.8 Após a avaliação da acuidade visual de cada olho em separado, sendo dado o peso 3 ao percentual de visão do olho melhor e peso 1 ao percentual de visão do olho pior, saberemos a Eficiência Visual Binocular (EVB) somando os valores percentuais multiplicados por seus pesos e dividindo-os por 4. Assim, se a eficiência de OD = 90% e de OE = 30%, teremos: $EVB = (3 \times 90 + 1 \times 30) / 4 = 75\%$.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA PERICIAL

3.9 A Junta médica concluirá pela incapacidade definitiva dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.

3.10 A Junta de Perícia médica, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirá pela incapacidade definitiva, por cegueira, dos periciandos que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, em qualquer dos graus descritos no item 3.3, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

3.11 A Junta de Perícia médica, ao emitir laudo de invalidez de portador de afecção que o inclua no grau de diminuição da acuidade visual descritos no item 3.3, deverá escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "equivalente à cegueira".

4. ESPONDILITE ANQUILOSANTE

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

4.1 Espondilite anquilosante, inadequadamente denominada de espondiloartrose Anquilosante nos textos legais, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna. O processo geralmente se inicia pelas sacroilíacas e, ascensionalmente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados resultando rigidez progressiva da coluna. As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

4.2 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.

4.3 Dentre as denominações comumente dadas a espondilite anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, espondilite ossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veau-Bechterew, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelvispondilite anquilosante, apesar de a Escola Francesa utilizar a designação de pelvispondilite reumática.

4.4 As artropatias degenerativas da coluna vertebral, também conhecidas como artroses, osteoartrites ou artrites hipertróficas, acarretam maior ou menor limitação dos movimentos da coluna pelo comprometimento das formações extra-articulares e não determinam anquilose.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA PERICIAL

4.5 A Junta médica procederá ao enquadramento legal os portadores de espondilite anquilosante, pela incapacidade total e permanente acarretada por essa doença.

4.6 Ao firmar seu laudo, a junta médica deverá fazer constar:

- a) o diagnóstico nosológico;
- b) a citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
- c) a citação dos segmentos da coluna vertebral atingidos.

4.7 A Junta médica fará o enquadramento legal, equiparado ao da espondiloartrose anquilosante, aos portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo à mobilidade da coluna vertebral.

4.8 A Junta médica acrescentará, entre parênteses, a expressão "equivalente a espondilite anquilosante", ao concluir o laudo do portador de afecções da coluna vertebral que, por seu grave comprometimento e extensa imobilidade, se tornar total e permanentemente incapacitado para qualquer trabalho.

4.9 A Junta Médica, além dos elementos clínicos de que disponham e dos pareceres da Medicina especializada, deverão obrigatoriamente ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

- a) comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);
- b) cintilografia óssea;
- c) teste sorológico específico HLA - B27;
- d) tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

5. ESTADOS AVANÇADOS DA DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

5.1 A doença de Paget é uma afecção óssea crônica, caracterizada por deformações ósseas de evolução lenta e progressiva, de etiologia desconhecida, geralmente assintomática e acometendo um só osso ou, menos freqüentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

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

- a) fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido ósseo ricamente vascularizado, na qual são comuns fraturas com consolidação rápida;
- b) fase de relativa inatividade, com formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado, na qual as fraturas têm retardo de consolidação.

5.3 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, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

5.4 As formas localizadas da doença de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina, ou oligossintomáticas, não serão legalmente enquadradas nessa afecção.

5.5 A Junta médica enquadrará em incapacidade definitiva por estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante) o periciando que apresentar as formas extensas da doença de acordo com o item 13.3 destas normas.

5.6 Também serão enquadradas em incapacidade definitiva as formas monostóticas com deformidades acentuadas e dolorosas e aquelas que apresentarem dificuldade para marcha, característica da coxopatia pagética.

5.7 Ao firmar o diagnóstico, a junta médica deverá registrar a extensão da deformidade e parte óssea atingida, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e o exame subsidiários que comprove o diagnóstico.

5.8 Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

- a) exame radiológico;
- b) dosagem da fosfatase alcalina;
- c) dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

6. HANSENÍASE

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

6.1 A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), de curso crônico, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

6.2 Fica proscrita a sinonímia "lepra" nos documentos oficiais da perícia do BARRA-PREVI.

CLASSIFICAÇÃO

6.3 A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

a) Paucibacilares (PB) - Baciloscopia negativa

- 1) Tuberculóide (T);
- 2) Indeterminada (I) - Mitsuda positiva.

b) Multibacilares (MB) - Baciloscopia positiva

- 1) Virchowiana (V);
- 2) Dimorfa (D);
- 3) Indeterminada (I) - Mitsuda negativa.

6.4 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.

6.5 Principais características das formas clínicas de hanseníase:

6.6 Hanseníase Tuberculóide (T) – apresenta lesões tórpidas ou reacionais anestésicas ou hipoestésicas, circunscritas, acompanhadas de anidrose ou hipoidrose e alopecia com acentuada estabilidade dentro do tipo.

6.7 Lesões tórpidas:

- a) reação de Mitsuda sempre positiva;
- b) o exame bacterioscópico revela ausência de bacilos nas lesões e na linfa cutânea;
- c) o exame histológico evidencia a presença de granuloma tipo tuberculóide de células epitelióides, linfócitos e células gigantes tipo Langhans;
- d) o exame clínico identifica as lesões em pápulas e tubérculos bem delimitados, nas quais as micropápulas, numerosas ou únicas se desenvolvem em pele aparentemente normal ou sobre manchas do grupo indeterminado, ou sobre lesões tuberculóides em reação na fase involutiva.

As micropápulas podem ser mais coradas que a pele normal, acastanhadas ou avermelhadas, com tendência a coalescerem. Podem apresentar descamação ptiirônica. Da erupção de novas pápulas resultam hansênides figuradas ou marginadas, anulares, ovais elípticas, bem delimitadas, de centro claro e bordas elevadas. A discreta atrofia na área central indica a progressão centrífuga da hansênide. São freqüentes as neurites (mononeurites), podendo aparecer lesões cutâneas e espessamento dos nervos.

