

J91 - Pneumonia com derrame: 20 dias  
 J93 – Pneumotórax: 15 dias  
**NEOPLASIAS PULMONARES (C34)**  
 - inoperável: 90 dias e avaliação da aposentadoria.  
 - operável: -irressecável: 90 dias e avaliação da aposentadoria.  
 77 -ressecável: 90 dias podendo ser prorrogada por períodos de 60 dias

**NEOPLASIAS GASTRO-INTESTINAIS**  
 - inoperável: 90 dias e encaminhamento para avaliação de aposentadoria  
 - operável :- irressecável: 90 dias e encaminhamento para avaliação de aposentadoria (Z54)  
 - ressecável: 90 dias (Z54)  
 C15 – neoplasia maligna do esôfago  
 C16 – neoplasia maligna do estômago  
 C18 – neoplasia maligna do cólon  
 C22 – neoplasia maligna do fígado  
 C25 – neoplasia maligna do pâncreas  
 C02 a C06 – neoplasia buca/língua

**REUMATOLOGIA**  
 M05 – Artrite Reumatóide (em atividade): 15 dias  
 M10 – Artrite gotosa: 8 dias  
 M32 – Lupus eritematoso disseminado (sistêmico): 15 dias  
 M79.0 – Fibromialgia : 15 dias  
**PSQUIATRIA**  
 F00 a F09: Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos: 30 dias e encaminhar ao psiquiatra.  
 F10 a F19: Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa:  
 - intoxicação aguda (.0 até .2): 3 dias  
 - demais situações (.3 até .9): 15 dias  
 F20 a F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes: 30 dias e encaminhar ao psiquiatra.  
 F30 a F39: Transtornos de humor (afetivos)  
 F30 – Episódio maniaco: 30 dias  
 F31 – Transtorno afetivo bipolar: 30 dias  
 F32 – Episódio depressivo: 20 dias  
 F40 a F48: Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes  
 F40 Transtornos fóbico ansiosos: 20 dias  
 F41 Outros transtornos ansiosos (Síndrome do pânico): 20 dias

F42 Transtorno obsessivo compulsivo: 30 dias  
 F43 Reação a estresse grave e Transtorno de adaptação:

15 dias  
 F44 Transtornos dissociativos ou conversivos: 7 dias  
 F45 Transtornos somatoformes: 7 dias  
 F48 Outros transtornos neuróticos: 7 dias  
 F50 a F59: Síndromes comportamentais associados a perturbações fisiológicas e fatores físicos  
 F50 Transtornos de alimentação: 20 dias

16  
 F53 Transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério não classificados em outra parte  
 F53.1 Psicose puerperal: 30 dias  
 F60 a F69: Transtorno de personalidade e de comportamento em adultos encaminhar ao psiquiatra

**UROLOGIA**  
 N00 a N03 – Glomerulonefrite: 20 dias  
 N04 – Síndrome nefrótica: 60 dias  
 N10 a N16 – Pielonefrite: 10 dias  
 N13 – Uropatia obstrutiva e por refluxo: 7 dias  
 N17 – Insuficiência renal aguda: 90 dias  
 N18 – Insuficiência renal crônica: 90 dias com encaminhamento para aposentadoria  
 N20 – Calculose renal: 7 dias  
 N30 – Cistite: 3 dias  
 N34 – Uretrites: 3 dias  
 N40 – Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstructiva): 10 dias  
 N41.0 – Prostatite aguda: 7 dias  
 N45 – Orquite e epididimite: 7 dias

