assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: exame de Campo Visual , Retinografia, Fundo de Olho, Ecografias oculares, USG, RNM, e outros que se fizerem necessários

F - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE SINDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA CAUSADA PELO VÍRUS DA AIDS.

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

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

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

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

b - Carga viral (cv)

- cv \ que 10.000/ml – baixo risco de progressão ou de piora da doença;

- cv entre 10.000 e 1000.000/ml, risco moderado de progressão ou piora da doença;

- cv \> que 1000.000/ ml, alto risco de progressão ou piora da doença.

c - Contagem de CD4

- CD4 \> 500 células/mm3, estágio da infecção pelo HIV com baixo risco de doença;

-CD4 entre 200 e 500 células/mm3, risco moderado de desenvolvimento de doenças oportunistas;

- CD4 entre 50 e 200 células/mm3, risco alto de aparecimento de doenças oportunistas;

- CD4 \ 50 células/mm3, estágio grave.

d - Ocorrências de manifestações clínicas relevantes anteriores com informação acerca da data em que ocorreu;

e - Terapêutica instituída e aderência ao tratamento;

f - Presença de outros fatores clínicos e psicossociais complementares e agravantes do quadro de imunodeficiência do servidor;

g - Dados objetivos do exame clínico do servidor.

Obs.: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente forem insuficientes.

Os exames complementares principais são: CV e CD4 e os que dependem das patologias correlatas.

G - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS HEPÁTICAS.

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

1 - As doenças hepáticas mais comuns que levam a aposentadoria são:

a - As Hepatites:

Hepatite B – É uma infecção pelo vírus da Hepatite B, assintomática em 2/3 dos casos. Cerca de 10% evolui para cronicidade e eventualmente para cirrose hepática (necrose celular).

Hepatite C – É uma infecção pelo vírus da Hepatite C, lentamente progressiva levando a cirrose após 2 a 3 décadas em 20% dos casos.

2 - Cirrose – Doença crônica do fígado decorrente de destruição e regeneração das células hepáticas, acarretando a presença de fibrose, com conseqüente desorganização da arquitetura lobular e vascular do órgão. É a conseqüência de uma resposta permanente de ferida - cicatrização à agressão hepática crônica induzida por toxinas, infecção viral crônica, colestase e distúrbios metabólicos.

Observação: O Potencial cancerígeno deve ser levado em consideração nos paciente portadores de cirrose hepática.

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

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

INDICE DE CHILD-PUGH-TURGOTTE

Pontos atribuídos 1 2 3

Grau de encefalopatia 0 1 a 2 3 a 4

Ascite Ausente Discreta Moderada

Albumina (EF) g/dl \>3,5 2,8 a 3,5 \ 2,8

Protrombina (segs acima do normal) \ 4 4 a 6 \> 6

Ou INR \1,7 1,7 a 2,3 \>2,3

Ou Atividade \>50% 40% a 50% \40

Bilirrubinas (mg/dl) \ 2 2 a 3 \> 3

Para doenças colestáticas \ 4 4 a 10 \> 10

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

Hepatopatia grave deve ser B ou C.

Obs.: Os exames complementares (provas de função hepática) devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.

H - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE NEOPLASIAS MALIGNAS

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

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

1- Neoplasia maligna - é um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sitio anatômico primitivo.

Seu prognóstico é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

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,

2 - A avaliação do servidor em relação à Invalidez Total e Permanente decorrente de neoplasia maligna deverá satisfazer as seguintes condições abaixo relacionadas:

a - apresentarem neoplasia com mau prognóstico em curto prazo,

b - forem portadores de neoplasias malignas incuráveis comprometedoras de sua capacidade laborativa,

c - tornarem-se inválidos em conseqüência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna,

d - manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna.

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

3 - Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna, durante os 05 (cinco) primeiros anos de acompanhamento clínico, os servidores cuja doença for susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, mesmo que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

4 - Não serão considerados portadores de Neoplasia Maligna, os servidores que submetidos a tratamentos cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, após 05 (cinco) anos de acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentarem evidência de atividade da Neoplasia.

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

6 – Critérios para possível aposentadoria. O estadiamento da Neoplasia de Mama, Gástrica e de Próstata é baseado na classificação TNM: T - tumor, N: linfonodo, M: metástase

a - Neoplasia de mama

- Casos de diagnóstico fechado(neoplasia disceminada, inoperável) = Aposentadoria

- Estádio IV = Sobrevida em 5 (cinco) anos é de 10%

- Estádio III = com ulceração cutânea, fixação da lesão à parede torácica (mama) e linfonodos axilares \> 2,5 cm ou linfonodos fixos, e edema de pele em pelo menos 1/3 da mama = sobrevida em 5 (cinco) anos é de 40%.

- Estádio II e I = não caracteriza invalidez imediata, aguardar evolução em 5 (cinco) anos, encaminhando para RF ou mantendo em licença médica. Avaliação caso a caso.

b – Neoplasia Gástrica

Sobrevida de 05 anos após cirurgia segundo estadiamento de tumores gástricos (Kim, 1994):

Casos de diagnóstico fechado(neoplasia disceminada, inoperável) = Aposentadoria

- Estádio I = sobrevida em 5 anos é de 90,7%,

- Estádio II = sobrevida em 5 anos é de 64,5%,

- Estádio III = sobrevida em 5 anos é de 33,4%,

- Estádio IV = sobrevida em 5 anos é de 4,9%.

- Estádio II e I = não caracteriza invalidez imediata, aguardar evolução em 5 (cinco) anos, encaminhando para RF ou mantendo em licença médica. Avaliação caso a caso.

c – Neoplaisa de Próstata

Casos de diagnóstico fechado(neoplasia disceminada, inoperável) = Aposentadoria

Demais casos serão avaliados segundo os critérios de TNM, Antígeno Prostático específico (PSA) e Escala de Gleason.

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

De 02 a 04.....Bem diferenciadas.

De 05 a 06.....Moderadamente diferenciadas.

07..... Pouco diferenciadas.

De 08 a 10..... Indiferenciadas.

Quanto maior a diferenciação menor o grau de gravidade.

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

As juntas médicas deverão, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anatomopatológico da neoplasia, sua localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão Neoplasia Maligna, para fim de enquadramento legal.

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 Anátomo Patológico, Ultra-sonografia, Tomografia, Imuno – histoquímico e Ressonância Magnética.

J - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS

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

Patologias e seqüelas neurológicas que podem levar a aposentadoria por invalidez total e permanente:

1 - Demências.

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

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

a - Demência de Alzheimer.

b - Doença de Parkinson.

c - Demência Vascular.

d - Demência devido à ingestão tóxica.

e - Demência devido à infecção.

f - Demência devido à doença orgânica.

Na avaliação dos portadores de Demência se levará em consideração:

- o comprometimento das funções intelectuais – cognitivas;

- a gravidade, a persistência e a evolução;

- a refração aos meios habituais de tratamento;

- alterações completa ou considerável da personalidade;

- o comprometimento grave do juízo de valor de realidade, com deteriorização da auto-estima e do pragmatismo.

2 - Paralisia Irreversível e Incapacitante.

Para efeitos de aposentadoria serão considerados portadores de paralisia aqueles que apresentarem:

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.

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

c - As lesões ósteo-musculo-articulares e vasculares graves e crônicas são equiparadas às paralisias quando resultam em alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

d - As paresias são equiparadas às paralisias quando resultam em alterações extensas das funções nervosas e da motilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação. Entende-se como paresias aquelas alterações em que ocorre perda da função motora (leve ou moderada) como diferenciado de paralisia que é a perda total.

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

A avaliação do servidor em relação à Paralisia Irreversível e Incapacitante deverá satisfazer as seguintes condições abaixo relacionadas:

a - Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante diagnosticados e satisfeitas as condições conceituais especificadas acima, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.

b - As juntas médicas deverão especificar em seus laudos os diagnósticos etiológicos e sindrômicos, caracterizando como condição indispensável o caráter definitivo e permanente da lesão.

c - As juntas médicas deverão declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente à Paralisia irreversível e incapacitante", quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões citadas acima, satisfeitas todas as condições descritas.

d - As seqüelas motoras de Acidente Vascular Cerebral (AVC) só serão consideradas como Paralisia Irreversível e Incapacitante, depois de transcorrido 02 anos ou na dependência de avaliação clínica com prognóstico fechado.

Outras patologias neurológicas que acometam o sistema nervoso de forma incapacitante e permanente impossibilitando a atividade laborativa deverão conter os diagnósticos etiológico, anatômico e sindrômico e a caracterização da invalidez total e permanente para o trabalho.

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: tomografia, RX, eletroneuromiografia, ressonância magnética e angiografia.

J - PROTOCOLO DE APOSENTADORIA PARA OS PORTADORES DE NEFROPATIAS.

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

Classificação:

- Insuficiência Renal leve – classe I -filtração glomerular maior que 50mls por minuto.- creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%;

- Insuficiência Renal moderada – classe II-filtração glomerular entre 20 e 50 mls/m- creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%

- Insuficiência Renal severa – classe III-filtração glomerular inferior a 20ml/-creatinina serica acima de 3.5mgs%

As nefropatias que cursam com Insuficiência Renal moderada - classe II são enquadradas como Nefropatias Graves quando acompanhadas de sinais e sintomas que determinam a incapacidade laborativa do servidor.

As nefropatias que cursam com Insuficiência Renal severa – classe III são enquadradas como Nefropatia Grave.

As nefropatias com Insuficiência Renal, classe I deverão ser reavaliadas sobre o tratamento e capacidade laborativa no prazo de 01 ano.

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

- glomeronefrites crônicas;

- vasculites;

- nefropatias diabética e hipertensivas, por irradiação, obstrutiva e hereditária;

- amiloidose renal;

- neoplasias;

- necroses (medular ou difusa);

- pielonefrite crônica;

- obstrução arterial e/ou venosa grave;

- nefrite intersticial crônica.

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

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

VII - PROTOCOLOS TÉCNICOS DE INSPEÇÃO PERICIAL PARA PENSÃO MENSAL

Pensão mensal é definida como pensão por morte concedida aos beneficiários de servidor falecido.

1 - São considerados beneficiários potenciais:

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

b - os pais;

c – o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21(vinte e um) anos ou invalido.

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

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

VIII PROTOCOLOS TÉCNICOS PARA INSPEÇÃO PERICIAL PARA SALÁRIO FAMÍLIA

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

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

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

IX - PROTOCOLOS TÉCNICOS DE INSPEÇÃO MÉDICO PERICIAL PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Dirigido a todos os servidores da Prefeitura Municipal de São Paulo, inclusive aqueles do Tribunal de Contas do Município, Câmara Municipal e outras Autarquias, exceto os regidos pela CLT.

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

- nº. 7.713, de 22 de dezembro de 1988;

- nº 8541, de 23 de dezembro de 1992;

- nº 9250, de 26 de dezembro de 1995;

- nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004, esta contem a última alteração do artigo 6º, inciso XIV, cujo texto é o seguinte:

"- os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente de trabalho e os percebidos pelos portadores de doença profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante",

nefropatia grave, hepatopatia grave, estágios adiantados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma", ficarão isentas de Imposto de Renda, em caráter temporário ou definitivo, quando atender aos critérios abaixo relacionados, após avaliação de junta médica no Departamento de Saúde do Servidor - DSS, da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Gestão, da Prefeitura do Município de São Paulo".

A - SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (SIDA)

SIDA é a Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana - HIV. Para a concessão do benefício o diagnóstico deve ser comprovado por exames de laboratório, relatório médico detalhado informando a

evolução, tratamento, infecções oportunistas, condições clínicas atuais e aderência ao tratamento com uso de anti-retrovirais. O laudo será expedido favorável e em definitivo quando houver caracterização por parte da Junta Médica de doença ativa.

B - ALIENAÇÃO MENTAL

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

2 - O conceito de Alienação Mental é jurídico e não psiquiátrico, devendo a Junta Médica fazer o devido enquadramento.

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

-F00 - Demência na doença de Alzheimer (G30)

-F01 - Demência vascular

-F02 - Demência em outras doenças classificadas em outra parte

-F03 - Demência não especificada

-F20 - Esquizofrenia.

-F21 -Transtorno esquizotípico.

F22 -Transtornos delirantes persistentes.

-F25 - Transtornos esquizoafetivos.

-F70 a F79 - Retardo mental

Obs.: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que a anamnese, exame físico e psíquico e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial.

Constituem exames complementares no caso de transtornos psiquiátricos e neurológicos, entre outros, os seguintes: EEG, Exames de Neuroimagem, Testes de Personalidade e Testes Neuropsicológicos.

O laudo deve ser emitido em caráter definitivo ou com tempo delimitado em caso de patologias passíveis de melhora.

C - CARDIOPATIA GRAVE

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

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

3 - A classificação da capacidade funcional é descrita a seguir:

- Classe I – Pacientes portadores de doenças cardíacas, porém sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispnéias, nem angina de peito, nem sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral.

- Classe II – Pacientes portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito.

- Classe III – Pacientes portadores de doenças cardíacas com nítida limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito quando efetuam pequenos esforços.

- Classe IV – Pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilita de exercer qualquer atividade física. Estes pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispnéia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

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

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 três 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 dissecção, crescimento rápido, os operados e os inoperáveis, os complicados por hematomas ou tromboses, 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 independentes 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.

f - CONDIÇÕES AGRAVANTES

Caracterizam-se condições agravantes aquelas que poderão elevar a categoria funcional a uma imediatamente superior, como por exemplo, fibrilação atrial de alta freqüência, hipo-

autoridade certificadora oficial
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO
Secretaria de Governo
documento assinado digitalmente
A IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO SA garante a autenticidade deste documento quando visualizado diretamente no portal www.imprensaoficial.com.br sábado, 12 de dezembro de 2015 às 02:48:00.