6.8 Lesões reacionais:

- a) reação de Mitsuda positiva;
- b) o exame bacterioscópico pode ser positivo;
- c) o exame histológico revela o granuloma tuberculóide com edema inter e intracelular;
- d) o exame clínico mostra placas eritêmato-violáceas edematosas, escamosas, elevadas, com contornos nítidos, de localização palmoplantar, periorifical da face e occipital, ou tomam as extremidades dos membros à maneira de bota ou luva. As lesões geralmente são polimorfas e os tubérculos e nódulos eritêmato-violáceos são sugestivos do diagnóstico.

6.9 Hanseníase Virchowiana (V) - apresenta lesões da pele, mucosas, olhos, nervos periféricos (polineurites) e vísceras, sempre tendentes à difusão e expansão.

6.10 Características principais:

- a) reação de Mitsuda negativa;
- b) ao exame bacteriológico: numerosos bacilos e globias nas lesões e na linfa cutânea;
- c) ao exame histopatológico: infiltrado perineural, perivascular e periglandular dos histiócitos contendo bacilos, com a formação de globias (células de Virchow - degeneração lipoídica), formando a estrutura hansenomatosa patognomônica;
- d) as lesões cutâneas, em geral anestésicas, consistem em: eritema e infiltração difusa, máculas eritêmato-pigmentadas acompanhadas de tubérculos e nódulos formando hansenomas, alopecia (principalmente dos supercílios - madarose), atrofia da pele e músculos, infiltração da face com intumescimento nasal e dos pavilhões auriculares (fáceis leoninos). No comprometimento das mucosas, é precoce o aparecimento de renite posterior e destruição do septo nasal. Podem ocorrer também lesões viscerais principalmente do fígado, baço e testículos. Os nervos mais comumente atingidos são: cubital, ciático poplíteo externo e auricular magno.

6.11 Hanseníase indeterminada (I) - assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para forma tuberculóide ou para Virchowiana. Apresenta as seguintes características:

- a) reação de Mitsuda positiva ou negativa;
- b) bacterioscopia das lesões e linfa negativos;
- c) histologicamente apresenta infiltrados discretos de linfócitos e fibroblastos ao redor dos capilares, anexos cutâneos e terminações nervosas;
- d) ao exame clínico encontram-se manchas com alteração da sensibilidade superficial, de bordas imprecisas, hipocrônicas ou ligeiramente eritematosas, acompanhadas de alopecia e distúrbios da sudorese (hipohidrose ou anidrose), isoladas, geralmente planas.

6.12 Hanseníase Dimorfa (D) - Apresenta lesões cutâneas semelhantes tanto às da forma Virchowiana quanto às da forma Tuberculóide, e que tendem, freqüentemente, a evoluir para a forma Virchowiana na ausência de tratamento. Apresenta as seguintes características:

- a) clinicamente, as lesões dermatológicas lembram, pelo aspecto e distribuição, as da reação tuberculóide das quais se distinguem pela imprecisão dos limites externos e pela pigmentação

ocre ou ferruginosa, dando uma tonalidade fulva ou acastanhada, próprias da Hanseníase Virchowiana.

As lesões, geralmente cervicais, apresentam anestesia, anidrose e alopecia e cursam com surtos eruptivos. Mãos túmidas, cianóticas e com extremidades afiladas;

b) a bacterioscopia da pele é fortemente positiva nas lesões fulvas e menos intensa nas lesões semelhantes às da reação tuberculóide;

c) histologicamente, apresenta granulomas tuberculóides e infiltrados de células de Virchow;

d) reação de Mitsuda negativa ou fracamente positiva.

PRESCRIÇÕES DIVERSAS

6.13 Tratamento específico: será eminentemente ambulatorial, mediante esquema padrão, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (Poliquimioterapia) e aprovado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 814, de 22 de julho de 1993, publicada no D.O.U. nº 147, de 04 de agosto de 1993, às páginas 1167 a 1171.

6.14 Critérios clínicos de atividades:

a) presença de eritema e/ou infiltração nas lesões;

b) aparecimento de novas lesões;

c) aumento de lesões preexistentes;

d) espessamento e/ou parestesia de nervos ou troncos nervosos previamente normais;

e) paresia ou paralisia de músculos não afetados anteriormente;

f) surgimento de novas áreas anestésicas.

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA PERICIAL

6.15 Os portadores de hanseníase indeterminada (I) realizarão tratamento sem afastamento do serviço ativo.

6.16 Os portadores de hanseníase tuberculóide (T) farão o tratamento sem o afastamento do serviço ativo, com exceção dos casos em que:

a) apresentarem manifestações cutâneas e/ou neurológicas incompatíveis com o desempenho das atividades servidores;

b) cursarem com surtos reacionais.

6.17 O portador de hanseníase Virchowiana e Dimorfa fará o tratamento afastado temporariamente do serviço ativo, enquanto permanecer com as lesões em atividade ou quando evoluir com surtos reacionais.

6.18 O portador de hanseníase, mesmo no caso de tratamento sem afastamento do serviço ativo, obrigatoriamente, será submetido à perícia médica nas seguintes situações:

a) logo que firmado o diagnóstico;

b) a cada 6 (seis) meses, no máximo, durante o tratamento;

c) após o término de tratamento.

6.19 O periciado já curado de hanseníase, mas que apresentar seqüelas incompatíveis com o desempenho da atividade do servidor, sem, contudo determinar invalidez, será incapacitado de acordo com a legislação vigente, sem o enquadramento em hanseníase.

6.20 A Junta médica fará o enquadramento da incapacidade definitiva por hanseníase do periciado que:

a) permanecer com sinais de atividade clínica após completar o tratamento;

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

c) manifestar surto reacional freqüente durante o tratamento ou após a cura;

d) apresentar seqüela invalidante.

6.21 Todos os periciados portadores de hanseníase, independente do julgamento da Junta Médica Pericial, permanecerão sob rigoroso controle médico e deverão submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada.

7. MAL DE PARKINSON

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

7.1 O mal de Parkinson (doença de Parkinson), também chamado "paralisia agitante" é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecida, resultante do comprometimento do sistema nervoso extra-piramidal e caracterizado pelos seguintes sintomas:

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, acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada" (negro);

c) oligocinesia - diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.