**CIRURGIAS UROLÓGICAS**  
 Postectomia (Z54.0 + N47): 5 dias  
 Hidrocolectomia (Z54.0 + N43): 15 dias  
 Varicoceletoomia (Z54.0 + I86.1): 20 dias  
 Ressecção transuretral de próstata: 30 dias  
 Ressecção transvesical de próstata: 45 dias  
 Ressecção transuretral de tumor vesical (polipos): 10 dias  
 Uretrotomia interna (estenose de uretra) (Z54.0 + N35): 30 dias  
 Cistectomia: 90 dias  
 Nefrectomia: 60 dias  
 Nefrolitotomia (Z54.0 + N20 a N23): 60 dias  
 Ureterolitotomia (Z54.0 + N20 a N23): 60 dias  
 Retirada de cálculo por via endoscópica (Z54.0 + N20 a N23): 7 dias  
 Litotripsia extra corpórea (Z54.0 + N20 a N23): 5 dias  
 Cistolitotomia (Z54.0 + N21.0): 40 dias  
 Ureterocistoplastia (Z54.0 + N29.8): 40 dias  
 Correção de hipospadia (Z54.0 + Q54): 30 dias  
 Orquiectomia: 10 dias  
 Vasectomia (Z41): 3 dias

**III - PROTOCOLOS TÉCNICOS DE LICENÇA MÉDICA EM ACIDENTE DO TRABALHO**  
 A - Art.19 da Lei n.8213/91 e Decreto n. 3048/99 estabelecem: Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o seguro empregado, que provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.  
 B - É necessário que haja uma ligação direta entre o resultado (acidente com lesão) e o trabalho realizado pelo acidentado a serviço da empresa, chamado nexa causal.  
 São considerados acidentes do trabalho ocorridos:  
 1 - no período destinado à refeição ou descanso, no local de trabalho ou durante este;  
 2 - acidente ligado ao trabalho, embora não tenha sido a causa única, contribuindo diretamente para a morte ou redução da capacidade para o trabalho ou que tenha lesão que exija atenção médica;  
 3 - ato de agressão física, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiros no local de trabalho;  
 4 - ofensa física intencional por disputa relacionada ao trabalho; - ato de imprudência, negligência ou imperícia de companheiro de trabalho;  
 5- ordem ou execução de serviço, sob autoridade da empresa;  
 6 - no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, desde que não haja alteração ou interrupção por motivo alheio ao trabalho.  
 C - De maneira geral o protocolo do Acidente do Trabalho segue o protocolo da licença médica no que diz respeito aos dias possíveis de concessão. As diferenças são regidas por peculiaridades da Seção no que se refere a datas de alta e reavaliações.

**IV - PROTOCOLOS TÉCNICOS PARA CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA DO TRABALHO**  
 A - Doença profissional, produzida pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; Doença do trabalho,

adquirida em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente; Dispõe o § 1º do art. 20 da Lei 8.213/91 que não são consideradas como doenças do trabalho:

B - Não são consideradas como doença do trabalho:  
 1 - doença degenerativa;  
 2 - inerente a grupo etário;  
 3 - a que não produz incapacidade laborativa;  
 4 - a doença endêmica, em regiões onde ela se desenvolve.  
 C - Para que o Departamento de Saúde do Servidor (DESS) possa avaliar a existência de nexa causal de Doença do Trabalho, deverão ser providenciadas as seguintes informações sobre o servidor, com as quais será dado início à avaliação para a caracterização do benefício:

1. Cópia da Carteira profissional (todas) e/ou relação dos lugares em que trabalhou na Prefeitura de São Paulo;  
 2. Descrição pela sua chefia imediata do rol de atividades realizadas na função. Em caso de desvio de função, será necessária autorização assinada pela chefia;  
 3. Original e cópia dos exames que subsidiaram o pedido;  
 4. Relatório médico da (s) alegadas patologia (s);  
 5. Os documentos acima deverão ser envelopados e encaminhados via carga ao DESS Central – Setor de Acidente do Trabalho/Doença do Trabalho;  
 6. A documentação será avaliada e, caso seja necessário, será solicitada uma perícia técnica no ambiente e rotinas de trabalho do servidor;  
 7. Após a análise prévia pertinente ao caso, o servidor será convocado pelo Diário Oficial da Cidade de São Paulo (DOC) para uma perícia médica presencial no DESS – Central;  
 8. No dia da perícia é imprescindível que o servidor compareça com: a CAT devidamente preenchida e impressa em quatro vias, que devem estar assinadas pela chefia e pelo servidor; o documento de identificação com foto; o último holerite e, caso possua, com novos subsídios médicos.  
 9. Em caso de Assédio, com comprometimento da saúde do servidor, o processo de doença profissional iniciará com a conclusão positiva do processo administrativo de caracterização de assédio, que deve estar incluído na documentação inicial enviada ao DESS.