7.2 A expressão doença de Parkinson, por sua maior abrangência e por melhor atender aos conceitos científicos mais modernos sobre a enfermidade, é preferida a de mal de Parkinson, embora esta denominação se mantenha nestas normas, de conformidade com a Lei.

7.3 O Parkinsonismo Secundário, também chamado síndrome de Parkinson, é conseqüente a lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas (inclusive medicamentos), endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.

7.4 Quaisquer formas clínicas do mal de Parkinson ou do parkinsonismo secundário podem levar à incapacidade definitiva para o serviço ativo do CBMDF quando determinarem impedimento do periciado ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

7.5 A Junta médica não deverá enquadrar como incapaz definitivamente para o serviço ativo do servidor o portador de parkinsonismo secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

7.6 A Junta médica deverá especificar a etiologia da síndrome de parkinson responsável pela incapacidade do periciado, sempre que possível.

8. NEFROPATIA GRAVE

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

8.1 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.

8.2 As nefropatias graves são caracterizadas por manifestações clínicas e alterações nos exames complementares.

8.3 Manifestações clínicas:

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

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

- c) gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarreia 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.

8.4 Alterações nos exames complementares

a) alterações laboratoriais:

- 1) diminuição da filtração glomerular;
- 2) diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
- 3) aumento dos níveis sanguíneos de uréia, creatinina e ácido úrico;
- 4) distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
- 5) acidose.

b) alteração nos exames por imagem:

- 1) diminuição das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
- 2) distorções da imagem normal conseqüente de cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
- 3) distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;
- 4) diminuição da eliminação de contrastes quando usados.

CLASSIFICAÇÃO

8.5 Considerados os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, as nefropatias são classificadas conforme especificação abaixo:

a) insuficiência renal leve - Classe I:

- 1) filtração glomerular maior que 50 ml/min;
- 2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%.

b) insuficiência renal moderada - Classe II:

- 1) filtração glomerular entre 20 e 50 ml/min;
- 2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%.

c) insuficiência renal severa - Classe III:

- 1) filtração glomerular inferior a 20 ml/min;
- 2) creatinina sérica acima de 3,5 mg%.

8.6 Principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir nefropatias graves:

- a) glomerulonefrite crônica conseqüente de depósito de imunocomplexos;
- b) glomerulonefrite crônica conseqüente de anticorpo antimembrana basal;
- c) vasculite;
- d) nefropatia diabética;
- e) nefropatia hipertensiva;
- f) amiloidose renal;
- g) nefropatia por irradiação;
- h) nefropatia conseqüente de obstrução do fluxo urinário;
- i) neoplasias (hipernefroma, linfoma, infiltração leucêmica);
- j) necrose cortical difusa;
- l) necrose medular bilateral;

- m) pielonefrit e crônica;
- n) obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica);
- o) nefrite intersticial crônica;
- p) nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

NORMAS DE PROCEDIMENTO DA JUNTA MÉDICA PERICIAL

8.7 As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve, Classe I, não são enquadradas como nefropatias graves, salvo quando firmado o diagnóstico de afecção irreversível de mau prognóstico.

8.8 As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, Classe II, são enquadradas como nefropatias graves quando acompanhadas de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa do periciado.

8.9 As nefropatias que classificadas como insuficiência renal severa, Classe III, são enquadradas como nefropatias graves.

8.10 A Junta médica deverá, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da afirmativa ou negativa de nefropatia grave, para fim de enquadramento legal.

9. NEOPLASIA MALIGNA

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

9.1 É um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo.

9.2 PROGNÓSTICO - é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

- a) grau de diferenciação celular;
- b) grau de proliferação 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

9.3 DIAGNÓSTICO - o diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

- a) exames clínicos especializados;
- b) exames radiológicos;
- 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) biópsia da lesão com estudo histopatológico;
- j) exames citológicos.

9.4 São considerados Neoplasia Malignas as relacionadas na classificação internacional de doenças (CID).

9.5 A Junta médica fará o enquadramento da incapacidade definitiva (invalidez), por neoplasia maligna do periciado que satisfizer a uma das condições abaixo citadas:

- a) apresentar neoplasia com mau prognóstico a curto prazo;
- b) for portador de neoplasia maligna incurável;
- c) tornar-se inválido em consequência de seqüela do tratamento, mesmo quando extipada a lesão neoplásica maligna;
- d) manifestar recidiva ou metástase de neoplasia maligna.

9.6 Será considerado portador de neoplasia maligna, durante os 5 (cinco) primeiros anos de acompanhamento clínico, os periciado cuja doença for susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, mesmo que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

9.7 Não será considerado portador de Neoplasia Maligna, o periciado submetido a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, e, após 5 (cinco) anos de acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentar evidência de atividade da neoplasia.

9.8 A avaliação da aptidão ou incapacidade do periciado portador de neoplasia maligna enquadrada no item 9.6 será procedida de acordo com o estadiamento clínico e avaliação médica especializada.

9.9 A Junta médica deverá, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anátomo-patológico da neoplasia, sua localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

9.10 Exemplo de laudo:

- a) adenocarcinoma do pulmão esquerdo, metástase cerebral, estadiamento clínico IV, é neoplasia maligna.

9.11 A Junta Médica, ao firmar o diagnóstico de periciado que tiver sido submetido à ressecção cirúrgica de neoplasia maligna, deverá fazer menção desse procedimento, considerando o período de 5 (cinco) anos de acompanhamento clínico, citado no item 9.7.

9.12 Exemplo de laudo:

- a) mastectomia total esquerda consequente a carcinoma ductal, estadiamento clínico I, após 5 (cinco) anos de acompanhamento clínico com o seu estadiamento indicando bom prognóstico, sem evidência de atividade do carcinoma após este período, não é neoplasia maligna.

10. PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

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

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

10.3 A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem os distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade e que tornem o periciado total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.

10.4 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.

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

10.6 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

10.7 Considerando-se a localização e a extensão das lesões, as paralisias classificam-se em:

- 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 superiores ou os inferiores, simultaneamente;
- e) triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
- f) tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

10.8 Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes de um dos tipos descritos nas alíneas "a" até a alínea "f", satisfeitas as condições conceituais especificadas no item 10.3 destas normas, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.

10.9 A Junta médica deverá especificar em seus laudos os diagnósticos etiológico e anatômico, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que tratam estas normas, o caráter definitivo e permanente da lesão.

10.10 A Junta médica deverá declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente à paralisia irreversível e incapacitante", quando concluírem para invalidez dos periciandos portadores das lesões citadas nos itens 10.4 e 10.5 destas normas, satisfeitas todas as condições constantes desses itens.

11. PÊNFIGO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

11.1 Os Pênfigos compreendem um grupo de dermatoses de curso crônico, de etiologia ainda desconhecida, cujas características principais são:

- a) erupção bolhosa;
- b) acantólise;
- c) auto-imunidade.

CLASSIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICA CLÍNICA

11.2 Os Pênfigos, por suas características clínicas e histológicas, classificam-se em:

- a) pênfigo vulgar: dermatose bolhosa, crônica, caracterizada pela presença de volumosas bolhas intra-epidérmicas, intramalpigianas, acantolíticas, suprabaais, disseminadas na pele e mucosa e acompanhada de manifestações orgânicas gerais graves;

b) pênfigo foliáceo - dermatose de caráter endêmico, mais comum em jovens, evolução crônica, com progressivo agravamento do estado geral devido à espoliação protéica que leva à caquexia e morte. Caracterizada pela presença de manchas eritematosas na pele, sobre as quais se desenvolvem bolhas flácidas, intramalpighianas altas, com células acantolíticas. As lesões tendem para a descamação, com ardor local, febre irregular e exagerada sensibilidade ao frio. As lesões das mucosas não são comuns. Têm-se registrado casos de evolução benigna com regressão e cura da doença;

c) pênfigo vegetante - dermatose bolhosa na qual as bolhas freqüentemente se rompem e exsudam um líquido de odor fétido. Após o rompimento das bolhas há o aparecimento de formações vegetantes papilomatosas, com maceração da pele ao calor ou à umidade ao nível das grandes dobras cutâneas. Formação de microabscessos intra-epiteliais e presença de acantólise e hiperkeratose ao exame histológico. De grande malignidade e evolução rápida, apresenta alto índice de mortalidade quando não tratado;

d) pênfigo eritematoso - Síndrome de SENEAR-USHER, dermatose escamosa com lesões eritematosas ou bolhosas na face e regiões pré-esternal e médio-dorsal. Não ataca as mucosas. De evolução benigna, não compromete o estado geral dos pacientes. As lesões, pelo aspecto em vespertílio, lembram o Lupus Eritematoso Discóide e as bolhas podem, como no Pênfigo Foliáceo, localizar-se nas regiões pré-esternal e médio-dorsal.

11.3 As Juntas de Perícia médica somente poderão concluir os seus laudos quando o diagnóstico clínico de Pênfigo for confirmado por meio de exame histológico (citodiagnóstico de TZANCK), de imunofluorescência direta e outros exames que a Medicina especializada indicar.

11.4 As Juntas de Perícia médica concluirão inicialmente pela incapacidade temporária, até o prazo máximo previsto em Lei, considerando-se a resposta terapêutica em todos os casos e formas de Pênfigos.

11.5 As Juntas de Perícia médica não deverão enquadrar como Pênfigo os casos provocados por fármacos.

12. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

12.1 A SIDA/AIDS é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma severa imunodeficiência, manifesta no aparecimento de doenças oportunistas.

CLASSIFICAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

12.2 A Infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos CD4.

12.3 Quanto às manifestações clínicas os pacientes pertencem às 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 duas a 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 bacilar;
- 2) candidíase vulvovaginal persistente de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
- 3) candidíase orofaríngea;
- 4) sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de 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) reinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
- 5) herpes simples mucocutâneo com mais de 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 dois episódios em um ano;
- 12) bacteremia recorrente por "salmonella";
- 13) toxoplasmose cerebral;
- 14) leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- 15) criptosporidiose intestinal crônica;
- 16) sarcoma de Kaposi;
- 17) linfoma: de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
- 18) encefalopatia pelo HIV;
- 19) síndrome consumptiva pelo HIV.

12.4 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/mm³;
- b) Grupo II - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³;
- c) Grupo III - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

12.5 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

A3, B3 e C são considerados SIDA/AIDS.

12.6 Em princípio, serão considerados incapazes definitivamente para o serviço ativo os periciados classificados nas categorias A3, B3 e C, respeitando as peculiaridades do CBMDF.

12.7 Em princípio, serão considerados incapazes temporariamente para o serviço ativo os periciados classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, respeitando as peculiaridades do CBMDF.

12.8 Os portadores assintomáticos ou em fase de Linfadenopatia Persistente Generalizada (LPG) deverão ser julgados aptos com recomendações pertinentes a cada caso.

12.9 A revisão de aposentadoria, em qualquer situação, será feita por meio de nova perícia médica.

12.10 Exemplos de laudos:

a) Portador do HIV, classificação A2;

b) SIDA/AIDS, classificação A3;

c) SIDA/AIDS - SARCOMA DE KAPOSÍ, classificação C2.

13. TUBERCULOSE ATIVA

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

13.1 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

13.2 As lesões tuberculosas são classificadas em:

a) ativas;

b) inativas;

c) de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);

d) curadas.

13.3 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 clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

AValiação DO POTENCIAL EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS

13.4 Avaliação clínica: presença de sinais e/ou sintomas relacionados com a doença.

13.5 Avaliação imunológica: prova tuberculínica.

13.6 Avaliação bacteriológica: pesquisa do *Mycobacterium tuberculosis* nos diferentes materiais, ao exame direto, cultura e inoculação em animais sensíveis.

13.7 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.

13.8 Avaliação anátomo-patológica: das peças de ressecção ou biópsia, com pesquisa bacteriológica.

AVALIAÇÃO DO ESTADO EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS

13.9 As lesões ativas apresentam as seguintes características:

a) bacteriológicas: presença do *Mycobacterium tuberculosis* ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material, colhidos para exame em amostras diferentes;

b) radiológicas:

1) caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado pela reação perifocal;

2) instabilidade das lesões infiltrativas, observadas nas séries de radiografias;

3) presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;

4) derrame pleural associado;

5) complexo gânglio-pulmonar recente.

c) imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD - Reator Forte);

d) clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.