D - Caso o servidor necessite de afastamento médico, ele deverá solicitar na sua unidade o agendamento de Licença Médica pelo artigo 143 (LM143). Ao final do processo, caso a DT seja caracterizada, as LM143 relacionadas à patologia, serão transformadas para o artigo 160 pelo próprio Setor de Acidente do Trabalho/Doença do Trabalho do DESS.  
 E - O procedimento para Reabertura de Doença de Trabalho após a caracterização do nexa causal permanece inalterado, devendo seguir a rotina para Reabertura de Acidente de Trabalho.  
 F - Conselho Federal de Medicina Resolução CFM 1488/98  
 Artigo 2º - Para estabelecimento do nexa causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:

1 – A história clínica e ocupacional, virtualmente decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexa causal;  
 2 – O estudo do posto de trabalho;  
 3 – O estudo da organização do trabalho;  
 4 – Os dados epidemiológicos;  
 5 – A literatura atualizada;  
 6 – A ocorrência de quadro clínico ou sub-clínico em trabalhador exposto a condições agressivas;  
 7 – A identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;  
 8 – Os depoimentos e a experiência dos trabalhadores;  
 9 – Os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais sejam, ou não, da área da saúde.  
**V - PROTOCOLOS TÉCNICOS PARA AVALIAÇÃO NA RE-ADAPTAÇÃO FUNCIONAL**  
 Esse protocolo tem por objetivo nortear os processos de Readaptação Funcional, conforme legislação.  
 A - A Readaptação Funcional é uma Seção da Divisão de Perícia Médica, regida pelos artigos 39, 40 e 41, da Lei nº 8989/79, regulamentada pelo Decreto nº 33.801/93.  
 Podem ser encaminhado para a seção de readaptação funcional os portadores de patologias de curso agudo ou crônico que causem limitações das funções originais do servidor. A Readaptação Funcional coloca restrições ao rol de atividades inerentes ao cargo do servidor.  
 B - Têm direito a Readaptação Funcional (RF):  
 1 - Servidores efetivos,  
 2 - Admitidos estáveis (cinco anos até outubro/1988)  
 3 - Admitido não estável em caso de acidente de trabalho,  
 4 - Comissionados estáveis.  
 C - Têm direito a Restrição da Função (RTF):  
 - Servidores admitidos não estáveis e comissionados docentes não estáveis.  
 D - Não têm direitos a RF ou RTF por falta de amparo legal:  
 - Os servidores comissionados não estáveis e não docentes.  
 A Readaptação Funcional /Restrição de Função podem ser Inicial ou Revisão.

**Observação** a revisão da RF ou da RTF deverá ser realizada ao término da RF ou RTF (conforme o período estipulado pelo laudo), ou a qualquer tempo pelo servidor com apresentação sempre de subsídios médicos recentes que a justifique.  
**VI - PROTOCOLOS TÉCNICOS DE INSPEÇÃO MÉDICO PERICIAL PARA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ.**  
 Considerando o avanço técnico e as doenças que levam a invalidez com maior frequência em nossa população e nos servidores públicos municipais, estamos apresentando os protocolos pelos quais são baseadas as atividades periciais quando das inspeções de saúde para capacidade laborativa da PMSP, para efeito de Aposentadoria Total e Permanente para o serviço público; como se segue:

A - Protocolo para aposentadoria dos portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais.  
 B - Protocolo para aposentadoria dos portadores de doenças Cardiológicas.  
 C - Protocolo para aposentadoria de portadores de Neoplasias.  
 D - Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Músculo Esqueléticas.  
 E -Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Oftalmológicas.  
 F - Protocolo para aposentadoria de portadores da Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS).  
 G - Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Nefrológicas.  
 H - Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças vasculares  
 I - Protocolo para aposentadoria de doenças Neurológicas.  
 J - Protocolo para aposentadoria de doenças Hepáticas.