13.10 As lesões inativas apresentam as seguintes características:

a) bacteriológicas: ausência de *Mycobacterium tuberculosis* no exame direto e/ou cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais durante pelo menos 3 (três) meses, inclusive em material obtido por bronco-aspiração e negatividade dos exames das peças de ressecção;

b) radiológicas: "limpeza" radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspectos cístico ou bulhoso;

c) clínicas:

1) ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;

2) existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas conseqüentes à doença e à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas);

3) persistência das condições clínicas favoráveis com duração de, pelo menos, 3 (três) meses.

13.11 As lesões de atividade indeterminada são aquelas que, por faltarem elementos elucidativos para caracterizar seu estado evolutivo, são temporariamente assim classificadas, até que a obtenção de dados possibilite sua inclusão no grupo das lesões ativas ou no das inativas ou curadas.

13.12 As lesões tuberculosas são ditas curadas quando após o tratamento regular com esquema tríplice, durante 6 (seis) meses, apresentem características de inatividade descritas no item 13.10 destas Normas.

13.13 Nos exames de saúde para admissão ao serviço ativo do CBMDF, o diagnóstico de Tuberculose Ativa ou em estágio evolutivo indeterminado implica na incapacitação do candidato.

13.14 Os periciados portadores de Tuberculose Ativa permanecerão em Licença médica, até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do paciente, quando poderão ser julgados aptos, a despeito da necessidade de continuarem a quimioterapia pelo tempo previsto e sob vigilância médica.

13.15 De modo a comprovar, com segurança a atividade da doença, as Juntas de Perícia médica deverão reavaliar o paciente ao término do tratamento, que tem a duração de 6 (seis) meses, e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

13.16 O parecer definitivo a ser adotado pelas Juntas de Perícia médica para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente inativas ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a 6 (seis) meses, contados a partir do término do tratamento.

13.17 Os periciados considerados curados em período inferior a 2 (dois) anos de afastamento do serviço para tratamento de saúde retornarão ao serviço ativo.

13.18 Os periciados que apresentarem lesões em atividade após 2 (dois) anos de afastamento do serviço, para efetivo tratamento de saúde, e naqueles que ainda restarem dúvidas quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão julgados incapazes definitivamente para o serviço ativo como portadores de Tuberculose Ativa.

13.19 Os periciados que apresentarem "Cor pulmonal" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão julgados de acordo com o previsto na item 2.2 (Cardiopatía Grave) destas Normas.

13.20 Os periciados portadores de lesões tuberculosas extra-pulmonares serão julgados pelas Juntas de Perícia médica à luz dos critérios gerais descritos nestas Normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

13.21 As Juntas de Perícia médica, ao concluírem pela incapacidade definitiva dos periciados, deverão fazer constar dos laudos o diagnóstico, acrescido da expressão "Tuberculose Ativa" entre parênteses, complementando com os dados que permitam o enquadramento legal, aplicável ao caso.

13.22 As seqüelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do periciando, terão enquadramento legal análogo ao dispensado à Tuberculose Ativa, pois que dela diretamente decorrem.

ANEXO C – BARRA-PREVI
Modelo de Livro de Registro de Ata de Recurso

Cópia de Ata de Perícia Médica

Ata nº ----/----

A junta médica do Barra-Previ (Fundo Municipal de Previdência Social dos Servidores de Barra do Garças-MT) reuniu-se no dia de hoje (data) às (horário) na sala de (local) e os peritos médicos.....(nome).....(nome).....(nome) e o assistente social(nome) registro(.....) e inspecionaram o(a) servidor(a)(nome) que lhe foi apresentado e sobre o seu estado de saúde proferiu o parecer que segue:

Identificação

| | | | | |
|---------|--------------|---------------|----------------|----------------|
| 1. Nome | 2. matrícula | 3. Identidade | 4. CFP | D/N |
| | | | ____.____.____ | ____/____/____ |

Finalidade:

Diagnóstico: colocar CID

| |
|-----------|
| Etiologia |
| |
| |
| Anatômico |
| |
| |
| Funcional |
| |
| |

Parecer Conclusivo:

| |
|--|
| |
| |

Observações:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Barra do Garças-MT, em ____/____/____.

Presidente/Perito Médico

Membro Perito

Secretário/Perito

Assistente Social

Normas para preenchimento: preencher todos os campos.

Em observação, se for dependente, constar informações como data de óbito do servidor e nome do servidor; se a doença for incapacitante ou invalidante; se a doença preexistia ou não ao ingresso em cargo efetivo ou à maioridade (dependência econômica) ou antes do falecimento do servidor(pensão); se o periciado é portador de doença especificada na Lei 083/2004

ANEXO D – BARRA-PREVI

MODELO DE LAUDO Médico-Pericial - Aposentadoria por Invalidez



ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de Barra do Garças

Prontuário de Atendimento Médico-Pericial - Aposentadoria por
Invalidez

| | | | | |
|------------------|-----------|--------------------|---------|------|
| Nome do Servidor | | Data Nascimento | Idade | Sexo |
| | | | | |
| Nº Identidade | | Org. Exp. | Nº CPF | |
| | | | | |
| Data Admissão | Matrícula | Cargo/Função Atual | Lotação | |
| | | | | |

Benefício Anterior: de ___/___/___ a ___/___/___ e de ___/___/___ a ___/___/___ ;

Obs: (se houver maiores períodos, acrescentar aqui).

Histórico da Doença:

Diagnóstico a Cargo do Médico Perito Local

| | |
|--|-----------------|
| 1 - Está o examinado incapacitado para o trabalho? | Sim () Não () |
| 2 - Responder somente em caso de resposta afirmativa ao item 1: | Sim () Não () |
| 2.1 - É suscetível de recuperação para o seu próprio trabalho? | Sim () Não () |
| 2.2 - É suscetível de reabilitação para outra atividade? | Sim () Não () |
| 3 - A incapacidade decorre de moléstia profissional? | Sim () Não () |
| 4 - A incapacidade decorre de acidente de trabalho? | Sim () Não () |
| 5 - Em caso de exame para constatação de invalidez: | Sim () Não () |
| 5.1 - Há invalidez? | Sim () Não () |
| 5.2 - Data de início da incapacidade? | / / |
| 5.3 - A patologia enquadra-se no art. 14 da Lei nº 083/2004 de 27 de dezembro de 2004? | Sim () Não () |

| | |
|--------------------------------|------------------------|
| Diagnóstico Provável (literal) | Cód. Diagnóstico (CID) |
| | |

Assinaturas e Carimbos dos Médicos Peritos (no mínimo dois) e do Diretor / Coordenador.
Local e data de emissão do Laudo Médico Pericial.

| | |
|--------------------------------------|----------------------|
| Assinatura do ordenador de despesas: | Demais responsáveis: |
| | |

Anexo E - BARRA-PREVI

MODELO DE CONTROLE DE PERÍCIAS MÉDICAS SEMANAIS

PERÍCIA ----- DE
DE

| NOME | MÉDICO | SOLIC. | CONC. | INÍCIO | TÉRMINO | BENEFÍCIO |
|--------------------------------|------------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------|
| ANDRE LUIZ DE ASSIS | DALTON SIQUEIRA | 90 | 90 | 05/02/2014 | 05/05/2014 | AUXÍLIO-DOENÇA |
| ALZIRA PENQUIS DA SILVA | JAIME GUIOTTI FILHO | 30 | 30 | 05/02/2014 | 06/03/2014 | AUXÍLIO-DOENÇA |
| MARCIA MARTINS DE SOUZA | SUSSUMO TAIA | 60 | 60 | 23/01/2014 | 23/03/2014 | AUXÍLIO-DOENÇA |
| MARIA ANGELA DOS SANTOS | JOSÉ LUIZ LAURO | 180 | | 30/01/2014 | | READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO |
| MARIA APARECIDA DE JESUS GOMES | PÁBULO HENRIQUE S. RODRIGUES | | | 06/02/2014 | | READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO |
| MARLENE BARBOSA DE OLIVEIRA | KWONG CHUN CHEUNG | 30 | 30 | 05/02/2014 | 06/03/2014 | AUXÍLIO-DOENÇA |
| NILVANIA RODRIGUES NOLETO LIMA | CLODOALDO P. JUNIOR | 120 | | 03/02/2014 | | READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO |
| NOEMI ALVES ROCHA | BUDIENE P. SOUZA | 60 | 60 | 03/02/2014 | 03/04/2014 | AUXÍLIO-DOENÇA |
| | 8 | 570 | 270 | | | |

| RESUMO | |
|---|-----|
| Servidores submetidos à perícia médica: | 8 |
| Dias solicitados nos atestado: | 570 |
| Dias concedidos na perícia: | 270 |
| Benefícios Concedidos: | 8 |
| Benefícios Indeferidos: | 0 |
| Auxílio-Doença: | 5 |
| Auxílio-Doença Indeferido: | 0 |
| Aposentadoria por Invalidez: | 0 |
| Aposentadoria por Invalidez Indeferido: | 0 |
| Readaptação de Função: | 3 |

Anexo G- BARRA-PREVI
 MODELO DE CONTROLE DE PERÍCIAS MÉDICAS MENSAIS

**PERÍCIA
 MARÇO 2014**

| | QUANT. | PERICIA DIA | SOLICITADOS | CONCEDIDOS | AUDO | APIN | READAP. | INDEF. | TOTAL |
|--------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| | 10 | 06/03/2014 | 450 | 300 | 8 | 1 | 1 | 0 | 10 |
| | 15 | 13/03/2014 | 620 | 500 | 11 | - | 3 | 1 | 15 |
| | 16 | 20/03/2014 | 360 | 270 | 15 | - | - | 1 | 16 |
| | 20 | 27/03/2014 | 600 | 450 | 15 | 2 | 2 | 1 | 20 |
| TOTAL | 61 | | 2030 | 1520 | 49 | 3 | 6 | 3 | 61 |

| RESUMO | |
|---|--------|
| | DEFER. |
| Servidores submetidos à perícia médica: | 61 |
| Dias solicitados nos atestado: | 2030 |
| Dias concedidos na perícia: | 1520 |
| Benefícios Concedidos: | 58 |
| Auxílio-Doença: | 49 |
| AUDO INDEF. | 1 |
| APIN INDEF | 0 |
| Readaptação de Função: | 6 |

Anexo H_ BARRA-PREVI
 MODELO DE CONTROLE DE PERÍCIAS MÉDICAS ANUAIS - 20144

| QUANT. | PERICIA DIA | SOLICITADOS | CONCEDIDOS | AUDO | APIN | READAP. | INDEF. | TOTAL |
|--------|-------------|-------------|------------|------|------|---------|--------|-------|
| 48 | JANEIRO | 1.600 | 960 | 45 | 1 | 1 | 1 | 48 |
| 40 | FEVEREIRO | 630 | 560 | 38 | - | - | 2 | 40 |
| 61 | MARÇO | 2.030 | 1.520 | 49 | 3 | 6 | 3 | 61 |
| | ABRIL | | | | | | | - |
| | MAIO | | | | | | | - |
| | JUNHO | | | | | | | - |
| | JULHO | | | | | | | - |
| | AGOSTO | | | | | | | - |
| | SETEMBRO | | | | | | | - |
| | OUTUBRO | | | | | | | - |
| | NOVEMBRO | | | | | | | - |
| | DEZEMBRO | | | | | | | - |
| 149 | | 4.260 | 3040 | 132 | 4 | 7 | 6 | 149 |

| RESUMO | |
|---|--|
| Servidores submetidos à perícia médica: | |
| Dias solicitados nos atestados: | |
| Dias concedidos na | |

| | |
|------------------------|--|
| perícia: | |
| Benefícios Concedidos: | |
| Auxílio-Doença: | |
| AUDO INDEF. | |
| APIN INDEF | |
| Readaptação de Função: | |

ANEXO L – BARRA-PREVI
Modelo de Parecer Técnico

HOMOLOGAÇÃO

HOMOLOGO o PARECER TÉCNICO N.º ____/20____ sobre o processo do _____ (nome do servidor), Matrícula: _____, de acordo com Art. n.º ____ do Regulamento sobre Perícias Médicas do BARRA-PREVI.

Barra do Garças-MT, ____ de _____ de ____.

Secretário de Administração

PARECER TÉCNICO N.º ____/20____.

1 - Processo em que o _____ (nome do servidor), Matrícula: _____, foi periciado para fim de verificação de _____, esta na Sessão n.º ____ de ____ de _____ de 20____, prolatou (Fl n.º ____):

a – DIAGNÓSTICO(S): DORSALGIA CRÔNICA MAIS ESPONDILOARTROSE EM T11-T12 MAIS HÉRNIA ESPONJOSA EM T11-L1-L2 CONSEQUENTE À TUBERCULOSE (EQUIVALENTE A ESPONDILITE ANQUILOSANTE).

b – PARECER: INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O SERVIÇO DO CBMDF. INVÁLIDO NECESSITA DE CUIDADOS PERMANENTES DE ENFERMAGEM E/OU HOSPITALIZAÇÃO. A INVALIDEZ DECORRE DA ESPONDILOARTROSE EM T11-T12.

c – OBSERVAÇÕES: Já foram esgotados todos os recursos da Medicina especializada e observados os prazos constantes de legislação específicas para a recuperação da(s) doença(s) do qual o periciado é portador.

2. Em sessão n.º ____, de ____ de ____ de 20____, a _____ homologou a perícia médica supracitada (Fl. ____), a fim de cumprir o que estabelece o Art. ____ do Decreto n.º ____ (Regulamento de Perícias Médicas do BARRA-PREVI).

3. Analisando os diagnósticos e parecer emitidos pela _____, a homologação da perícia médica pela _____ e a documentação médica anexa ao presente processo, sou de parecer técnico favorável aos pronunciamentos das _____ supracitadas.

Barra do Garças-MT, ____ de _____ de ____

Secretário de Administração

ANEXO M – BARRA-PREVI

Modelo de COMUNICADO DE PERÍCIA MÉDICA



ESTADO DE MATO GROSSO

Prefeitura Municipal de Barra do Garças – MT

Fundo Municipal de Previdência Social - Barra-Previ

De: BARRA - PREVI
Para: SERVIDOR/A

COMUNICADO

Comunicamos a Sra. -----, servidor EFETIVA que, conforme perícia médica realizada no BARRA - PREVI dia -----, na qual a servidora foi convocada para ser submetida a uma -----, a Perícia Médica após analisar a documentação pertinente, resolveu que a seu benefício de -----foi (deferido/indeferido)-----, do período de -----a -----, devendo, nos últimos 08 dias restantes do final do benefício, caso não se sinta apta a retornar ao trabalho, retornar com novo atestado médico e agendar nova perícia médica.

Servidora

Atendente

Barra do Garças, ----- de -----de 2014.

ANEXO N – BARRA-PREVI
Modelos de Diagnósticos e Pareceres
DIAGNÓSTICOS E PARECERES

1. APTIDÃO PARA O SERVIÇO, COM RECOMENDAÇÕES (ou readaptação de função)

a. Exemplo 1

O(nome do servidor), foi periciado, para fim de verificação da aptidão física, para o cargo de agente de saúde pela junta médica que prolatou:

1) Diagnóstico: Artrose de cabeça de fêmur direito secundária a artrite coxofemural direito.

Compatível com o _____.

2) Parecer: Apto para o serviço de agente de saúde, com recomendações.

3) Observações: Necessita ser afastado de atividades operacionais, por um período igual a (.....) dias.

b. Exemplo 2

O(nome do servidor), foi periciado, para fim de abertura de Inquérito Sanitário de Origem, ante a Junta Médica, que prolatou:

1) Diagnóstico: Transtornos de discos lombares sem mielopatia. Compatível com o Serviço _____

2) Parecer: Apto para o Serviço, com recomendações.

3) Observações: Necessita ser dispensado da prática de exercícios físicos, por um período igual a (.....) dias.

3. Aposentadoria por invalidez

c. Exemplo 3

1) Diagnóstico: Hemiparesia bilateral, irrecuperável a direita, conseqüente a acidente vascular cerebral. (É equivalente à paralisia irreversível e incapacitante). + Doença cardíaca hipertensiva sem insuficiência cardíaca, classe funcional II NYHA (Não é cardiopatia grave).

2) Parecer: Incapaz definitivamente para o Serviço. "Inválido". Necessita de cuidados permanentes de enfermagem e/ou hospitalização. A invalidez é decorrente de hemiparesia bilateral, conseqüente a acidente vascular cerebral. (É equivalente a paralisia irreversível e incapacitante).

3) Observação: A invalidez do periciado é decorrente de doença especificada em Lei. Os recursos da medicina especializada foram todos esgotados e observados os prazos para recuperação das doenças e/ou lesões das quais o periciado é portador.

d. Exemplo 4

1) Diagnóstico: SIDA/AIDS Candidíase Oral, Pneumonia por Pneumocystis carini, Linfadenopatia Generalizada, Linfoma Maligno, Classificação CII.

2) Parecer: Incapaz definitivamente para o Serviço. Inválido. Necessita de cuidados permanentes de enfermagem e/ou hospitalização.

3) Observações: Os recursos da medicina especializada foram todos esgotados e observados os prazos para a recuperação da doença da qual o periciado é portador. É portador de doença especificada em Lei.

e. Exemplo 5

- 1). Diagnóstico: Insuficiência renal moderada + Cálculos em rim único. (É Nefropatia Grave).
- 2) Parecer: Necessita de cuidados permanentes de enfermagem ou hospitalização.
- 3) Observações: O periciado apresenta sintomas e sinais que determinam a sua incapacidade laborativa e a necessidade de enfermagem ou hospitalização.

4. ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

a. Exemplo 1

- 1) Diagnóstico: Adenocarcinoma mucoprodutor com células em anel de sinete de cólon ascendente, estadiamento clínico IV com metástase peritoneal. Operado em 05 Out 00 com recidiva local. Em tratamento quimioterápico de caráter paliativo (É neoplasia maligna)
- 2) Parecer: É portador de doença especificada na Lei Nº 7.713, de 22 Dez 88, alterada pela Lei Nº 8.541, de 23 Dez 92 e pela Lei Nº 9.250, de 26 Dez 95.

b. Exemplo 2

- 1) Diagnóstico: Etiológico: Doença aterosclerótica. Anatômico: Doença aterosclerótica coronária. Funcional: Classe funcional I. (Não é cardiopatia grave).
- 2) Parecer: Não é portador de doença especificada na Lei Nº 7.713, de 22 Dez 88, alterada pela Lei Nº 8.541, de 23 Dez 92 e pela Lei Nº 9.250, de 26 Dez 95.

c. Exemplo 3

- 1) Diagnóstico: Prostatectomia total em virtude de adenocarcinoma prostático, sem evidência de metástase, em primeiro ano de acompanhamento clínico. É neoplasia maligna.
- 2) Parecer: É portador de doença especificada na Lei 7.713, de 22 Dez 88, alterada pela Lei 8.541, de 23 Dez 92 e pela Lei 9.250, de 26 Dez 95.
- 3) Observação: Deverá ser periciado no prazo de um ano, para fim de controle do estado evolutivo da doença.

6. MOVIMENTAÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE

a. Exemplo 1

Processo em que o(a) (nome do servidor, matrícula), servindo na (), solicita licença por motivo de saúde de seu dependente (genitor) (nome do genitor). A junta médica após inspecionar o (nome do genitor), prolatou:

- 1) Diagnóstico: Diabetes Mellitus + Hipertensão Arterial Sistêmica + Insuficiência Renal Crônica (É Nefropatia Grave).

2) Parecer: Necessita acompanhar o seu filho menor..... , para auxiliar no tratamento e acompanhamento de seu dependente legal, (nome do genitor) .

3) Observações: O periciado necessita ser tratado por uma equipe multidisciplinar de saúde, em que estejam presentes um endocrinologista e um nefrologista. Tempo provável de tratamento: indeterminado.

9. COMPROVAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA E COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

a. Exemplo 1

Perícia médica do(a) Sr(a) (nome do(a) dependente) , filho(a) do(a)(nome do servidor e matrícula), falecido em 24 Ago 92, para fim de constatação de invalidez e dependência econômica, ante a Junta Médica, que prolatou:

1) Diagnóstico: Esquizofrenia Paranóide, F 20.0 CID-10, estado de defeito grave (É Alienação Mental).

2) Parecer: É inválido. A invalidez do periciado é decorrente de doença especificada em Lei.

3) Observação: A doença, que ora acomete o periciado, preexistia à sua maioridade.


Tânia Maria Martins do Prado
Auxiliar Administrativo
Portaria 14/1996

JH:JH
18.08.14



Estado de Mato Grosso
CÂMARA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS
Palácio Vereador Dr. DERCY GOMES DA SILVA

APROVADO
EM SESSÃO 18/08/14
Ozomse

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E REDAÇÃO

P A R E C E R

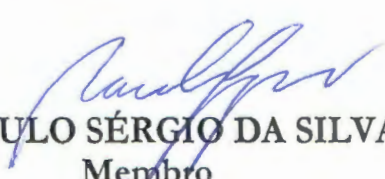
Decreto nº 3.583/2014, de autoria do
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL

A COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO JUSTIÇA E REDAÇÃO,
analisando o DECRETO Nº 3.583/14 em epigrafo, resolve exarar PARECER
FAVORAVEL, por entender ser a aludida matéria, legal e constitucional.

18 de 08 Sala das Comissões da Câmara Municipal, em
de 2014


Ver. VALDEMIR BENEDITO BARBOSA
Presidente


Ver. Dr. JOÃO RODRIGUES DE SOUZA
Relator


Ver. Dr. PAULO SÉRGIO DA SILVA
Membro



Estado de Mato Grosso
CÂMARA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS
Palácio Vereador Dr. DERCY GOMES DA SILVA

APROVADO
EM SESSÃO 18/08/14
Observe

**COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA, SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

P A R E C E R

Decreto nº 3.583/2014, de autoria do
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL

A COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL, analisando o DECRETO Nº 3.583/14 em epígrafe, resolve exarar PARECER FAVORÁVEL, por entender ser a aludida matéria, legal e constitucional.

08 de 2014.

Sala das Comissões da Câmara Municipal, em 18 de

Ver. Dr. PAULO CESAR RAYE DE AGUIAR
Presidente

Ver.º CELSON JOSÉ DA SILVA SOUSA
Relator

Ver. VALDEI LEITE GUIMARÃES
Membro



Estado de Mato Grosso
CÂMARA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS
Palácio Vereador Dr. DERCY GOMES DA SILVA

VOTAÇÃO

Decreto nº 3.583/14 - Poder Executivo Municipal

| VEREADORES | PARTIDO | SIM | NÃO | ABSTENÇÃO |
|--|---------|------------|-----|-----------|
| AILTON ALVES TEIXEIRA- 2º Secretário | PSD | x | | |
| CELSON JOSÉ DA S. SOUSA- Vice-Presidente | PV | x | | |
| GERALMINO ALVES R. NETO | PSD | x | | |
| JOÃO RODRIGUES DE SOUZA | PSB | x | | |
| JOSÉ MARIA ALVES FILHO | PTB | | X | |
| JULIO CESAR G. DOS SANTOS | PSDB | | X | |
| MARIA JOSÉ DE CARVALHO | PP | x | | |
| MIGUEL MOREIRA DA SILVA- Presidente | PSD | Presidente | | |
| ODORICO FERREIRA C. NETO- 1º Secretário | PT | x | | |
| PAULO CESAR RAYE DE AGUIAR | PROS | x | | |
| PAULO SÉRGIO DA SILVA | PP | x | | |
| REINALDO SILVA CORREIA | SDD | | X | |
| VALDEI LEITE GUIMARÃES | PSB | x | | |
| VALDEMIR BENEDITO BARBOSA | PSD | x | | |
| WELITON ANDRADE DA SILVA | PMDB | x | | |

RESULTADO DA VOTAÇÃO: MÉRITO

Referenciado o Decreto nº 3.583/14, com
3 (três) votos contra Vereadores: José Maria
Julio Cesar, Reinaldo Silva, em Sessão
Ordinária de dia 18/08/14 Casouca.