As patologias descritas poderão culminar potencialmente, mas não necessariamente em aposentadoria por invalidez. Conceitos básicos utilizados para avaliação da capacidade laborativa no estudo de Aposentadoria por Invalidez:

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

**OBSERVAÇÃO:** Quando surgir algum fato novo o servidor aposentado poderá ser reavaliado e a aposentadoria mantida ou não.  
**A - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.**  
 Os principais Transtornos Mentais e Comportamentais que podem levar a Aposentadoria Total e Permanente são os seguintes:  
 1 - F00 - Demência na doença de Alzheimer (G30)  
 F01 – Demência vascular  
 F02 – Demência em outras doenças classificadas em outra parte  
 F03 – Demência não especificada  
 Constatado o estágio invalidante será um dado para concessão.  
 2 - F04 – Síndrome amnésica orgânica não induzida por álcool e outra substância psicoativa.  
 Deve ter a duração mínima de 02 anos de evolução e comprovação de não resposta ao tratamento adequado.  
 3 - F06 – Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física.  
 Mínimo de 02 anos com evolução desfavorável.  
 4 - F07 – Transtornos de personalidade e comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais.  
 Mínimo de 02 anos com evolução desfavorável.  
 5 - F10-F19 – Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa.

F10. 5 – Transtorno psicótico  
 F10. 6 – Síndrome amnésica  
 F10. 7 – Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia  
 Evolução mínima de 05 anos desfavorável.  
 6 - F20 - Esquizofrenia.  
 F21 –Transtorno esquizotípico.  
 F22 –Transtornos delirantes persistentes.  
 F25 -Transtornos esquizoafetivos.  
 Evolução mínima de 04 anos desfavorável.  
 7 - F31 – Transtorno afetivo bipolar.  
 F32 - Episódios depressivos.  
 F33 - Transtorno depressivo recorrente.  
 F34 – Transtornos do humor (afetivos) persistentes.  
 F39 - Transtornos do humor (afetivo) não especificado.  
 Evolução desfavorável, com período mínimo de 04 anos com resposta pobre a tratamento farmacológico adequado.  
 8 - F40 – Transtornos fóbico-ansiosos.  
 F41 - Outros transtornos ansiosos.  
 F42 – Transtornos obsessivo-compulsivos.  
 F44 - Transtornos dissociativos.  
 F45 – Transtornos somatoformes.  
 F48 – Outros transtornos neuróticos.

Evolução desfavorável, com período mínimo de 05 anos com resposta pobre a tratamento farmacológico e psicoterápico adequados.  
 9 - F50 –Transtornos alimentares  
 10 - F60 – Transtornos específicos da personalidade.  
 F61 - Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade.  
 F62 - Transtornos duradouros da personalidade não atribuíveis à lesão ou doença cerebral.  
 F63 - Transtornos dos hábitos e dos impulsos.  
 F70 - Retardo mental leve.  
 Evolução desfavorável mínima de 05 anos após tratamento com resposta pobre a tratamento farmacológico e psicoterápico adequados.

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

**B - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOLÓGICAS**  
 Na inspeção pericial a junta médica deve obter anamnese e exame físico nos quais devem ser investigados os sinais e sintomas que caracterizam a classe funcional bem como a presença de baixo débito sanguíneo cerebral.  
 1 - Condições Clínicas que podem levar à aposentadoria por invalidez total e permanente:

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

e - TODAS AS CARDIOPATIAS independente da etiologia (hipertensiva, valvar, congênita, miocardiopatias, pericardiopatias, cor pulmonale, os portadores de próteses cardíacas, os transplantados, etc.), desde com limitação física ou da capacidade funcional que os enquadrem nas categorias III e IV.  
 2 - A classificação da capacidade funcional conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia que segue a New York Heart Association (NYHA) é a descrita a seguir:

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

em repouso, mas atividades físicas comuns provocam fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito.

Classe III – Pacientes portadores de doenças cardíacas com acentuada limitação das atividades físicas. Esses pacientes se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito.

Classe IV – Pacientes com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito existem em repouso e se acentua com qualquer atividade.

OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares, todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: ECG, Radiografia de Tórax, Ecocardiograma, Cineangiogramiografia, Provas de estresse, Holter e Exames de Bioquímica Sanguínea, de acordo com a síndrome cardiológica em questão.

**C - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA VASCULAR**  
 Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor baseado na anamnese, exame físico e exames complementares.

As doenças do sistema vascular que podem levar a Aposentadoria Total e Permanente são as seguintes:  
 1 - Enxertos de aorta trombosados e sem condições clínicas e/ou vasculares para revascularização.  
 2 - Doenças vasculares periféricas sem condições clínicas e/ou vasculares para revascularização, com lesões tróficas limitantes.  
 3 - Tromboangeíte obliterante com lesões tróficas limitantes.  
 4 - Amputações sem condições de regularização do coto para adequada adaptação de prótese (membros superiores ou inferiores).  
 5 - Cotos de amputação isquêmicos (membros superiores ou inferiores).  
 6 - Úlceras isquêmicas extensas e profundas em membros inferiores, com evolução desfavorável, mesmo após revascularização.

7 - Pé de Charcot  
 OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares, todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: Doppler arterial ou venoso, arteriografia, aortografia e venografia.  
**D - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS OSTEOMUSCULARES**  
 Na inspeção pericial a junta deve avaliar o servidor baseado na anamnese, exame físico e exames complementares.  
 Serão consideradas para fins de aposentadoria por invalidez as doenças do sistema osteomuscular, do tecido conjuntivo e as doenças com repercussão no aparelho locomotor em estado que causem limitação total e definitiva para o desempenho da função, abaixo relacionadas:

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

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

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

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

**E - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS.**  
 1 - Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e utilizar-se de 02 escalas oftalmológicas:

a - Acuidade visual – aquilo que se enxerga a determinada distância (Escala de Snellen)  
 b - Campo visual – amplitude da área alcançada pela visão.  
 2 - Definição de acuidade visual:  
 a - Visão subnormal: – aquele indivíduo que possui acuidade visual entre 6/60 (0,1) e 18/60(0,3) no melhor olho e/ou um campo visual entre 20º e 50º, com a melhor correção óptica.  
 b - Cegueira parcial ou legal ou Profissional: – indivíduos apenas capazes de contar dedos à curta distância e os que só percebem vultos, com a melhor correção óptica.

Incluímos ainda nesta categoria os indivíduos que tem percepção luminosa (distingue entre claro e escuro) e Projeção luminosa (capaz de identificar também a direção de onde provém à luz).  
 c - Cegueira total ou Amaurose: – completa perda de visão.

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

- a visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos.  
 - ou se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus (ainda que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200).  
 Cegueira legal: definida como "acuidade visual central de 20/200 ou menos, no melhor olho, com lentes corretivas ou acuidade visual central maior do que 20/200 caso exista um defeito de campo visual, no qual o campo periférico seeja de forma que o diâmetro maior do campo visual, atinja uma distancia angular menor que 20 graus no melhor olho" – Scholl, 1986.

3 - Os indivíduos que apresentarem boa visão com perdas funcionais devem ser analisados como casos individualizados: como deformidade ou mutilação do globo ocular ou dos anexos, incapacidade por diplopia, perda de fixação foveolar e paralisias ocúlo-motoras.  
 Os portadores de necessidades especiais, ingressos pela Lei do Deficiente Físico estão excluídos dos critérios acima, exceto quanto do agravamento e ou complicações que serão avaliados individualmente.

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

OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico