



**Secretaria Municipal de Gestão  
SEGES  
Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor  
COGESS**

**PROTOCOLOS TÉCNICOS  
COGESS  
2022**

**OUTUBRO/2022**

## **Realização**

Ricardo Nunes  
**Prefeito da Cidade de São Paulo**

Marcela Arruda  
**Secretaria Municipal de Gestão - SEGES**

Regina Silvia Viotto Monteiro Pacheco  
**Secretária-adjunta**

Regina Maria Silvério  
**Chefe de Gabinete**

Valéria Pugliese  
**Coordenadora de Gestão de Saúde do Servidor**

Teresa Cristina Finotto Visani  
**Diretora de Perícia Médica**

Laura Aparecida Christiano Santucci  
**Diretora de Epidemiologia e Informação**

Helio Mitsuru Iha  
**Diretor de Promoção à Saúde**

Antônio Durval Bologna  
Candido Moreira de Figueiredo  
Claudio Dimer Magrini  
Sílvia Ceragioli  
**Encarregados Médicos**

## Sumário

1.	INTRODUÇÃO .....	5
2.	PROTOCOLOS PARA EXAMES MÉDICOS PERICIAIS PARA INGRESSO .....	7
2.1.	EXAME MÉDICO GERAL .....	8
2.2.	EXAME CARDIOVASCULAR .....	8
2.2.1.	Informações Gerais .....	8
2.2.2.	Ingresso – Hipertensão Arterial Sistêmica .....	9
2.3.	EXAME NEUROLÓGICO.....	10
2.4.	EXAME OFTALMOLÓGICO .....	11
2.5.	EXAME ORTOPÉDICO.....	12
2.6.	EXAME PULMONAR.....	12
2.7.	PORTADORES DE ALTERAÇÕES AUDITIVAS.....	13
2.8.	PORTADORES DE DISTÚRBIOS DA VOZ .....	14
2.9.	PORTADORES DE DIABETES MELLITUS.....	15
2.10.	PORTADORES DE NEOPLASIAS MALIGNAS.....	15
2.11.	PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.....	16
3.	PROTOCOLOS PARA CONCESSÃO DE LICENÇA MÉDICA PELO ARTIGO 143 DA LEI MUNICIPAL Nº 8.989/1979 .....	18
4.	PROTOCOLOS TÉCNICOS DE LICENÇA MÉDICA EM ACIDENTE DO TRABALHO E DOENÇA PROFISSIONAL (ARTIGOS 160 e 161 DA LEI MUNICIPAL Nº 8.989/1979) .....	30
4.1.	ACIDENTE DE TRABALHO.....	30
4.2.	ACIDENTE DE TRAJETO .....	30
4.3.	CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA DO TRABALHO.....	31
5.	PROTOCOLOS TÉCNICOS PARA READAPTAÇÃO FUNCIONAL.....	32
6.	PROTOCOLOS TÉCNICOS DE APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE TOTAL E PERMANENTE	33
6.1.	TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.....	33
6.2.	DOENÇAS CARDIOLÓGICAS .....	34
6.3.	DOENÇAS DO SISTEMA VASCULAR.....	35
6.4.	DOENÇAS OSTEOMUSCULARES.....	36
6.5.	DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS .....	36
6.6.	SINDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (SIDA OU AIDS) DECORRENTE DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) .....	37
6.7.	DOENÇAS HEPÁTICAS.....	38
6.8.	NEOPLASIAS MALIGNAS.....	39

6.8.1 – Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente – Neoplasia de Mama .....	40
6.8.2 – Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente – Neoplasia Gástrica.....	41
6.8.3 – Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente – Neoplasia de Próstata ....	41
6.8.4 – Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente – Neoplasias benignas ou neoplasias de comportamento incerto.....	41
6.9. DOENÇAS NEUROLÓGICAS .....	42
6.9.1 – Demências .....	42
6.9.2 – Paralisia Irreversível e Incapacitante.....	42
6.10. NEFROPATIAS .....	43
7. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE PENSÃO MENSAL .....	45
8. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE SALÁRIO FAMÍLIA.....	46
9. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA .....	47
9.1. TUBERCULOSE ATIVA .....	47
9.2. ALIENAÇÃO MENTAL .....	47
9.3. ESCLEROSE MÚLTIPLA .....	48
9.4. NEOPLASIA MALIGNA.....	48
9.5. CEGUEIRA E VISÃO MONOCULAR .....	51
9.6. HANSENÍASE .....	51
9.7. PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE.....	51
9.8. CARDIOPATIA GRAVE .....	52
9.9. DOENÇA DE PARKINSON .....	54
9.10. ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE .....	54
9.11. NEFROPATIA GRAVE .....	54
9.12. HEPATOPATIA GRAVE.....	55
9.13. ESTADOS AVANÇADOS DE DOENÇA DE PAGET .....	56
9.14. CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO .....	56
9.15. SINDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (SIDA OU AIDS) .....	56
9.16. FIBROSE CÍSTICA/MUCOVISCIDOSE.....	56
9.17. APOSENTADORIA OU REFORMA MOTIVADA POR ACIDENTE DE TRABALHO .....	57
9.18. APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇA PROFISSIONAL .....	57
10. BIBLIOGRAFIA .....	58

## 1. INTRODUÇÃO

A Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor – COGESS, da Secretaria Municipal de Gestão – SEGES, pelas competências definidas pelo Decreto Municipal nº 57.775/2017, informa aos servidores que, nos termos do artigo 64 do Decreto Municipal nº 58.225/2018, trata o presente documento de revisão dos Protocolos Técnicos para fins de exames médicos periciais de Ingresso, concessão de Licenças Médicas, avaliações de Capacidade Laborativa, caracterização de Acidente e Doença do Trabalho, avaliação de Readaptação Funcional, avaliação para a Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente, concessão de Pensão Mensal, concessão de Salário Família e concessão de Isenção de Imposto de Renda.

Sua utilização deve levar em conta as seguintes diretrizes gerais:

A. Conforme definido pelo Decreto Municipal nº 57.775/2017, a Coordenação de Gestão de Saúde é o órgão competente para coordenar e executar as atividades técnicas e administrativas relativas a atividades médicas periciais para servidores efetivos dos quadros da Prefeitura Municipal de São Paulo.

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

C. De acordo com o Código de Ética Médica e pareceres dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, o médico na função de perito não está adstrito a relatórios ou atestados do médico na função assistencial, cabendo ao perito a decisão final sobre a conduta pericial. Os atestados, relatórios e demais exames complementares servem como subsídios para a análise do caso, cabendo ao médico perito deliberar sobre a capacidade laboral do periciando e demais encaminhamentos, com base nestes Protocolos Técnicos, nas atividades desempenhadas e nas peculiaridades do caso.

D. O objetivo do exame médico pericial de Ingresso é avaliar a capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades para as quais está se propondo, tendo em conta os riscos inerentes a cada cargo e o prognóstico de algumas patologias, estabelecendo critérios homogêneos para todos os candidatos e com base na legislação em vigor.

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

F. O objetivo das avaliações para fins de Readaptação Funcional é a restrição do rol de atividades inerentes ao cargo/função do servidor com o objetivo de facilitar o retorno ao trabalho dos servidores readaptados, preservar sua saúde e reduzir riscos de agravamento de patologias em virtude do desempenho laboral.

G. O objetivo das avaliações para fins de Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente é a verificação da incapacidade laborativa definitiva.

H. O objetivo das avaliações para fins de Pensão Mensal e Salário Família é a verificação da incapacidade para o trabalho do dependente antes do óbito do servidor e antes da maioridade respectivamente.

I. O objetivo das avaliações para fins de Isenção de Imposto de Renda é a emissão de Laudo Médico Oficial para o enquadramento ou não da patologia apresentada pelo servidor aposentado nas leis federais que regulamentam o assunto.

J. Os presentes Protocolos Técnicos foram elaborados pela equipe médica da COGESS, composta por médicos do trabalho e médicos especialistas nas diversas áreas, com base em

documentos e publicações técnicas e científicas atuais, bem como em dados epidemiológicos da Coordenação.

K. Os parâmetros estabelecidos nestes Protocolos Técnicos subsidiam o perito na produção do respectivo laudo pela análise específica de cada caso.

L. Todas as decisões médicas periciais da COGESS serão publicadas em Diário Oficial da Cidade de São Paulo.

M. Os Protocolos Técnicos poderão, a qualquer tempo, em sua totalidade ou em aspectos pontuais, ser alterados para fins de adequação aos avanços da Medicina e a eventuais novas normas legais.

N. A apresentação de documento de identificação original oficial, físico e original é pré-requisito para a realização de todos os tipos de perícias e atendimentos especificados nesses Protocolos Técnicos.

Protocolos Técnicos COGESS 2022

## 2. PROTOCOLOS PARA EXAMES MÉDICOS PERICIAIS PARA INGRESSO

A Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor - COGESS, pelas competências atribuídas pelo Decreto Municipal nº 57.775/2017, é o órgão responsável pela realização das perícias médicas para fins de ingresso no serviço público municipal. Os procedimentos relativos às perícias médicas, inclusive exames de Ingresso estão estabelecidos no Decreto Municipal nº 58.225/2018 dentro das diretrizes médicas destes Protocolos Técnicos.

Os candidatos a ingresso no serviço público municipal devem ser submetidos a exame médico admissional, a ser promovido pela COGESS, para avaliação do seu estado de saúde física e mental, conforme disposto no artigo 11 da Lei Municipal nº 8.989/1979 e artigo 88 do Decreto Municipal nº 58.225/2018.

O candidato, no momento de seu ingresso, deve apresentar capacidade laborativa para o desempenho do cargo ou função a ser exercido. O candidato não poderá ingressar no serviço público municipal caso apresente patologia que possa, com o desempenho do cargo ou função, vir a resultar em prejuízo à sua saúde ou em incapacidade futura para o exercício.

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

A. O objetivo do exame médico admissional é avaliar a capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades para as quais está se propondo, tendo em conta os riscos inerentes a cada cargo, a preservação de sua saúde e o prognóstico de algumas patologias apresentadas. Os critérios foram estabelecidos levando-se em consideração a função que o candidato irá exercer e os dados epidemiológicos que apontaram patologias responsáveis por licenças prolongadas, readaptações funcionais e aposentadoria precoce por Incapacidade Total e Permanente.

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

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

D. Casos não previstos nestes Protocolos Técnicos serão analisados individualmente a critério médico pericial.

E. Todos os candidatos portadores de qualquer tipo de patologia serão orientados a realizar tratamento.

F. Estes Protocolos Técnicos deverão ser revistos e atualizados periodicamente.

G. Todas as decisões médicas periciais serão publicadas no Diário Oficial da Cidade pela COGESS, sendo este o Canal Oficial de comunicação com o candidato a ingresso em Concurso Público.

H. Nos casos em que o médico perito solicitar exames ou relatórios complementares para fins de melhor subsidiar sua decisão, o candidato será convocado através do Diário Oficial da Cidade para retorno e apresentação dos mesmos.

I. Os candidatos com deficiência e que tenham se inscrito pela Lei Municipal nº 13.398/2002, terão suas deficiências caracterizadas através de exame médico pericial especializado da COGESS. Os conceitos de deficiência, para efeitos da caracterização prevista no artigo 9º da Lei Municipal nº 13.398/2002 serão os adotados pela mesma lei e aqueles previstos na legislação federal vigente à época dos exames. A Compatibilidade da Deficiência Física (caracterizada

conforme os critérios descritos acima) com a função/cargo pleiteado, será avaliada por Comissão de Compatibilidade, designada pelo Secretário da Pasta responsável pelo Concurso e publicada em Diário Oficial da Cidade. O candidato que tiver sua deficiência compatibilizada com a função/cargo será submetido ao exame médico pericial de ingresso para avaliação da sua condição de saúde não relacionada à deficiência.

### **2.1. EXAME MÉDICO GERAL**

O candidato será considerado INAPTO nos casos em que apresentar:

1. Cicatrizes e/ ou deformidades diversas que levem à limitação funcional para a função pleiteada;
2. Cirurgias que reduzam a capacidade física e vital para a função pleiteada;
3. Doenças clínicas incuráveis ou progressivas, ou que tenham deixado sequelas limitantes para função;
4. Doenças infectocontagiosas em atividade e com limitação ou risco para si no desempenho da função;
5. Doenças da pele não controladas ou não tratadas: eritrodermia, púrpura, pêfigo; todas as formas de úlceras: de estase, anêmica, microangiopática, arteriosclerótica e neurotrófica; as colagenoses: lúpus eritematoso sistêmico, dermatomiosite, esclerodermia, micoses profundas; e Hanseníase;
6. Processo hemorroidário para as funções de risco para esta patologia, por exemplo, motoristas;
7. O candidato ainda será considerado INAPTO quando apresentar alteração em exame complementar que represente qualquer condição incapacitante.
8. Doenças que qualquer natureza que possam vir a ser agravadas pelo exercício da função pleiteada.

### **2.2. EXAME CARDIOVASCULAR**

#### **2.2.1. Informações Gerais**

São consideradas funções de risco relacionadas a doenças cardiovasculares:

1. Agente de Saúde, na atividade de Condutor de Veículo de Urgência do SAMU,
2. Analista de Saúde - Cirurgião Dentista,
3. Analista de Saúde Médico - Médico Cirurgião,
4. Guarda Civil Metropolitano,
5. Professor de Educação Física,
6. Professor de Educação Infantil e
7. Toda e qualquer função que exija plenas condições físicas para seu desempenho.

Sempre que necessário e a critério do médico perito, o candidato será encaminhado para avaliação por perito especialista ou solicitado a apresentar relatório emitido por médico assistente com especialidade na área.

O candidato será considerado INAPTO nos casos em que apresentar:

1. Insuficiência cardíaca congestiva em Classe Funcional III ou IV da NYHA; e em classe funcional I e II para funções que exijam esforço físico.
2. Doença coronariana não compatível com funções que exijam esforço físico, miocardiopatias, hipertensão arterial sistêmica (parâmetros abaixo), hipertensão pulmonar; pericardite;
3. Cardiopatia congênita, ressaltada a CIA, a CIV e a PCA corrigidos cirurgicamente e alterações da válvula aórtica bicúspide, que não promovam repercussão hemodinâmica; valvulopatia adquirida, ressaltado o prolapso de válvula mitral com ausência de repercussão funcional;
4. Arritmia cardíaca: a depender de parecer do perito especialista da COGESS ou do teor do relatório emitido por médico assistente com especialidade na área.



5. Insuficiência venosa periférica – varizes (parâmetros abaixo); linfedema; fístula artério-venosa; angiodisplasia; arteriopatia oclusiva crônica;
6. Arteriosclerose obliterante, tromboangeíte obliterante, arterites; arteriopatia não oclusiva - aneurismas, mesmo após correção cirúrgica; arteriopatia funcional - doença de Reynaud, acrocianose, distrofia simpático-reflexa; síndrome do desfiladeiro torácico.

### 2.2.2. Ingresso – Hipertensão Arterial Sistêmica

São consideradas funções de risco relacionadas com alterações da Pressão Arterial (PA):

São consideradas funções de risco relacionadas a doenças cardiovasculares:

1. Agente de Saúde, na atividade de Condutor de Veículo de Urgência do SAMU,
2. Guarda Civil Metropolitano,
3. Professor de Educação Física,
4. Professor de Educação Infantil e
5. Toda e qualquer função que exija plenas condições físicas para seu desempenho.

São consideradas patologias associadas à Hipertensão Arterial:

1. Diabete Mellitus,
2. Arritmias e
3. Obesidade.

Os exames que poderão ser solicitados pelo médico perito são: Glicemia de jejum, Hemoglobina Glicada, Radiografia de Tórax, Eletrocardiograma, Exame de Fundo de Olho (FO), Urina Tipo I, Dosagem de Creatinina, Uréia, Colesterol e Triglicérides.

Sempre que necessário e a critério do médico perito, o candidato será encaminhado para avaliação por perito especialista ou solicitado a apresentar relatório emitido por médico assistente com especialidade na área.

1. O candidato que no momento do exame admissional apresentar Pressão Arterial (PA) até 150 x 100 mmHg (inclusive), sem patologia associada, será considerado APTO para qualquer função.

2. O candidato que apresentar Pressão Arterial (PA) superior a 150 x 100 mmHg, será classificado em uma das seguintes situações:

2.1 Para funções de risco e sem patologia associada – solicitar exames:

- ✓ Exames normais: APTO.
- ✓ Exames alterados: será solicitada avaliação cardiológica para verificar o tipo de alteração para decidir se o candidato está APTO ou INAPTO.

2.2 Para funções de risco e com patologia associada: INAPTO.

2.3 Para demais funções: solicitar exames

- ✓ Exames normais: APTO.
- ✓ Exames alterados: será solicitada avaliação cardiológica para verificar o tipo de alteração para decidir se o candidato está APTO ou INAPTO.

3. O candidato que apresentar Pressão Arterial (PA) de 170 x 110 mmHg ou acima desta medida, será classificado em uma das seguintes situações:

3.1 Para funções de risco, com ou sem patologia associada: INAPTO.

3.2 Para demais funções e com patologia associada: INAPTO.

3.3 Para demais funções e sem patologia associada: Solicitar exames.

- ✓ Exames normais: APTO.
- ✓ Exames alterados: será solicitada avaliação cardiológica para verificar o tipo de alteração para decidir se o candidato está APTO ou INAPTO.

### 2.2.3. Ingresso – Varizes de membros inferiores

São consideradas funções de risco relacionadas com varizes:

1. Agente de Saúde, na atividade de Condutor de Veículo de Urgência do SAMU.
2. Analista de Saúde - Cirurgião Dentista.
3. Analista de Saúde Médico - Médico Cirurgião.
4. Guarda Civil Metropolitano.
5. Professor de Educação Física.
6. Professor de Educação Infantil.
7. Toda e qualquer função que exija plenas condições físicas para seu desempenho.

São consideradas patologias associadas que dificultam o tratamento: traumas associados, obesidade, idade e diabetes melittus.

São considerados sinais de Insuficiência Venosa Crônica aqueles decorrentes de hipertensão venosa, com alterações teciduais, tais como: ulcerações, edemas, erisipelas, dermatites, escleroses e varizes secundárias.

São considerados casos agudos os quadros que necessitam de afastamento do trabalho para tratamento clínico imediato. Em todos os casos de aptidão os servidores serão encaminhados para tratamento.

Sempre que necessário e a critério do médico perito, o candidato será encaminhado para avaliação por perito especialista em da COGESS ou solicitado a apresentar relatório emitido por médico assistente com especialidade na área.

1. O candidato que apresentar varizes primárias de Grau I ou II (veias com calibre até 0,5 cm), sem quadro agudo e sem sinais de insuficiência venosa crônica, será considerado APTO, independente da função que venha exercer.
2. O candidato que apresentar varizes primárias de Grau III e Grau IV (veias de calibre superiores a 0,5 cm), sem quadro agudo e sem sinais de insuficiência venosa:
  - ✓ Para funções de risco: INAPTO.
  - ✓ Para demais funções: APTO.
3. Nos demais casos de varizes, solicitar relatório médico atualizado e detalhado de Médico Vascular Assistente, e, a partir da apresentação do documento, caberá ao médico perito avaliar os seguintes critérios:
  - 3.1 O candidato que apresentar varizes primárias Graus I, II e III, com sinais de IVC, porém sem quadro agudo:
    - ✓ Para funções de risco: INAPTO.
    - ✓ Para demais funções sem Insuficiência Venosa Crônica: APTO
    - ✓ Para demais funções com Insuficiência Venosa Crônica: encaminhar para avaliação com especialista ou solicitar relatório de especialista na área.
  - 3.2 O candidato que apresentar veias de grosso calibre grau IV (acima de 0,7 cm), sem quadro agudo, porém com sinais de Insuficiência Venosa Crônica, será considerado: INAPTO para qualquer função.
  - 3.4 O candidato que apresentar varizes primárias com quadro agudo de insuficiência venosa será considerado INAPTO independente da função.

### 2.3. EXAME NEUROLÓGICO

São consideradas funções de risco para doenças e sequelas neurológicas:

1. Agente de Saúde, na atividade de Condutor de Veículo de Urgência do SAMU
2. Guarda Civil Metropolitano.
3. Professor de Educação Física.
4. Professor de Educação Infantil.
5. Toda e qualquer função que exija plenas condições neurológicas para seu desempenho.

O candidato será considerado INAPTO para funções de risco nos casos em que apresentar as seguintes alterações:

1. Alterações neurológicas ou sequelas do tipo: paralisias totais ou parciais, atrofias e distrofias musculares, perdas de sensibilidade e epilepsia
2. Infecção do sistema nervoso central; doença vascular do cérebro e/ ou da medula espinhal; síndrome pós-traumatismo cranioencefálico, distúrbio do desenvolvimento psicomotor; doença degenerativa e heredodegenerativa; distrofia muscular progressiva; doenças desmielinizantes.
3. O candidato será considerado INAPTO para qualquer função se for portador de doença ou sequela neurológica grave ou doença neurológica de evolução progressiva ou que possa vir a ser agravada com o desempenho da função.

#### 2.4. EXAME OFTALMOLÓGICO

Todos os candidatos serão submetidos a exame de Acuidade visual, com ou sem correção, através de exame Snellen por profissional treinado e qualificado.

São consideradas funções de risco para alterações oftalmológicas:

1. Agente de Saúde, na atividade de Condutor de Veículo de Urgência do SAMU
2. Guarda Civil Metropolitano.
3. Toda e qualquer atividade que exija perfeita acuidade visual especialmente aquelas que possam colocar em risco a integridade física do candidato e/ou de terceiros.

Todos os candidatos às funções de risco acima elencados deverão apresentar Relatório Médico elaborado por médico Oftalmologista, datado de, no máximo, 90 (noventa) dias antes da data de início dos exames.

Para candidatos a Guarda Civil Metropolitano:

1. Será considerado APTO o candidato que apresentar acuidade visual igual ou acima de 0,8 em cada olho em separado, com ou sem correção, ao exame de Snellen.
2. Será considerado INAPTO o candidato que apresentar acuidade visual menor que 0,8 em cada olho em separado, com ou sem correção, ao exame de Snellen.

Para demais funções de risco:

1. Será considerado APTO o candidato que apresentar acuidade visual igual ou acima de 0,66 em ambos os olhos, com ou sem correção, ao exame de Snellen.
2. Será encaminhado para exame oftalmológico o candidato que apresentar acuidade visual menor que 0,66 no melhor olho, com ou sem correção, ao exame de Snellen. Após exame oftalmológico:

a) Será considerado APTO o candidato com visão entre 0,3 e 0,66 sem suspeita de catarata, glaucoma, ceratocone, retinopatias ou outras patologias de evolução progressiva.

b) Será considerado INAPTO o candidato com visão entre 0,3 e 0,66 com confirmação de catarata, glaucoma, ceratocone, retinopatias ou outras patologias de evolução progressiva.

c) Será considerado INAPTO o candidato com visão abaixo de 0,3 no melhor olho, com ou sem correção, ao exame de Snellen.

Para todos os candidatos a funções de risco:

a) O candidato à função de risco portador de estrabismo corrigido na infância ou referindo histórico de estrabismo corrigido cirurgicamente deverá apresentar acuidade visual em ambos os olhos, com ou sem correção, compatível com a função, tendo que apresentar Teste Ortóptico comprovando a existência de visão binocular e fusão.

b) Os candidatos a funções de risco relacionadas com alterações oftalmológicas NÃO poderão ser daltônicos ou amblíopes.

## **2.5. EXAME ORTOPÉDICO**

São consideradas funções de risco para agravos osteomusculares / ortopédicos:

1. Agente de Saúde, na atividade de Condutor de Veículo de Urgência do SAMU.
2. Guarda Civil Metropolitano.
3. Professor de Educação Física.
4. Professor de Educação Infantil.
5. Toda e qualquer função que exija plenas condições ortopédicas para seu desempenho.

Será considerado INAPTO o candidato que apresentar as alterações seguintes, incompatíveis com a função ou que possam vir a ser agravadas pelo exercício da função, em especial nas funções de risco:

1. Perda de substância óssea com redução da capacidade motora;
2. Instabilidades articulares tipo luxações recidivantes ou habituais e instabilidades ligamentares isoladas ou generalizadas de qualquer etiologia;
3. Desvio de eixo fisiológico do aparelho locomotor, como sequelas de fraturas, cifoses superiores a 45 graus, escoliose superior a 10 graus, espondilólise e espondilolistese de natureza congênita ou adquirida, deformidade da cintura escapular, do cotovelo, punho ou mão e dos dedos; discopatia da coluna vertebral; caracterizadas por quadros algícos prévios ou que tenham requerido tratamento especializado e ou afastamento.
4. Cirurgias prévias da coluna para fraturas, discopatia, espondilolistese, infecção ou correção de desvios;
5. Desvios do tornozelo e articulações subtalar, desvios das articulações médio-társicas e do ante pé;
6. Preexistência de cirurgia no plano articular;
7. Obliquidade pélvica com ou sem discrepâncias de complemento dos membros inferiores Genu Varum ou Valgum com repercussão sobre o eixo fisiológico corporal.
8. Alterações congênicas e sequelas de osteocondrites;
9. Doença infecciosa óssea e articular (osteomielite) ou sequelas que levem à redução significativa de mobilidade articular, da força muscular e com alteração de eixo que comprometa a força e a estabilidade das articulações;
10. Qualquer alteração óssea que comprometa a força e a estabilidade dos membros superiores e inferiores;
11. Discopatia;
12. Fratura viciosamente consolidada;
13. Pseudoartrose;
14. Doença inflamatória e degenerativa osteoarticular;
15. Artropatia de qualquer etiologia;
16. Tumor ósseo
17. Tumor muscular;
18. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho ou lesões por esforços repetitivos.

## **2.6. EXAME PULMONAR**

São consideradas funções de risco para agravos pulmonares:

1. Agente de Saúde, na atividade de Condutor de Veículo de Urgência do SAMU.
2. Guarda Civil Metropolitano.
3. Professor de Educação Física.
4. Toda e qualquer função que exija plenas condições pulmonares para seu desempenho.

Será considerado INAPTO o candidato que apresentar as alterações ou distúrbios de função pulmonar incompatíveis com a função, em especial para as funções de risco acima elencadas.

### **OBSERVAÇÕES:**

- a) O candidato deverá, no ato da perícia, apresentar os exames subsidiários pertinentes à sua patologia, sendo prerrogativa do médico perito solicitar mais exames que subsidiem sua conclusão (por exemplo: exames de imagem e provas de função pulmonar, saturação de O<sub>2</sub>).
- b) Nos casos duvidosos o candidato deverá ser encaminhado para parecer de especialista ou apresentar relatório emitido por médico assistente com especialidade em Pneumologia.

### **2.7. PORTADORES DE ALTERAÇÕES AUDITIVAS**

São consideradas funções de risco para alterações auditivas:

1. Assistente de Suporte Operacional - Agente de Controle de Zoonoses.
2. Guarda Civil Metropolitano.
3. Professor de Educação Física.
4. Toda e qualquer função com exposição ao risco de ruído ou que exija plenas condições auditivas para seu desempenho.
5. Todos os cargos do SAMU.

Todos os candidatos às funções de risco acima elencadas deverão apresentar exame de Audiometria tonal elaborado por Fonoaudiólogo, datado de, no máximo, 90 (noventa) dias antes da data de início dos exames admissionais. A depender do resultado do exame de audiometria ou dos achados durante a inspeção pericial, o médico perito poderá solicitar:

1. Avaliação especializada por médico Otorrinolaringologista e/ou
2. Avaliação de profissional Fonoaudiólogo e/ou
3. Relatório emitido por médico assistente com especialidade em Otorrinolaringologia e/ou
4. Relatório emitido por profissional Fonoaudiólogo e/ou
5. Exames complementares para melhor análise do caso.

São considerados, em Otorrinolaringologia, os critérios abaixo para avaliar candidatos portadores de alterações auditivas.

1. Perdas auditivas condutivas ou mistas - Otoesclerose:
  - ✓ Para funções de risco: INAPTO
  - ✓ Para demais funções: encaminhar para avaliação do perito especialista em Otorrinolaringologia
2. Perdas auditivas condutivas ou mistas - Sequela de Otite Média (OMS; OMC, Perfuração MT)
  - ✓ Perda auditiva até 40db uni ou bilateral nas frequências de 500 a 3000 Hz e sem comprometimento profundo nas demais frequências: APTO para qualquer função
  - ✓ Perda auditiva até 40db uni ou bilateral nas frequências de 500 a 3000 Hz e com alteração nas demais frequências: encaminhar ao perito especialista em Otorrinolaringologia.
  - ✓ Perda auditiva acima de 40 db uni ou bilateral em qualquer das frequências de 500 a 3000 Hz:
    - ✓ Para funções de risco: INAPTO
    - ✓ Para demais funções: encaminhar ao perito especialista em Otorrinolaringologia
3. Perdas auditivas neurossensoriais - PAIR (perda auditiva induzida pelo ruído):
  - a) Perda auditiva até 40db uni ou bilateral nas frequências de 500 a 3000 Hz
    - ✓ Para funções de risco: será solicitada avaliação de médico especialista em Otorrinolaringologia
    - ✓ Para demais funções: APTO
  - b) Perda auditiva menor ou igual a 40db uni ou bilateral nas frequências de 4000Hz, 6000Hz, 8000Hz ou isoladas, sendo normal de 500Hz a 2000Hz: APTO para qualquer função
  - c) Perda auditiva acima de 40 db nas frequências de 500Hz a 8000Hz:
    - ✓ Para funções de risco: INAPTO

- ✓ Para demais funções: será solicitada avaliação de médico especialista em Otorrinolaringologia
- 4. Não PAIR (perda auditiva induzida pelo ruído):
  - a) Perda auditiva até 40db uni ou bilateral nas frequências de 500 a 3000 Hz e normal nas demais frequências: APTO para qualquer função
  - b) Perda auditiva menor ou igual a 40db nas frequências de 3.000Hz, 4000Hz, 6000Hz, 8000Hz ou isoladas, sendo normal de 500Hz a 2000Hz:
    - ✓ Para funções de risco: será solicitada avaliação de médico especialista em Otorrinolaringologia
    - ✓ Para demais funções: APTO.
  - c) Perda auditiva maior que 40 db nas frequências de 500Hz a 8000Hz:
    - ✓ Para funções de risco: INAPTO.
    - ✓ Para demais funções: será solicitada avaliação de médico especialista em Otorrinolaringologia
- 5. Anacusia (surdez total) unilateral, mesmo que haja normalidade contralateral:
  - ✓ Para funções de risco: INAPTO.
  - ✓ Para demais funções: será solicitada avaliação de médico especialista em Otorrinolaringologia
- 6. Doença de Menière: INAPTO para qualquer função.
- 7. Pessoas portadoras de Aparelho de Amplificação Sonora Individual deverão ser avaliadas por médico especialista, que deverá decidir de acordo com a seguinte diretriz:
  - ✓ Para funções de risco: INAPTO
  - ✓ Para demais funções, a depender da avaliação, do grau de ganho com o uso do aparelho, da função, dos riscos ocupacionais e local de trabalho.
- 8. Conceito de pessoa com Deficiência Auditiva:

Perda auditiva bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (db) ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz. (Regulamentado pela Legislação Federal do Decreto 5.296/2004 que regulamenta as Leis nº 10.048 de 8 de novembro de 2000, Deficiência Auditiva, ou Legislação Federal vigente à época dos exames).

#### **OBSERVAÇÃO:**

Exames complementares em Otorrinolaringologia que poderão ser solicitados, a critério do médico perito: Audiometria tonal e vocal, Immitânciometria, Audiometria de Respostas Elétricas de Tronco Cerebral (BERA), Emissões Otoacústicas e outros.

#### **2.8. PORTADORES DE DISTÚRBIOS DA VOZ**

São consideradas funções de risco aquelas em que há uso constante da voz como Professor. O candidato é inicialmente avaliado por médico perito, que ao detectar qualquer alteração na qualidade vocal solicitará avaliação (triagem) fonoaudiológica. Confirmado o distúrbio da voz o candidato será encaminhado para avaliação Otorrinolaringológica e fonoaudiológica completa. O candidato será reavaliado num aspecto amplo visando a qualificação e a quantificação das alterações encontradas em sua qualidade vocal. A critério pericial poderá ser solicitado exame complementar.

A decisão sobre a aptidão será tomada com base nos pareceres dos especialistas e nos resultados dos exames apresentados, de acordo com o cargo pretendido.

#### **OBSERVAÇÕES:**

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



### 2.9. PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

São consideradas funções de risco relacionadas à Diabete Mellitus:

1. Guarda Civil Metropolitano.
2. Qualquer atividade que possa colocar em risco a saúde em geral e a integridade física do candidato.

Os candidatos a funções de risco deverão apresentar resultado de exame de Glicemia de Jejum datado de, no máximo, 90 (noventa) dias antes da data de início dos exames admissionais. Os candidatos serão classificados em uma das seguintes situações com relação aos valores do exame de glicemia de jejum:

1. Valores de glicemia entre 70 a 126 mg/dl: APTO para qualquer função
2. Valores de glicemia entre 126 a 200 mg/dl: o perito deverá solicitar exames para avaliar a função renal do candidato, tais como: Hemoglobina Glicada, Uréia, Creatinina, Urina I, clearance de creatinina e outros, a critério médico; poderá ser solicitada avaliação especializada ou relatório de especialista.

- ✓ Exames normais: APTO.
- ✓ Exames alterados: Encaminhar para endocrinologista.

3. Valores de glicemia acima de 200 mg/dl: será solicitada avaliação por médico especialista. Será considerado APTO ou INAPTO, a depender do tipo e nível de alteração e da presença de fatores de risco associados, devendo ser analisados os níveis de proteinúria, albuminúria e o clearance de creatinina.

4. O candidato que for insulino dependente será considerado INAPTO para funções de risco. Poderá ser solicitado exame de fundo de olho e será considerado:

1. Retinopatia não proliferativa:
  - a. Leve e moderada: APTO para qualquer função.
  - b. Avançada:
    - ✓ Para funções de risco: INAPTO.
    - ✓ Para demais funções, sem fator de risco associado: APTO.
2. Retinopatia proliferativa:
  - ✓ Para funções de risco: INAPTO.
  - ✓ Para demais funções, sem fator de risco associado: APTO.
  - ✓ Para demais funções com fatores de risco associados: INAPTO.

3. Maculopatia diabética: INAPTO para qualquer da função.  
Ao exame neurológico, o candidato portador de Diabete Mellitus será classificado em uma das seguintes situações:

1. Neuropatia sensitivo-motora e autonômica em grau moderado e grave: INAPTO para qualquer função.
2. Neuropatia sensitiva motora e autonômica em grau leve:
  - ✓ Para funções de risco: INAPTO.
  - ✓ Para demais funções: APTO.

### 2.10. PORTADORES DE NEOPLASIAS MALIGNAS

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

Os meios para diagnóstico das neoplasias malignas são:

1. Biópsia da lesão com estudo histopatológico;
2. Exames citológicos;
3. Exames ultrassonográficos;

4. Exames endoscópicos;
5. Exames de tomografia computadorizada;
6. Exames de ressonância nuclear magnética;
7. Exames cintilográficos;
8. Pesquisa de marcadores tumorais específicos;
9. Exames radiológicos.

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

1. Lesão restrita ao órgão acometido;
2. Lesão no órgão acometido e comprometimento de órgão próximos;
3. Lesão no órgão acometido e com comprometimento de linfonodos;
4. Lesão no órgão acometido e com comprometimento de outros órgãos à distância.

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

1. Grau de proliferação celular;
2. Grau de diferenciação celular;
3. Grau de invasão vascular e linfática;
4. Estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
5. Resposta à terapêutica específica;
6. Estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

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

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

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

#### **2.11. PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS**

O candidato que no momento do exame admissional apresentar sinais e/ou sintomas de transtornos mentais e/ou comportamentais, história clínica pregressa de tratamento psiquiátrico, história pregressa de internação psiquiátrica, história pregressa uso de medicação controlada e/ou antecedentes de licenças médicas psiquiátricas será encaminhado para avaliação por médico perito especialista ou solicitado a apresentar relatório emitido por médico assistente com especialidade em Psiquiatria.

São considerados grupos ou funções de riscos para transtornos mentais e comportamentais:

1. Agente de Saúde, na atividade de Condutor de Veículo de Urgência do SAMU.
2. Guarda Civil Metropolitano.
3. Professor.
4. Toda e qualquer função que exija, para o bom desempenho, plena saúde mental.

A aptidão ficará a critério do médico perito do ingresso que se baseará na avaliação do especialista e nas seguintes situações:

1. Nos casos de presença de quadro psiquiátrico atual:
  - a) Para funções de Risco:
    - ✓ Psicopatologia grave/moderada: INAPTO.
    - ✓ Psicopatologia leve sem tratamento adequado: INAPTO.
    - ✓ Psicopatologia leve com tratamento adequado: INAPTO



- b) Para demais funções:
  - ✓ A critério do especialista, com base em relatórios do médico assistente, evolução, grau de incapacidade, prognóstico da patologia.
- 2. Nos casos de história psiquiátrica pregressa de comprometimento leve:
  - a) Para funções de Risco: a critério do especialista, com base em relatórios do médico assistente, evolução, grau de incapacidade, número de recaídas/recidivas, prognóstico da patologia.
  - b) Para demais funções: APTO.
- 3. Nos casos de antecedentes de quadro psiquiátrico grave/ moderado:
  - a) Para funções de risco: INAPTO.
  - b) Para demais funções: a critério do especialista, com base em relatórios do médico assistente, evolução, grau de incapacidade, número de recaídas/recidivas, prognóstico da patologia.

Protocolos Técnicos COGESS 2022

### 3. PROTOCOLOS PARA CONCESSÃO DE LICENÇA MÉDICA PELO ARTIGO 143 DA LEI MUNICIPAL Nº 8.989/1979

Seguem as recomendações para concessão de licenças médicas pelo artigo 143 da Lei Municipal nº 8.989/1979.

As recomendações são diretrizes gerais, cabendo ao médico perito a decisão final a respeito da concessão ou não da licença e o número de dias de afastamento indicado nos casos específicos, a depender das condições de saúde do servidor e riscos e condições relativas à sua função e local de trabalho.

Sempre que necessário, o perito deverá discutir os casos específicos, duvidosos ou excepcionais com as chefias médicas.

Estas diretrizes são aplicáveis apenas aos casos de licenças iniciais.

Nos casos de solicitações de prorrogações, a critério médico pericial, as licenças poderão ser concedidas em número igual, maior ou menor de dias.

A critério da COGESS e mediante divulgação através de Informes e Comunicados disponibilizados no Portal, as perícias poderão ser realizadas documentalmente com base em subsídios médicos anexados ao pedido de licença.

Nos casos de solicitação de licenças médicas para períodos superiores a quinze dias, é obrigatória a apresentação de Relatório Médico contendo as seguintes informações:

1. Diagnóstico(s) de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID 10).
2. Data de início da doença.
3. Data de início do tratamento com o profissional médico que emite o Relatório Médico.
4. Tratamentos instituídos e programação terapêutica.
5. Tempo sugerido de afastamento do trabalho com a justificativa.
6. Nome completo, número de Registro no Conselho Regional de Medicina e assinatura do Médico que emite o Relatório.
7. Data de emissão do Relatório.
8. Nome completo, endereço e telefone do Serviço no qual o Relatório foi emitido.
9. Assinatura digital válida segundo critérios do Conselho Federal de Medicina ou física do profissional médico emissor.

Atestados simples contendo apenas o diagnóstico e a sugestão dos dias de afastamento poderão ser aceitos apenas para pedidos de afastamento de até 15 dias de duração.

Em qualquer situação, sempre que necessário e a critério médico pericial, poderão ser solicitadas cópias do prontuário médico do servidor no serviço onde ele realiza seu tratamento.

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.1. CARDIOLOGIA, PNEUMOLOGIA E TORAX – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
A15 – Tuberculose respiratória	30
C34 – Neoplasias pulmonares	90
I01 – Febre Reumática com comprometimento do coração (Cardite Reumática)	30
I10 - Hipertensão Arterial com PA acima de 150/110	7
I10 - Hipertensão Arterial com PA até 150/110	2
I11 - Doença Cardíaca Hipertensiva	30
I20 – Angina	20
I21 - Infarto Agudo do Miocárdio sem complicação	60
I23 - Infarto Agudo do Miocárdio com complicação	90
I30 – Pericardite Aguda	30
I33 – Endocardite Aguda	60
I40 – Miocardite Aguda	60
I44 – Bloqueio A-V / Bloqueio de Ramo Esquerdo	10
I47 – Taquicardia Paroxística	5
I49 – Outras Arritmias (taquiarritmias)	7
I50 – Insuficiência Congestiva Crônica descompensada	45
J10 e J11 – Com complicações	10 a 15
J10 e J11 – Sem complicações	3
J12 a J16 – Pneumonia	7
J18.0 - Broncopneumonia	7
J20 – Bronquite aguda	5
J21 – Bronquiolite	7
J41 – Bronquite crônica (agudização)	10
J44.1 – Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização)	10
J45 – Asma (crise)	5
J47 – Bronquiectasia (infectada):	15
J85.1 – Pneumonia com abscesso	30
J85.2 – Abscesso do pulmão	30
J91 – Pneumonia com derrame	20
J93 – Pneumotórax	15
Z13.6 Cateterismo	10
Z54 + T82.0 Troca de válvula cardíaca	60 a 90
Z54 + G99.1 – Simpatectomia	30
Z54 + T82.1 Troca de bateria do marca-passo	15
Z54.0 + + I30 – Revascularização Miocárdica	90
Z54.0 + C34 – Cirurgia para retirada de tumor de pulmão	90
Z54.0 + I71 – Aneurisma de aorta	90
Z95.0 Implante de marca-passo	30
Z95.5 –Angioplastia sem complicação	15
Z95.5 Colocação de “stent” em angioplastia sem complicação	20

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.2. CIRURGIA GERAL</b>	
Z54.0 + I84 – Hemorroidectomia convencional	30
Z54.0 + K35.1 – Apendicectomia	30
Z54.0 + K40 – Herniorrafia inguinal	30
Z54.0 + K40 – Herniorrafia inguinoescrotal	30
Z54.0 + K40 a K46 – Herniorrafia incisional	30
Z54.0 + K40 a K46 – Herniorrafia por videolaparoscopia	15
Z54.0 + K42 – Herniorrafia umbilical	30
Z54.0 + K43 – Herniorrafia epigástrica	20
Z54.0 + K60 – Fistulectomia	30
Z54.0 + K80.0 – Colectomia convencional	30
Z54.0 + K80.0 – Colectomia videolaparoscópica	20

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.3 – CIRURGIAS PLÁSTICAS</b>	
Z41 – Blefaroplastia	8 a 10
Z41 – Dermolipectomia	45
Z41 – Lipoaspiração / lipoescultura	20
Z41 – Plástica mamária	30
Z41 – Rinoplastia	20
Z41 – Ritidoplastia	20

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.4 – DERMATOLOGIA – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
B00.1 Dermatite herpética labial com infecção secundária	5
B00.1 Dermatite herpética labial sem infecção secundária	3
B02.9 – Herpes Zoster	15
L01 – Impetigo / impetiginização de outras dermatoses	7
L02 – Abscesso cutâneo	7
L03 – Celulite (flegmão):	7
L08.0 – Piodermite	7
L20 – Dermatite atópica quando agudizada	5
L23 – Dermatite alérgica de contato	7
L40 – Psoríase quando agudizada e extensa	20
L52 – Eritema nodoso – para diagnóstico da doença de base	15
L98.0 – Granuloma piogênico	7
T20 a T25 – Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, especificadas por local – 2º Grau	7
T20 a T25 – Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, especificadas por local – 2º Grau	20
T78.3 – Urticária gigante	3
Z54 + L05 – Drenagem de Cisto pilonidal	20
Z54 + L60.0 Procedimento cirúrgico para unha encravada	7

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.5 – ENDOCRINOLOGIA – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
C73 – Câncer da tireoide – ablativo (cirúrgico ou radioterápico):	
E03 – Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal)	10
E05 – Hipertireoidismo (descompensado e em início reposição hormonal): Clínico supressivo	30
E05 – Hipertireoidismo Radioterápico	10
E06.1 – Tireoidite subaguda	10
E10 – Diabetes insulínico descompensado e sintomático	10
E11 – Diabetes não insulínico descompensado e sintomático	10
E24 – Síndrome de Cushing	30
E66.8 – Obesidade mórbida com comorbidade	30
Z08 e Z12.8 + C73 30– Exame de seguimento após tratamento por câncer de tireoide (PCI clássico)	30
Z54 + C73 – Câncer de tireoide com Radioterapia	30
Z54.0 – Tireoidectomia parcial	20
Z54.0 – Tireoidectomia total	30
Z54.0 + C73 – Tireoidectomia total	30
Z54.0 + E05 – Hipertireoidismo Cirúrgico	20
Z54.0 + E66.8 – Obesidade mórbida com abordagem cirúrgica (qualquer modalidade)	30
Z54.0 + E89.2 – Hipoparatiroidismo pós-cirúrgico	30

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.6 – GASTROENTEROLOGIA – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
A05 / A08 / A09 – Gastroenterocolites	2
B15 a B18 / K70.1 – Hepatites: virais agudas, crônicas descompensadas e alcoólicas	30
C02 a C06 e C15 a C26 – Neoplasias gastrointestinais	90
I84 – Hemorroidas	5
I85.0 – Varizes de esôfago com sangramento	7
K22.1 – Esofagite erosiva com sangramento	7
K25.4 – Úlcera gástrica com sangramento	10
K29.0 – Gastrite aguda (erosiva) com hemorragia	7
K50 – Doença de Crohn em atividade	15
K51 – Retocolite ulcerativa em atividade	15
K57 – Doença diverticular do intestino	7
K60 – Fissura das regiões anal e retal	7
K61 – Abscesso das regiões anal e retal	10
K74 – Cirrose hepática descompensada	60
K80.0 – Calculose da vesícula biliar com colecistite aguda	7
Z01.8 – Endoscopia digestiva alta	1

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.7 – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
N61 – Transtornos inflamatórios da mama	7
N70 – Salpingite e ooforite agudas	10
N73 – Doença inflamatória pélvica (Parametrite, celulite pélvica e pelviperitonite):	15
N75 – Doença da glândula de Bartholin (bartholinite)	7
N76.4 – Abscesso vulvar	10
N80 – Endometriose com sintomatologia	3
N88.3 – Incompetência istmo-cervical	90
N92–Metrorragia com patologia de base (mioma, adenomiose, pólipos endometrial):	3
O10 – Hipertensão pré-existente complicando gravidez	15
O13 / O14 – Pré-eclâmpsia	15
O20 – Ameaça de aborto	15
O21 – Hiperemese gravídica	3
O22 – Complicações venosas na gravidez (Tromboflebite)	15
O23 – Infecção urinária na gestação	10
O24 – Diabetes na gestação	10
O44 – Placenta prévia	15
O60 – Trabalho de parto prematuro	15
Z31.1 + N97 Tratamento para fertilização	15
Z54 – Anexectomia / ooforectomia convencional	20
Z54 – Anexectomia / ooforectomia videolaparoscópica()	15
Z54 – Curetagem de Prova	7
Z54 – Histerectomia por via vaginal	30
Z54 – Histerectomia sub-total por videolaparoscópica	20
Z54. 0 + D25 – Miomectomia Convencional	30
Z54. 0 + D25 – Miomectomia por videolaparoscopia	20
Z54. 0 + N81 – Colpoperineoplastia	45
Z54.0 – Cirurgia de Werthein-Meigs (Pan histerectomia + linfadenectomia)	30
Z54.0 + C50 – Mastectomia	90
Z54.0 + C50 – Quadrantectomia mamária	60
Z54.0 + N63 – Exérese de nódulo mamário	10
Z54.0 + N75 – Bartholinectomia	15
Z54.0 + N88.3 – Cerclagem por incompetência istmocervical	15
Z54.0 + O.06 – Microcesárea por abortamento	30
Z54.0 + O00 – Gravidez ectópica por abordagem por laparotomia	40
Z54.0 + O00 – Gravidez ectópica por abordagem por video laparoscopia	20
Z54.0 + O01 – Mola hidatiforme com curetagem	10
Z54.0 + O06 – Curetagem por abortamento	10

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.8 – INFECTOLOGIA</b>	
A90 – Dengue clássica	7
B06 – Rubéola	7
B15 a B17 – Hepatites virais	30
B26 – Caxumba	10
B34.2 e U07.1 – COVID-19 – sem complicações	5
B34.2 e U07.1 – COVID-19 – com complicações	10

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.9 – NEUROLOGIA – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
C71 – Tumores Cerebrais (gliossarcoma, glioblastoma, glioma maligno)	90
G00 – Meningite bacteriana	20
G02.0 – Outras meningites (virais)	10
G05 – Outras doenças inflamatórias do SNC (encefalite, mielite e encefalomielite)	60
G20 – Doença de Parkinson	30 a 60
G21 – Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos)	20
G30 – Doença Alzheimer	90
G31 – Outras doenças degenerativas do SNC (ex.: álcool)	90
G35 – Esclerose Múltipla (crise de agudização)	30
G40 – Epilepsia (crise isolada)	5
G43 – Enxaqueca	3
G45 – Acidente vascular cerebral isquêmico transitório	20
G50.0 – Nevralgia do trigêmeo	15
G53.0 – Nevralgia pós-zoster	15
G56.0 – Síndrome do túnel do carpo moderada e grave	20
G57.0 – Lesão do nervo ciático	15
G58.0 – Neuropatia intercostal	15
G61 – Polineuropatia inflamatória (S. de Guillain-Barré)	90
G62.1 – Polineuropatia alcoólica	90
G63.3 – Polineuropatia em doenças endócrinas e metabólicas	60
G70.0 – Miastenia gravis	60
G91 – Hidrocefalia	60
I60 – Hemorragia subaracnóide	90
Z54 – Outros Procedimentos e cirurgias neurológicas	30 a 90
Z54.0 + C71 – Cirurgia para retirada de tumor cerebral	90
Z54.0 + G31 – Descompressão do nervo facial por via translabiríntica	90
Z54.0 + G51 – Descompressão do nervo facial por via mastoídea	30
Z54.0 + H93.3 – Exérese de neurinoma do nervo acústico	90
Z98.2 + G91 – Shunt de líquido cefalorraquidiano	90

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.10 – ODONTOLOGIA – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
A69.1 – Gengivite úlcero necrosante aguda (guna)	7
K04.0 – Pulpite	7
K04.4 – Periodontite apical aguda de origem pulpar	3
K04.6 – Abscesso periapical com fístula	3
K04.7 – Abscesso periapical sem fístula	3
K04.8 – Cisto radicular	3
K05.2 – Periodontite aguda	3
Z54.0 + K05.3 – Periodontite crônica pós operatório	5
Z54.0 + K06.1 – Hiperplasia gengival pós operatório	5
K06.2 – Lesões de gengiva e do rebordo alveolar sem dentes associadas a traumatismo	3
K07.6 – Transtornos e disfunção da articulação temporomandibular	5
K08.1 – Perda de dente devido a acidentes, extração ou doença periodontal localizada	2
K10.3 – Alveolite	3
K12.2 – Celulite e abscesso de boca	7
S02.5 – Fratura de dente	3
S03.0 – Luxação de articulação temporomandibular	5
Z54 + K01 – Dente incluso ou impactado pós operatório	5

Z54.0 + Z94.6 – Pós operatório de enxerto ósseo	5
Z54.0 + Z96.5 – Pós-operatório de implante dentário	3

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.11 – OFTALMOLOGIA – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
H01 – Blefarite infecciosa	3
H04.0 – Dacriadenite	7
H04.3 – Canaliculite	5
H04.3 – Dacriocistite aguda	7
H05 – Transtornos da órbita (celulite)	15
H10 – Conjuntivite	5
H10.5 - Blefaroconjuntivite	7
H15 – Transtornos da esclerótica	7
H16 – Ceratite	7
H16.0 – Úlcera de córnea	5
H16.1 – Ceratite sem conjuntivite	3
H16.2 – Ceratoconjuntivite	7
H16.3 – Ceratite interna e profunda	10
H20 – Iridociclite	15
H30.0, H30.1 e H30.2 – Inflamações corioretinianas (uveíte posterior)	30
H33 – Descolamentos e defeitos da retina	30
H34 – Oclusões vasculares da retina (com diminuição da visão):	30
H35 – Outros transtornos da retina com diminuição da visão	15
H36.0 – Retinopatia diabética (com procedimento):	15
H35.6 – Hemorragia retiniana	30
H40 – Glaucoma	15
H43.1 – Hemorragia	30
H44.0 – Endoftalmite purulenta	30
H46 – Neurite óptica	30
Z48 + H16 –Retirada de corpo estranho de córnea com úlcera de córnea	5
Z48.0 + W44 – Retirada de corpo estranho de córnea	3
Z54.0 + H04 – Cirurgia do aparelho lacrimal	10
Z54.0 + H11.0 – Cirurgia para exereses de pterígeo	10
Z54.0 + H28 – Cirurgia para correção de catarata (facectomia)	30
Z54.0 + H33 – Cirurgia para correção de descolamentos e defeitos da retina	60
Z54.0 + H40 – Cirurgia para glaucoma	30
Z54.0 + H49 – Cirurgia para correção de estrabismo	20
Z54.0 + H52 – Cirurgia para correção de vício de refração	3
Z54.0– Blefaroplastia	8 a 10
Z94.7 – Transplante de córnea	30



Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.12 – OTORRINOLARINGOLOGIA – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
B00.2 – Gengivo estomatite herpética (herpes simples)	7
B26.8 – Parotidite epidêmica com complicações	15 a 30
B26.9 – Parotidite epidêmica sem complicações	7 a 10
G51.0 – Paralisia Facial Periférica (Paralisia de Bell)	20
H60 – Otite Externa Aguda (quadros severos e dolorosos)	5
H65 – Otite média aguda não supurada	3
H66 – Otite média aguda supurada	5
H82 – Síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte com sintomatologia aguda	7 a 15
H91 – Surdez súbita	15
J00 – IVAS	3 a 5
J01 – Sinusopatia aguda	5
J02 – Faringite aguda viral	3
J03 – Amigdalite aguda viral ou bacteriana	3 a 5
J04 – Laringite ou traqueítes agudas	3 a 5
J04.2 – Laringotraqueítes agudas	3 a 5
J30 – Rinopatia alérgica ou vasomotora com sintomatologia aguda	3 a 7
J36 – Abscesso amigdaliano	10
K11 – Submandibulite e Parotidite aguda não epidêmica	3 a 5
K12 – Estomatites	3
R49.0 – Disfonia sem outras alterações	3 a 5
Z54.0 + G31 – Exploração e descompressão parcial do nervo facial intratemporal	30
Z54.0 + H65 – Miringoplastia para colocação de tubo de ventilação	5
Z54.0 + H70 – Mastoidectomias associadas ou não a timpanoplastias	30
Z54.0 + H72 / H73 – Timpanoplastias	20
Z54.0 + H80 – Estapedectomias	30
Z54.0 + H91.9 – Implante coclear	15 a 30
Z54.0 + H93.3 – Tumor do nervo acústico - ressecção via translabiríntica ou fossa média	30 a 60
Z54.0 + J32.2 – Etmoidectomia intranasal por videoendoscopia	10
Z54.0 + J32.2 – Sinusotomia esfenoidal por videoendoscopia	10 a 15
Z54.0 + J33.0 – Pólipo antro-coanal de Killiam – exérese	10 a 15
Z54.0 + J32.0 – • Sinusectomia maxilar - via endonasal por videoendoscopia	10 a 15
Z54.0 + J32.0 – • Antrostomia maxilar intranasal por videoendoscopia	10 a 15
Z54.0 + J34.2 – Septoplastias por desvio do septo nasal	15 a 20
Z54.0 + J34.3 – Turbinectomia ou Turbinoplastia	15
Z54.0 + J34.3 – Rinosseptoplastia funcional por videoendoscopia	10 a 15
Z54.0 + J34.3 – Septoplastia por videoendoscopia	10 a 15
Z54.0 + J34.3 – Fraturas dos ossos nasais - redução cirúrgica e gesso	10
Z54.0 + J35 – Amigdalectomia	10 a 15
Z54.0 + J38 – Cirurgia de cordas vocais	30 a 45
Z54.0 + J38.1 – Microcirurgia para ressecção de pólipo, nódulo ou granuloma	7
Z54.0 + J38.1 – Microcirurgia para remoção de cisto ou lesão intracordal	7
Z54.0 + J38.3 – Microcirurgia para decorticação ou tratamento de edema de Reinke	7

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.13 – ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
M05 – Artrite Reumatóide (em atividade)	15
M10 – Artrite gotosa	8
M13.0 – Poliartrite não especificada	10
M13.2 – Artrite não especificada	10
M22.4 – Condromalácia da rótula	15
M23 – Transtornos internos do joelho	15
M25.4 – Derrame articular	15
M32 – Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico):	20
M43.1 – Espondilolistese (com sintomatologia)	15
M43.6 – Torcicolo	3
M45 – Espondilite anquilosante (com sintomatologia)	30
M50 / M51 – Transtornos dos discos vertebrais (com radiculopatia)	20
M54.2 – Cervicalgia	3
M54.4 – Lombociatalgias agudas	5
M54.5 – Lombalgias	3
M62.6 – Distensão muscular	5
M65 – Sinovite e tenossinovite	7
M71.2 – Cisto sinovial do espaço poplíteo (com sintomatologia):	5
M71.9 – Bursopatia não especificada	15
M72.2 – Fáciíte plantar	10
M75.1 / M75.4 – Lesões do ombro	30
M79.0 – Fibromialgia	15
M86 – Osteomielite	30
M86.4 – Osteomielite crônica com seio drenante:	90
M87 – Osteonecrose	45
M90.0 – Tuberculose óssea (em atividade):	60
M96.1 – Síndrome pós-laminectomia não classificada em outra parte	30
S12.9 – Fratura de vértebras cervicais	30
S22.0 – Fratura de vértebras torácicas (com imobilização)	30
S22.3 – Fratura de arco costal	20
S32.0 – Fratura de vértebras lombares (com imobilização)	30
S42 – Fratura de ombro e braço	30
S43 – Luxação de ombro / clavícula / braço	30
S52 – Fratura de ossos do antebraço (rádio e ulna)	45
S52.0 – Fratura de olecrano	45
S53.1 – Luxação de cotovelo	30
S62.0 – Fratura de escafoide (suspeita)	15
S62.0 – Fratura de escafoide (confirmada)	60
S62.3 – Fratura de metacarpiano	30
S62.6 – Fratura de falanges	15
S63.1 – Luxação de dedos da mão	15
S63.5 – Entorse de punho	7
S72.0 – Fratura de colo do fêmur	90
S72.8 – Fratura de supra condiliana de fêmur	60
S73.0 – Luxação de quadril	30
S82.0 – Fratura de rótula:	30
S82.1 – Fratura de platô tibial	45
S82.2 / S82.3 – Fratura de tíbia	60
S82.4 – Fratura isolada da fíbula	30
S82.5 / S82.6 – Fratura de maléolo	30

S83 – Entorse de joelho	10
S92.0 – Fratura de calcâneo	60
S92.2 – Fratura de ossos do tarso	30
S92.5 – Fratura de pododáctilos	15
S93 – Entorse de tornozelo	12
S93.0 – Luxação Tibiotarsica (tornozelo):	60
Z01.8 – Artroscopia diagnóstica	7
Z01.8 – Artroscopia para reparação ligamentar	60
Z01.8 – Artroscopia (para outros procedimentos)	30
Z54 – Artroplastias	90
Z54 – Tenólise	15
Z54.0 + G56.0 – Cirurgia por Síndrome do túnel do carpo	30
Z54.0 + K07.1 – Correção de prognatismo e retrognatismo mandibular	45
Z54.0 + M20.1 – Cirurgia para correção de joanete (halux valgo)	45
Z54.0 + M50 a 51 – Laminectomia (hérnia de disco)	90
Z54.0 + M71.3 – Retirada de cisto sinovial de punho	15
Z54.0 + S02.4 – Fratura de ossos malares e maxilares	30
Z54.0 + S02.6 – Fratura de mandíbula	30
Z54.0 + S12.9 / S22.0 / S32.0 – Fratura da coluna lombar / cervical)	90
Z54.0 + S32.8 – Fratura de bacia	60
Z54.0 + S42.0 – Fratura de clavícula	45
Z54.0 + S43 – Luxação rescidivante de ombro	60
Z54.0 + S46 – Tenorrafia do ombro	60
Z54.0 + S52.0 – Fratura de cotovelo	60
Z54.0 + S52.5 – Fratura de Colles	45
Z54.0 + S52.5 – Fratura de úmero	60
Z54.0 + S62.0 – Fratura de escafoide	60
Z54.0 + S62.3 – Fratura de metacarpianos	45
Z54.0 + S63.3 – Tenorrafia do punho e da mão	40
Z54.0 + S72.0 – Fratura de quadril / colo de fêmur	90
Z54.0 + S82 / S83 – Artroscopia do joelho (outras)	30
Z54.0 + S82.0 – Cirurgia da rótula com osteossintese	45
Z54.0 + S82.1 – Fratura de platô tibial	90
Z54.0 + S83 – Artroscopia do joelho (para correção de ruptura de ligamento)	60
Z54.0 + S83 – Tenorrafia aberta de ligamentos do joelho	60
Z54.0 + S83.0 – Realinhamento de patela	45
Z54.0 + S83.4 – Correção de ligamentos colaterais do joelho (aberta)	90
Z54.0 + S83.5 – Correção do ligamento cruzado anterior (aberta)	90
Z54.0 + S86.0 – Tenorrafia do tendão de Aquiles	90
Z54.0 + S92.0 – Fratura de calcâneo / talus	90
Z54.0 + S92.3 – Fratura de metatarsianos	30
Z54.0 + T12 – Osteossintese de fêmur/tíbia	90
Fraturas expostas de ossos em extremidades	30
Fraturas expostas de ossos longos	90

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.14 – PSQUIATRIA</b>	
F00 a F09 – Transtornos mentais orgânicos sintomáticos	30
F10 a F19 (.0 até .2) – Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa: intoxicação aguda	3
F10 a F19 (.3 até .9) – Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa	15
F20 a F29 – Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	30
F30 a F39 – Transtornos de humor (afetivos)	20 a 30
F40 a F48 – Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes	10 a 20
F50 a F59 – Síndromes comportamentais associados a perturbações fisiológicas e fatores físicos	20 a 30
F60 a F69 – Transtorno de personalidade e de comportamento	20

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.15 – UROLOGIA – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
N00 a N03 – Glomerulonefrite	20
N04 – Síndrome nefrótica	60
N10 a N16 – Pielonefrite	10
N13 – Uropatia obstrutiva e por refluxo	7
N17 – Insuficiência renal aguda	90
N18 – Insuficiência renal crônica	90
N20 – Calculose renal	7
N30 – Cistite	3
N34 – Uretrites	3
N40 – Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstrutiva)	10
N41.0 – Prostatite aguda	7
N45 – Orquite e epididimite	7
Z54.0 + Q54 – Cirurgia para correção de hipospádia no adulto	30
Z54.0 + C67 – Cistectomia	90
Z54.0 + N21.0 – Cistolitotomia	45
Z13.9 – Cistoscopia diagnóstica	2
Z43 + N35 – Dilatação uretral	2
Z54.0 + N43 – Hidrocelectomia	15
Z54.0 + N20 a N23 – Litotripsia	5 a 7
Z54.0 – Nefrectomia	60
Z54.0 + N20 a 23 – Nefrolitotomia	60
Z54.0 + N28.8 – Nefropexia	30
Z54.0 + C62 a 63 – Orquiectomia	15
Z54.0 + N47 – Postectomia no adulto	7
Z54.0 – Prostatectomia convencional	30
Z54.0 – Prostatectomia transvesical	45
Z54.0 – Ressecção transuretral de próstata	30
Z54.0 – Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos)	10
Z54.0 + N20 a N23 – Retirada de cálculo por via endoscópica	7
Z54.0 + N44 – Torção de testículo	15
Z54.0 + N29.8 – Ureterocistoplastia	40
Z54.0 + N20.1 – Ureterolitotomia	60
Z54.0 + N35 – Uretrotomia interna (estenose de uretra)	30
Z54.0 + I86.1 – Varicocelectomia	20
Z41 – Vasectomia	3

Doença (CID 10)	Número de dias
<b>3.16 – VASCULAR – DOENÇAS E PROCEDIMENTOS</b>	
A46 – Erisipela bolhosa	15
A46 – Erisipela simples	10
I80.0 – Tromboflebite de veias superficiais dos membros inferiores	15
I80.2 – Trombose venosa profunda dos membros inferiores	30
I89.0 – Linfedema	15
L97 – Úlcera de estase	20
Z54 – Escleroterapia	0
Z54.0 + I73 – Revascularização de membros inferiores	60
Z54.0 + I83 – Cirurgia de varizes com anestesia local	3
Z54.0 + I83 – Cirurgia de varizes com raqui ou peridural	7
Z54.0 + I83 – Cirurgia de varizes com safenectomia	30
Z54.0 + I83 – Cirurgia de varizes sem safenectomia em atividades com esforço ou ortostatismo prolongado	15
Z54.0 + I83 – Cirurgia de varizes sem safenectomia em atividades sem esforço	10
Z89.9 – Amputação	90

## **4. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE LICENÇA MÉDICA EM ACIDENTE DO TRABALHO E DOENÇA PROFISSIONAL (ARTIGOS 160 e 161 DA LEI MUNICIPAL Nº 8.989/1979)**

### **4.1. ACIDENTE DE TRABALHO**

O Art. 19 da Lei de Benefícios da Previdência Social – Lei nº 8.213/1991 e o Decreto Federal nº 3.048 de 06/05/1999, estabelecem que o Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o segurado empregado, que provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

São considerados acidentes do trabalho aqueles 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, contribuiu 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.
5. Ato de imprudência, negligência ou imperícia de companheiro de trabalho.
6. Ordem ou execução de serviço, sob autoridade da empresa.
7. 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.

A perícia médica considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar ocorrência de nexos técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade do servidor e a entidade mórbida motivadora da incapacidade elencada na Classificação Internacional de Doenças (CID).

O Acidente de Trabalho deverá ser comunicado imediatamente, pelo acidentado ou qualquer pessoa que dele tiver conhecimento, à chefia imediata do servidor vitimado.

A emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho deverá ser realizada pela unidade de gestão de pessoas no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

O servidor deverá apresentar por ocasião da perícia médica, o prontuário e demais documentos relativos ao atendimento médico pelo qual passar logo após o acidente, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

De maneira geral as diretrizes para a concessão de licença médica por Acidente do Trabalho seguem as diretrizes para licença médica (Item 3 do presente documento) no que diz respeito aos dias possíveis de concessão. As diferenças são regidas por peculiaridades no que se refere a datas de alta e reavaliações.

A critério médico pericial, poderá ser solicitado um relatório emitido pela chefia do servidor com descrição das atividades e tarefas desenvolvidas na ocasião do acidente/doença do trabalho.

### **4.2. ACIDENTE DE TRAJETO**

O Acidente de trajeto é aquele ocorrido durante trajeto percorrido a serviço da Administração Pública ou entre a residência e o local de prestação de serviços desde que não haja alteração ou interrupção por motivo alheio ao trabalho.

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

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

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

#### **4.3. CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA DO TRABALHO**

A doença profissional é a produzida pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade.

A Doença do trabalho é a adquirida em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.

Não são consideradas como doenças do trabalho:

1. Doenças degenerativas.
2. Doenças inerentes ao grupo etário.
3. As doenças que não produzem incapacidade laborativa;
4. As doenças endêmicas, em regiões onde ela se desenvolve.

Para a avaliação da 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. CAT devidamente preenchida e assinada.
3. Descrição pela sua chefia imediata do rol de atividades realizadas na função. Em caso de desvio de função, será necessária autorização assinada pela chefia.
4. Original e cópia dos exames que subsidiam o pedido.
5. Relatório médico da (s) alegadas patologia (s).

Os documentos acima elencados deverão ser encaminhados para COGESS – Acidente do Trabalho/Doença do Trabalho, via SEI para SEGES/COGESS/DPM/AT-DT.

A documentação será avaliada e, caso seja necessário, será solicitada uma perícia técnica no ambiente e rotinas de trabalho do servidor.

Após a análise prévia pertinente ao caso, o servidor será convocado pelo Diário Oficial da Cidade de São Paulo (DOC) para uma perícia médica presencial na COGESS.

No dia da perícia é imprescindível que o servidor compareça com: a CAT devidamente preenchida e impressa, que devem estar assinadas pela chefia e pelo servidor; o documento de identificação com foto; o último holerite e, subsídios médicos.

A critério médico pericial poderá ser solicitado um relatório emitido pela chefia do servidor com descrição das atividades e tarefas desenvolvidas na ocasião do acidente/doença do trabalho.

Em caso de Assédio Moral, com comprometimento da saúde do servidor, o processo de doença profissional iniciará com a conclusão positiva do processo administrativo de caracterização de assédio, que deve estar incluído na documentação inicial enviada à COGESS. Caso o servidor necessite de afastamento médico, ele deverá solicitar na sua unidade o agendamento de Licença Médica pelo artigo 143 (LM143). Ao final do processo, caso a Doença do Trabalho (DT) seja caracterizada, as LM143 relacionadas à patologia, serão transformadas para o artigo 160 pelo próprio Setor de Acidente do Trabalho/Doença do Trabalho da COGESS.

## 5. PROTOCOLOS TÉCNICOS PARA READAPTAÇÃO FUNCIONAL

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

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

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

Quanto ao direito à Readaptação Funcional, nos termos do disposto no artigo 19 do ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS e artigos 69 e 70 do Decreto Municipal nº 58.225/2018, seguem os critérios para a concessão do benefício:

Têm direito à Readaptação Funcional (RF) os servidores vinculados ao Regime Próprio da Previdência Social - RPPS

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

O servidor poderá solicitar à própria unidade de Gestão de Pessoas a que estiver vinculado uma análise pericial para Readaptação Funcional Inicial ou Prorrogação, Complementação de Laudo para Acessibilidade ou inclusão de CIDs, Cessaçãõ da Readaptação Funcional de Função, que passarão a constar no laudo, desde que recomendado pelo médico assistencialista e ratificado pelo médico perito da COGESS.

No Laudo Médico deverão constar as restrições, com as seguintes informações:

1. Temporalidade
2. Se o comprometimento é parcial e definitivo ou parcial e temporário.
3. As limitações de suas atividades e das condições ambientais, dos contatos com produtos químicos em geral (líquidos, sólidos ou gasosos), dos riscos biológicos se for o caso.
4. A necessidade de Acessibilidade se for o caso.

A readaptação ou restrição funcional por doença comum ou por acidente de trabalho poderá ser concedida de forma documental (administrativa), realizada e homologada pela Chefia da readaptação funcional, acatando o parecer do médico especialista ou de juntas de peritos da COGESS.

A readaptação funcional/restrição de função além do laudo único poderá ser também concedida como duplo ou triplo.

O laudo duplo é concedido quando o servidor apresentar um laudo definitivo e um laudo temporário; ou um laudo definitivo e um laudo por acidente ou doença do trabalho ou um laudo temporário e um laudo cessado.

O laudo triplo é concedido quando o servidor apresentar um laudo definitivo, um laudo temporário e um laudo por acidente ou doença do trabalho.



## 6. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE TOTAL E PERMANENTE

Os conceitos básicos utilizados para avaliação da capacidade laborativa no estudo de Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente são:

1. Incapacidade laborativa: é a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente. A presença de doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que importa é a sua repercussão no desempenho das atividades laborais.
2. Incapacidade Total e Permanente total 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.
3. 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 será utilizado como um dos subsídios para confirmação diagnóstica, cabendo à Junta Médica a decisão final e emissão do Laudo Médico.
4. Sempre que surgir algum fato novo, o servidor aposentado poderá ser convocado e reavaliado para a manutenção ou cessação do benefício.

As patologias descritas a seguir poderão culminar potencialmente, mas não necessariamente, em aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente.

### 6.1. TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.

1. F00 - Demência na doença de Alzheimer (G30) com evolução mínima de 01 ano desfavorável
2. F01 – Demência vascular com evolução mínima de 01 ano desfavorável
3. F02 – Demência em outras doenças classificadas em outra parte com evolução mínima de 01 ano desfavorável
4. F03 – Demência não especificada com evolução mínima de 01 ano desfavorável
5. F04 – Síndrome amnésica orgânica não induzida por álcool e outra substância psicoativa com evolução mínima de 01 ano desfavorável
6. F06 – Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física com evolução mínima de 01 ano desfavorável
7. F07 – Transtornos de personalidade e comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais com evolução mínima de 01 ano desfavorável.
8. F10-F19 – Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa com evolução mínima de 01 ano desfavorável.
9. F10. 5 – Transtorno psicótico com evolução mínima de 01 ano desfavorável
- 10.F10. 6 – Síndrome amnésica com evolução mínima de 01 ano desfavorável
- 11.F10. 7 – Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia com evolução mínima de 01 ano desfavorável.
- 12.F20 – Esquizofrenia com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 13.F21 – Transtorno esquizotípico com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 14.F22 - Transtornos delirantes persistentes com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 15.F25 -Transtornos esquizoafetivos com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 16.F31 – Transtorno afetivo bipolar com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 17.F32 - Episódios depressivos com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 18.F33 - Transtorno depressivo recorrente com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 19.F34 – Transtornos do humor (afetivos) persistentes com evolução mínima de 02 anos desfavorável.

- 20.F39 - Transtornos do humor (afetivo) não especificado com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 21.F40 – Transtornos fóbico-ansiosos com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 22.F41 - Outros transtornos ansiosos com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 23.F42 – Transtornos obsessivos compulsivos com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 24.F44 - Transtornos dissociativos com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 25.F45 – Transtornos somatoformes com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 26.F48 – Outros transtornos neuróticos com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 27.F50 – Transtornos alimentares com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 28.F60 – Transtornos específicos da personalidade com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 29.F61 - Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 30.F62 - Transtornos duradouros da personalidade não atribuíveis à lesão ou doença cerebral com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 31.F63 - Transtornos dos hábitos e dos impulsos com evolução mínima de 02 anos desfavorável.
- 32.F70 - Retardo mental leve com evolução mínima de 02 anos desfavorável.

#### **OBSERVAÇÕES:**

- a) Poderão ser solicitados exames complementares 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: Eletroencefalograma, Exames de Imagem, Testes de Personalidade e Testes Neuropsicológicos.
- b) São critérios de gravidade para Transtornos Mentais e Comportamentais:
1. O histórico de internações psiquiátricas.
  2. Histórico de tentativas de suicídio.
  3. Histórico de envolvimento forense por comportamentos disruptivos, antissociais ou heteroagressividade.
  4. Quadro refratário aos tratamentos preconizados.
  5. Nos casos de patologias demenciais ou quadros psicóticos, a critério da Junta Médica e conforme o caso específico, poderá ser incluído no Laudo Médico o termo “Alienação mental” para fins de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

#### **6.2. DOENÇAS CARDIOLÓGICAS**

Na inspeção pericial a Junta Médica deverá 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.

As seguintes condições clínicas podem levar à aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente total e permanente:

1. 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.
2. 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.
3. 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.

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

5. 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.

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

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

#### **OBSERVAÇÕES:**

a) Poderão ser solicitados exames complementares sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial. Constituem exames complementares em Cardiologia todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: ECG, Radiografia de Tórax, Ecocardiograma, Cineangiocoronariografia, Provas de estresse, Holter e Exames de Bioquímica Sanguínea, de acordo com a síndrome cardiológica em questão.

b) Nos casos de cardiopatias que se enquadrem com graves deverá ser incluído no Laudo Médico o termo “Cardiopatía grave” para fins de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

#### **6.3. DOENÇAS DO SISTEMA VASCULAR**

As doenças do sistema vascular que podem levar à Aposentadoria por Incapacidade 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.

#### **OBSERVAÇÃO:**

Poderão ser solicitados exames complementares sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial. Constituem exames complementares em Cirurgia Vascular todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: Doppler arterial ou venoso, arteriografia, aortografia e venografia.

#### **6.4. DOENÇAS OSTEOMUSCULARES**

As doenças do sistema osteomuscular, do tecido conjuntivo e as doenças com repercussão no aparelho locomotor que podem levar à Incapacidade Total e Permanente por limitação funcional total e definitiva para o desempenho da função são as seguintes:

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

#### **OBSERVAÇÃO:**

Poderão ser solicitados exames complementares sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial. Constituem exames complementares em Ortopedia todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: exames de imagem e exames laboratoriais.

#### **6.5. DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS**

Na inspeção pericial a Junta Médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e utilizar-se de 02 escalas oftalmológicas:

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

A acuidade visual, para fins do presente Protocolo, pode ser definida como:

1. Visão subnormal: aquele indivíduo que possui acuidade visual entre 6/60 (0,1) e 18/60(0,3) no melhor olho e/ ou um campo visual entre 20° e 50°, com a melhor correção óptica.
2. Cegueira parcial ou legal ou Profissional: indivíduos apenas capazes de contar dedos à curta distância e os que só percebem vultos, com a melhor correção óptica. Incluímos ainda nesta categoria os indivíduos que tem Percepção luminosa (distingue entre claro e escuro) e Projeção luminosa (capaz de identificar também a direção de onde provém a luz).
3. 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) A visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos.
  - b) 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).
4. Cegueira legal: definida como “acuidade visual central de 20/200 ou menos, no melhor olho, com lentes corretivas ou acuidade visual central maior do que 20/200 caso exista um defeito de campo visual no qual o campo periférico seja de forma que o diâmetro maior do campo visual atinja uma distância angular menor que 20 graus no melhor olho” – Scholl, 1986.

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 oculomotoras.

#### **OBSERVAÇÕES:**

- a) Os servidores ingressos pela Lei Municipal nº 13.398/2002 estão excluídos dos critérios acima, exceto se houver agravamento ou complicações a serem avaliados individualmente.
- b) Serão considerados casos de Aposentadoria por Incapacidade 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.
- c) Poderão ser solicitados exames complementares sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial. Constituem exames complementares em Oftalmologia todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: exame de Campo Visual, Retinografia, Fundo de Olho, Ecografias oculares, USG, RNM, e outros que se fizerem necessários.
- d) Nos casos em que se caracterizar cegueira legal deverá ser incluído do texto do Laudo Médico o termo “Cegueira” para fins de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de Renda).

#### **6.6. SINDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (SIDA OU AIDS) DECORRENTE DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)**

SIDA ou AIDS é uma Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pode ser avaliada utilizando-se basicamente as informações constantes do relatório do médico assistente, tais como, diagnósticos clínicos atuais e progressos, resultados dos exames laboratoriais recentes, inclusive contagem de CD4 (o número de linfócitos T- helpers) e CV (carga viral). Seguem os critérios a serem considerados para a conclusão pericial:

1. Carga viral (cv):
  - a)  $cv < 10.000/ml$  – baixo risco de progressão ou de piora da doença.
  - b)  $cv$  entre 10.000 e 1000.000/ml, risco moderado de progressão ou piora da doença.
  - c)  $cv > 1000.000/ml$ , alto risco de progressão ou piora da doença.
2. Contagem de CD4:
  - d)  $CD4 > 500$  células/mm<sup>3</sup>, estágio da infecção pelo HIV com baixo risco de doença.
  - e)  $CD4$  entre 200 e 500 células/mm<sup>3</sup>, risco moderado de desenvolvimento de doenças oportunistas.
  - f)  $CD4$  entre 50 e 200 células/mm<sup>3</sup>, risco alto de aparecimento de doenças oportunistas.
  - g)  $CD4 < 50$  células/mm<sup>3</sup>, estágio grave.
3. Ocorrências de manifestações clínicas relevantes anteriores com informação acerca da data em que ocorreu e possíveis sequelas.
4. Terapêutica instituída e aderência ao tratamento.
5. Presença de outros fatores clínicos e psicossociais complementares e agravantes do quadro de imunodeficiência do servidor.
6. Dados objetivos do exame clínico do servidor.

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

### OBSERVAÇÕES:

- a) Poderão ser solicitados exames complementares sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial. Constituem exames complementares todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como CV e CD4 e os que dependem das patologias correlatas.
- b) Quando a patologia em tela levar à aposentadoria, deverá ser incluído no Laudo Médico o termo “SIDA” para fins de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de Renda).

### 6.7. DOENÇAS HEPÁTICAS

As doenças hepáticas que mais frequentemente levam à Incapacidade Total e Permanente são:

#### 1. As Hepatites:

a) 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).

b) 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 consequente desorganização da arquitetura lobular e vascular do órgão. É a consequência de uma resposta permanente de ferida - cicatrização à agressão hepática crônica induzida por toxinas, infecção viral crônica, colestase e distúrbios metabólicos. O potencial cancerígeno deve ser levado em consideração nos pacientes portadores de cirrose hepática.

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 (acúmulo de líquido na cavidade 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.

A gravidade de uma Hepatopatia crônica pode ser aferida através do Índice de CHILD-PUGH-TURGOTTE, que resulta de dados clínicos (anamnese e exame físico). São consideradas Hepatopatias graves aquelas cujo escore do Índice de CHILD-PUGH-TURGOTTE seja B ou C.

Segue a classificação do INDICE DE CHILD-PUGH-TURGOTTE:

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

As patologias Colangite Esclerosante Primária (CEP) e Cirrose Biliar Primária (CBP) cursam com altos níveis de bilirrubinas conjugadas, cabendo o acréscimo de mais um item no resultado final do INDICE DE CHILD-PUGH-TURGOTTE, descrito a seguir:

Pontos atribuídos	1	2	3
Para doenças colestáticas	< 4	4 a 10	> 10



A pontuação obtida dos itens acima será classificada do seguinte modo:

Classificação	Pontuação
Child A	5 ou 6
Child B	7 a 10
Child C	> 10

#### **OBSERVAÇÕES:**

- a) Poderão ser solicitados exames complementares (provas de função hepática) sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial.
- b) Nos casos de doenças hepáticas que se enquadrem como graves deverá ser incluído no Laudo Médico o termo “Hepatopatia grave” para fins de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

#### **6.8. NEOPLASIAS MALIGNAS**

Serão consideradas Neoplasias as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID10), de C00 a D48.

Na inspeção pericial, para a tomada de decisão, a Junta Médica levará em consideração os parâmetros clínicos, o grau de diferenciação das células tumorais, o grau de proliferação da neoplasia, a presença de invasão vascular e linfática, o estadiamento, a resposta aos tratamentos, a fase em que o tratamento se encontra, o prognóstico, os exames complementares e os conceitos técnicos atualizados.

Poderão ser solicitados exames complementares sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial.

Nos casos de neoplasias malignas que se enquadrem como graves deverá ser incluído no Laudo Médico o termo “Neoplasia Maligna” e o tempo de vigência para fins de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

##### 1. Conceitos:

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

a) Grau de diferenciação celular ou graduação histológica, considerando que quanto menos diferenciadas são as células neoplásicas, mais agressiva será a neoplasia.

- ✓ Grau X – o grau de diferenciação não pode ser avaliado
- ✓ Grau 1 – bem diferenciado;
- ✓ Grau 2 – moderadamente diferenciado;
- ✓ Grau 3 – pouco diferenciado;
- ✓ Grau 4 – não diferenciado;

b) Grau de proliferação celular, considerando que quanto mais proliferativa a neoplasia pior o seu prognóstico.

c) Grau de invasão vascular e linfática, considerando que, quando há evidências de invasão vascular ou linfática, pior é o prognóstico.

d) Estadiamento clínico e/ou cirúrgico. O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. A prática de classificar os casos de neoplasias em grupos, de acordo com os chamados “estádios”, se deve ao fato de que as taxas de sobrevida são maiores para os casos em que a doença está localizada em relação àqueles em que a doença havia se estendido além do órgão de origem.

O sistema TNM baseia-se:

T – na extensão anatômica do tumor primário

N – na ausência ou presença e na extensão de metástases nos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza

M – na presença ou ausência de metástases à distância

Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente.

e) Resposta à terapêutica específica, quanto mais favorável melhor o prognóstico;

2. Critérios e condições a serem avaliados para fins de caracterização de Incapacidade Total e Permanente em servidores portadores de neoplasias:

- a) Localização da neoplasia primária e/ou de suas metástases,
- b) Presença de neoplasia com mau prognóstico em curto prazo,
- c) Diagnóstico de neoplasias malignas incuráveis comprometedoras de sua capacidade laborativa,
- d) Condição de Incapacidade Total e Permanente decorrente de sequelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna,
- e) Evidências de recidiva ou metástase de neoplasia maligna,
- f) Estatística de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia,
- g) Tipo e respostas aos tratamentos instituídos,
- h) Estadiamento específico para o tipo de neoplasia apresentada.

#### **OBSERVAÇÕES:**

Segundo o Sistema TMN as neoplasias podem ser Classificadas conforme segue:

Estágio 0	Tis (Tumor <i>in situ</i> ), N0, M0.
Estágio IA	T1, N0, M0.
Estágio IB	T0 ou T1, N1mi, M0.
Estágio IIA	T0 ou T1, N1 (mas, não N1mi), M0; T2, N0, M0.
Estágio IIB	T2, N1, M0; T3, N0, M0.
Estágio IIIA	T0 a T2, N2, M0; T3, N1 ou N2, M0.
Estágio IIIB	T4, N0 a N2, M0.
Estágio IIIC	Qualquer T, N3, M0.
Estágio IV	Qualquer T, qualquer N, M1.

(Fonte: American Cancer Society (18/08/2016))

#### **6.8.1 – Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente – Neoplasia de Mama**

Critérios e condições a serem avaliados para fins de caracterização de Incapacidade Total e Permanente em servidores portadores de neoplasias de Mama:

- O Estágio da doença:
  - ✓ Estágio I a II: não há indicação de Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente
  - ✓ Estágio III: a critério da Junta Médica, conforme os demais fatores de prognóstico
  - ✓ Estágio IV: há indicação de Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente.
- O tempo de evolução da doença
- O grau de comprometimento da capacidade laborativa



- O tipo e local de trabalho.
- Casos de diagnóstico fechado, neoplasia disseminada, inoperável – há indicação de Aposentadoria independente do tempo de evolução.

#### 6.8.2 – Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente – Neoplasia Gástrica

Critérios e condições a serem avaliados para fins de caracterização de Incapacidade Total e Permanente em servidores portadores de neoplasias gástricas:

- O Estágio da doença:
  - ✓ Estágio I a II: não há indicação de Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente
  - ✓ Estágio III: a critério da Junta Médica, conforme os demais fatores de prognóstico
  - ✓ Estágio IV: há indicação de Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente.
- O tempo de evolução da doença
- O grau de comprometimento da capacidade laborativa
- O tipo e local de trabalho do servidor.
- Para os casos de diagnóstico fechado, neoplasia disseminada, inoperável – há indicação de Aposentadoria independente do tempo de evolução.

#### 6.8.3 – Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente – Neoplasia de Próstata

Critérios e condições a serem avaliados para fins de caracterização de Incapacidade Total e Permanente em servidores portadores de neoplasias de próstata:

- Estágio da doença, conforme classificação pelo Sistema TNM:
  - ✓ Estágio I a II: não há indicação de Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente
  - ✓ Estágio III: a critério da Junta Médica, conforme os demais fatores de prognóstico
  - ✓ Estágio IV: há indicação de Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente.
- Escala de Gleason para avaliação do grau de diferenciação das células neoplásicas, considerando que quanto maior a diferenciação melhor o prognóstico:

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

- Níveis do Antígeno Prostático Específico (PSA) e sua evolução ao longo do tempo.
- Tempo de evolução da doença.
- Grau de comprometimento da capacidade laborativa.
- Tipo e local de trabalho.
- Para os casos de diagnóstico fechado, neoplasia disseminada, inoperável – há indicação de Aposentadoria independente do tempo de evolução.

#### 6.8.4 – Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente – Neoplasias benignas ou neoplasias de comportamento incerto.

Critérios e condições a serem avaliados para fins de caracterização de Incapacidade Total e Permanente em servidores portadores de neoplasias benignas ou de comportamento incerto:

1. Local de acometimento.
2. Sequelas decorrentes da própria patologia.
3. Sequelas decorrentes dos tratamentos instituídos.
4. Presença de recidiva local.
5. Tempo de evolução da doença.
6. Grau de comprometimento da capacidade laborativa.
7. Tipo e local de trabalho.

## 6.9. DOENÇAS NEUROLÓGICAS

A Junta Médica poderá exigir exames complementares sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes para firmar o diagnóstico. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: tomografia, RX, eletroneuromiografia, ressonância magnética e angiografia.

As patologias e sequelas neurológicas que podem levar a aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente total e permanente são:

### 6.9.1 – Demências

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

Várias patologias neurológicas podem levar um indivíduo ao quadro de demência. Entre elas, as mais frequentes são:

1. Demência de Alzheimer.
2. Doença de Parkinson.
3. Demência Vascular.
4. Demência devido à ingestão tóxica.
5. Demência devido à infecção.
6. Demência devido à doença orgânica.

Os Critérios e condições a serem avaliados para fins de caracterização de Incapacidade Total e Permanente em servidores portadores de Demência são:

1. Grau de comprometimento das funções intelectuais cognitivas;
2. Persistência e a evolução da demência;
3. Resposta aos meios habituais de tratamento;
4. Presença de alterações significativas da personalidade;
5. Comprometimento grave do juízo de valor de realidade, com deterioração da autoestima e do pragmatismo.

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

### 6.9.2 – Paralisia Irreversível e Incapacitante.

Na elaboração do Laudo Médico, a Junta deverá especificar os diagnósticos etiológicos e sindrômicos, caracterizando como condição indispensável o caráter definitivo e permanente da lesão.

A Junta Médica poderá exigir exames complementares sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes para firmar o diagnóstico. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: tomografia, RX, eletroneuromiografia, ressonância magnética e angiografia.

Para efeitos de aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente serão considerados portadores de paralisia irreversível e incapacitantes aqueles que apresentarem um mais dos critérios abaixo elencados:

1. 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.
2. Abolição das funções sensoriais, na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas, caracterizando a paralisia funcional.

3. Lesões osteomusculoarticulares 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.
4. As paresias podem ser 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. Entendem-se como paresias aquelas alterações em que ocorre perda da função motora (leve ou moderada) como diferenciado de paralisia que é a perda total.
5. 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.
6. As sequelas motoras de Acidente Vascular Cerebral (AVC) só serão consideradas como Paralisia Irreversível e Incapacitante, depois de transcorrido 01 ano ou na dependência de avaliação clínica com prognóstico fechado.
7. 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 Incapacidade Total e Permanente total e permanente para o trabalho.

Nos casos de patologias que gerem plegias ou paresias extensas, o Laudo Médico deverá conter o termo “Paralisia Irreversível e incapacitante” para fim de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de Renda). Nas demais patologias, satisfeitos os critérios para tal, o Laudo Médico deverá conter, entre parênteses, a declaração do termo “Paralisia irreversível e incapacitante” ou “equivalente à Paralisia irreversível e incapacitante”.

#### 6.10. NEFROPATIAS

A Junta Médica poderá exigir exames complementares sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes para firmar o diagnóstico. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: provas de função renal, exames anatomopatológicos e exames de imagens.

Nos casos de aposentadorias por patologias renais graves o Laudo Médico deverá conter o termo “Nefropatia grave” para fim de enquadramento legal nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda. (Vide o capítulo dedicado à Isenção de Imposto de renda).

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

O grau de insuficiência renal decorrente das nefropatias pode ser classificado como segue:

Grau	Classe	Parâmetros
Insuficiência Renal Leve	Classe I	- filtração glomerular maior que 50 mls/min. - creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%;
Insuficiência Renal Moderada	Classe II	- filtração glomerular entre 20 e 50 mls/min - creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%
Insuficiência Renal Severa	Classe III	- filtração glomerular inferior a 20 ml/min - creatinina sérica acima de 3.5mgs%

1. Serão enquadradas como nefropatias graves aquelas que cursarem com Insuficiência Renal moderada - classe II se quando acompanhadas de sinais e sintomas que determinam a incapacidade laborativa do servidor, podendo levar à aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente.
2. Serão enquadradas como Nefropatias Graves aquelas que cursarem com Insuficiência Renal severa – classe III. Nestes casos há indicação de aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente.
3. As nefropatias com Insuficiência Renal, classe I, deverão ser reavaliadas sobre o tratamento e capacidade laborativa no prazo de 01 ano.
4. As nefropatias dialíticas são enquadradas como Nefropatia Grave com indicação de aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente.

Os principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir nefropatias graves:

1. Glomeronefrites crônicas.
2. Vasculites.
3. Nefropatias diabética e hipertensiva, por irradiação, obstrutiva e hereditária.
4. Amiloidose renal.
5. Neoplasias.
6. Necroses (medular ou difusa).
7. Pielonefrite crônica.
8. Obstrução arterial e/ ou venosa grave.
9. Nefrite intersticial crônica.

## 7. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE PENSÃO MENSAL

Pensão mensal por morte do servidor poderá ser concedida aos beneficiários de servidor falecido que não consigam prover sua subsistência por razões de saúde da qual decorra a condição de Incapacidade Total e Permanente.

As condições que habilitam o recebimento de Pensão Mensal por morte (Incapacidade Total e Permanente) têm de estarem presentes, obrigatoriamente, no momento anterior à morte do segurado.

A avaliação da condição de Incapacidade Total e Permanente deverá ser realizada por Junta Médica pericial, atendendo aos mesmos preceitos estabelecidos pelos protocolos empregados para concessão de aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente.

Nos termos da Lei Municipal nº 15.080/2009, são considerados beneficiários potenciais:

1. Cônjuge, o companheiro ou companheira (pessoa que, sem ser casada, mantém união estável com o segurado ou segurada, de acordo com o estabelecido no parágrafo 3º do artigo 226 da Constituição Federal).
2. Filho ou filha não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido - enteado e o menor tutelado equiparam-se aos filhos do segurado desde que comprovada dependência econômica.
3. Pais.
4. Irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido.

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

## 8. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE SALÁRIO FAMÍLIA

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

São considerados alimentários:

1. Filho legítimo ou adotivo.
2. Enteadado.
3. Menor sob tutela ou guarda do servidor ou inativo, até 14 anos.
4. Filho ou alimentário, independentemente de limite de idade, se apresentar Incapacidade Total e Permanente de qualquer natureza, pericialmente comprovada.

As condições que habilitam a concessão de Salário-família serão atestadas por Laudo Médico emitido por Junta Médica pericial declarando a existência de Incapacidade Total e Permanente anterior aos dezoito anos, obedecendo-se os mesmos critérios estabelecidos nos Protocolos para Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente.

Protocolos Técnicos COGESS 2022

## 9. PROTOCOLOS TÉCNICOS DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

As pessoas portadoras de doenças elencadas na legislação (Leis Federais, 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), são isentas do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (IRPF) desde que se enquadrem cumulativamente nas seguintes situações:

1. AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
2. Alienação Mental
3. Cardiopatia Grave
4. Cegueira (inclusive monocular)
5. Contaminação por Radiação
6. Doença de Paget em estados avançados (Osteíte Deformante)
7. Doença de Parkinson
8. Esclerose Múltipla
9. Espondiloartrose Anquilosante
10. Fibrose Cística (Mucoviscidose)
11. Hanseníase
12. Nefropatia Grave
13. Hepatopatia Grave
14. Neoplasia Maligna
15. Paralisia Irreversível e Incapacitante
16. Tuberculose Ativa
17. Aposentadoria por Incapacidade Total e Permanente decorrente de Acidente de Trabalho
18. Doença Profissional

À luz da supracitada legislação, o benefício da isenção de incidência de imposto de renda sobre rendimentos poderá ser aplicado a interessado portador de moléstia elencada no texto das referidas leis e comprovada mediante Laudo Médico pericial emitido por serviço médico oficial, com prazo de validade fixo, no caso de moléstias passíveis de controle, ou em definitivo em casos com patologias de diagnóstico reservado.

No caso desta municipalidade, a Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor – COGESS – é o órgão médico oficial competente para a realização da avaliação e emissão do laudo pericial, conforme competências estabelecidas pelo Decreto Municipal nº 57.775, de 06 de julho de 2017. Seguem as diretrizes específicas para cada uma das patologias acima.

### 9.1. TUBERCULOSE ATIVA

Todos os casos comprovados de tuberculose em atividade devem ser enquadrados para o benefício de isenção de imposto de renda com Laudos Médicos com validade inicial de seis meses. Após o controle da doença, devidamente comprovado pela alta com cura do tratamento ambulatorial, o benefício deverá ser suspenso.

Nos casos nos quais a patologia não está em atividade no momento, porém ocorreu há menos de cinco anos, o Laudo Médico deverá conter o período de tratamento da patologia.

### 9.2. ALIENAÇÃO MENTAL

O conceito de Alienação Mental é jurídico e não psiquiátrico, podendo decorrer em consequência a uma doença psiquiátrica ou neurológica onde ocorra uma deterioração dos processos cognitivos, de caráter transitório ou permanente, de tal forma que o indivíduo acometido se torna incapaz de gerir sua vida social.

O indivíduo alienado mental é incapaz de responder legalmente por seus atos na vida civil e 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.

Sempre que necessário para firmar o diagnóstico e a situação de Alienação Mental poderão ser solicitados exames complementares. Constituem exames complementares no caso de transtornos psiquiátricos e neurológicos, entre outros, os seguintes: EEG, Exames de Neuroimagem, Testes de Personalidade e Testes Neuropsicológicos.

Comprovada a condição de Alienação Mental, o Laudo Médico oficial deve ser emitido em caráter definitivo ou com tempo delimitado em caso de patologias passíveis de melhora, contendo o termo “Alienação mental”.

Os principais Transtornos Mentais e Comportamentais que podem cursar com Alienação Mental e conseqüente direito à Isenção de Imposto de Renda são os seguintes:

1. F00 - Demência na doença de Alzheimer (G30)
2. F01 - Demência vascular
3. F02 - Demência em outras doenças classificadas em outra parte
4. F03 - Demência não especificada
5. F20 - Esquizofrenia.
6. F21 - Transtorno esquizotípico.
7. F22 - Transtornos delirantes persistentes.
8. F25 - Transtornos esquizoafetivos.
9. F70 a F79 - Retardo mental

### **9.3. ESCLEROSE MÚLTIPLA**

Todos os casos comprovados com diagnóstico firmado de Esclerose Múltipla devem ser enquadrados na legislação que embasa o direito à Isenção de Imposto de Renda.

Sempre que necessário para firmar o diagnóstico, poderão ser solicitados exames complementares. O Laudo Médico Oficial deve ser emitido em caráter definitivo contendo o termo “Esclerose Múltipla”.

### **9.4. NEOPLASIA MALIGNA**

Serão consideradas Neoplasias as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID10), de C00 a D48.

Na inspeção pericial, para a tomada de decisão, serão considerados os parâmetros clínicos, o grau de diferenciação das células tumorais, o grau de proliferação da neoplasia, a presença de invasão vascular e linfática, o estadiamento, a resposta aos tratamentos, a fase em que o tratamento se encontra, o prognóstico, os exames complementares e os conceitos técnicos atualizados.

Poderão ser solicitados exames complementares sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial.

Nos casos de neoplasias malignas que se enquadrem como graves deverá ser incluído no Laudo Médico oficial o termo “Neoplasia Maligna” e o tempo de vigência do benefício para fins de enquadramento nas Leis Federais que regulamentam a Isenção de Imposto de Renda.

Os Laudos Médicos oficiais para fins de enquadramento na legislação de isenção de imposto de renda nos casos de portadores de neoplasias malignas terão prazo de validade fixo, no caso das moléstias passíveis de controle, ou em definitivo, em casos com patologias de diagnóstico reservado. Em todos os casos deverá constar no texto do Laudo Médico oficial a data do diagnóstico da Neoplasia Maligna.



Para fins do presente protocolo, o termo NEOPLASIA MALIGNA se refere a um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo. Seu prognóstico é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

1. Grau de diferenciação celular ou graduação histológica, considerando que quanto menos diferenciadas são as células neoplásicas, mais agressiva será a neoplasia.

- ✓ Grau X – o grau de diferenciação não pode ser avaliado.
- ✓ Grau 1 – bem diferenciado.
- ✓ Grau 2 – moderadamente diferenciado.
- ✓ Grau 3 – pouco diferenciado.
- ✓ Grau 4 – não diferenciado.

2. Grau de proliferação celular, considerando que quanto mais proliferativa a neoplasia pior o seu prognóstico.

3. Grau de invasão vascular e linfática, considerando que, quando há evidências de invasão vascular ou linfática, pior é o prognóstico.

4. Estadiamento clínico e/ou cirúrgico. O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. A prática de classificar os casos de neoplasias em grupos, de acordo com os chamados “estádios”, se deve ao fato de que as taxas de sobrevida são maiores para os casos em que a doença está localizada em relação àqueles em que a doença havia se estendido além do órgão de origem.

O sistema TNM baseia-se:

- ✓ T – na extensão anatômica do tumor primário.
- ✓ N – na ausência ou presença e na extensão de metástases nos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza.
- ✓ M – na presença ou ausência de metástases à distância.

Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente.

5. Resposta à terapêutica específica, quanto mais favorável melhor o prognóstico;

As seguintes condições deverão ser avaliados para fins de caracterização de gravidade em servidores portadores de neoplasias:

1. Localização da neoplasia primária e/ou de suas metástases,
2. Presença de neoplasia com mau prognóstico em curto prazo.
3. Diagnóstico de neoplasias malignas incuráveis comprometedoras de sua capacidade laborativa.
4. Condição de Incapacidade Total e Permanente decorrente de sequelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna.
5. Evidências de recidiva ou metástase de neoplasia maligna.
6. Estatística de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.
7. Tipo e respostas aos tratamentos instituídos.
8. Estadiamento específico para o tipo de neoplasia apresentada.

Segundo o Sistema TMN as neoplasias podem ser Classificadas conforme segue:

Estágio 0	Tis (Tumor <i>in situ</i> ), N0, M0.
Estágio IA	T1, N0, M0.
Estágio IB	T0 ou T1, N1mi, M0.
Estágio IIA	T0 ou T1, N1 (mas, não N1mi), M0; T2, N0, M0.
Estágio IIB	T2, N1, M0; T3, N0, M0.
Estágio IIIA	T0 a T2, N2, M0; T3, N1 ou N2, M0.
Estágio IIIB	T4, N0 a N2, M0.
Estágio IIIC	Qualquer T, N3, M0.
Estágio IV	Qualquer T, qualquer N, M1.

(Fonte: American Cancer Society (18/08/2016))

Seguem os critérios a serem utilizados para fins de concessão do benefício de Isenção de Imposto de Renda para portadores de Neoplasia Maligna:

1. Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna e enquadrados na legislação de isenção de imposto de renda durante 10 (dez) anos, aqueles que apresentarem neoplasia restrita ao órgão acometido, sem metástases linfáticas regionais ou à distância, tendo realizado tratamentos cirúrgicos, radioterápicos e/ ou quimioterápico.

2. Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna e enquadrados na legislação de isenção de imposto de renda em caráter definitivo, aqueles que casos em que, além da lesão original, houver metástases em linfonodos regionais e/ ou à distância, independente da data do diagnóstico.

3. Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna e enquadrados na legislação de isenção de imposto de renda em caráter definitivo, aqueles que indivíduos acometidos por mais de uma neoplasia maligna ou com recidiva local da patologia.

4. Para as neoplasias malignas de Próstata serão utilizados além dos critérios acima, o escore da Escala de Gleason e os resultados do valor do PSA (Antígeno Prostático Específico).

✓ Índice de Gleason de 2 a 6: será emitido Laudo Médico oficial favorável à isenção de imposto de renda com validade de 10 (dez) anos a partir da data do diagnóstico.

✓ Índice de Gleason de 07 (sete) ou acima deste: será emitido Laudo Médico oficial favorável à isenção de imposto de renda em caráter definitivo.

✓ PSA: será avaliado levando-se em conta sua variação crescente.

Poderão ser considerados portadores de Neoplasia Maligna os indivíduos portadores de neoplasias de comportamento incerto quando o comportamento da doença for de características malignas como infiltração em órgãos próximos e recidiva local.

5. Não serão considerados portadores de Neoplasia Maligna os indivíduos portadores de neoplasias benignas para fins de concessão do benefício de isenção de imposto de renda.

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

### 9.5. CEGUEIRA E VISÃO MONOCULAR

Na inspeção pericial, além da avaliação do servidor através de anamnese e exame físico, devem ser utilizadas duas escalas oftalmológicas:

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

Serão enquadradas para fins de concessão do benefício de isenção de imposto de renda em caráter definitivo as seguintes situações:

1. Portador de Cegueira parcial ou legal ou Profissional: indivíduos apenas capazes de contar dedos a curta distância e os que só percebem vultos, com a melhor correção óptica. Incluímos ainda nesta categoria os indivíduos que tem Percepção luminosa (distingue entre claro e escuro) e Projeção luminosa (capaz de identificar também a direção de onde provém a luz).
2. Portador de 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).
3. Cegueira legal: definida como “acuidade visual central de 20/200 ou menos, no melhor olho, com lentes corretivas ou acuidade visual central maior do que 20/200 caso exista um defeito de campo visual, no qual o campo periférico seja de forma que o diâmetro maior do campo visual atinja uma distância angular menor que 20 graus no melhor olho” – Scholl, 1986.
4. Cegueira Monocular – definida como a presença de visão normal em um olho e cegueira no olho contralateral – acuidade visual inferior a 20/200 com a melhor correção visual.

Não serão enquadrados para fins de concessão do benefício de isenção de imposto de renda os portadores de visão subnormal, ou seja, os indivíduos com acuidade visual entre 6/60 (0,1) e 18/60(0,3) no melhor olho e/ ou um campo visual entre 20° e 50°, com a melhor correção óptica.

### 9.6. HANSENÍASE

Todas as formas clínicas da patologia Hanseníase serão enquadradas para fins de concessão do benefício de isenção de imposto de renda durante o período de atividade da doença e tratamento.

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

Quanto ao período de vigência do Laudo Médico deverão ser utilizados os critérios elencados a seguir:

1. Forma Virchowiana - enquadramento por dois anos.
2. Dimorfa - enquadramento por dois anos.
3. Indeterminada - enquadramento por um ano.
4. Tuberculóide - enquadramento por um ano.

### 9.7. PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

Para a presente finalidade, considera-se Paralisia como sendo a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, decorrente de interrupção das vias motoras desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular. A abolição das funções sensoriais na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas caracteriza a Paralisia Funcional.

A Paralisia será considerada Irreversível e Incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos das funções sensitiva e/ ou motora levando à incapacidade funcional.

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

Para fins de avaliação pericial, poderão ser exigidos exames complementares sempre que o exame físico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes para o diagnóstico da patologia causadora da paralisia.

Todos os casos comprovados de Paralisia Irreversível e Incapacitante, cujo diagnóstico satisfizes as condições conceituais especificadas acima devem ser enquadrados para o benefício de isenção de imposto de renda com Laudos Médicos em caráter definitivo.

No Laudo Médico deverão estar especificados os diagnósticos etiológicos e sindrômicos, caracterizando como condição indispensável o caráter definitivo, permanente e incapacitante das lesões. Também deverá constar no texto do Laudo Médico, após a declaração dos diagnósticos e entre parênteses, o termo "equivalente à paralisia irreversível e incapacitante", se for o caso.

Os casos de portadores de quadros passíveis de caracterização como paralisia irreversível e incapacitante, cujo evento causal seja recente e o prognóstico favorável, poderão ter Laudo Médico em caráter temporário.

#### **9.8. CARDIOPATIA GRAVE**

O conceito de Cardiopatia Grave engloba doenças cardíacas agudas, doenças cardíacas e doenças cardíacas terminais, desde que caracterizada a perda da capacidade física e funcional do coração.

Do ponto de vista legal, para fins de emissão de Laudo Médico oficial para o benefício de isenção de imposto de renda, o termo "Cardiopatia Grave" é utilizado especificamente para portadores de doenças cardíacas incapacitantes, de prognóstico reservado em longo prazo e não passíveis de controle ou remissão através de tratamento cirúrgico e/ou clínico.

Sendo caracterizada a condição de Cardiopatia Grave, conforme os critérios abaixo especificados, o Laudo Médico oficial para fins de isenção de imposto de renda poderá ter caráter definitivo.

Porém, quando os tratamentos clínicos, intervencionistas ou cirúrgicos levarem à melhora ou remissão das alterações que ensejaram a concessão do benefício, a classificação de gravidade deverá ser revista, podendo o caso não mais preencher os critérios para a isenção de Imposto de Renda.

O fato de um indivíduo ter apresentado no passado um quadro de cardiopatia grave ou ter sido submetido a tratamentos cirúrgicos ou outros tratamentos invasivos, por si só não caracteriza condição de gravidade de uma cardiopatia no momento da perícia médica realizada para este fim.

Na inspeção pericial devem ser investigados os sinais e sintomas que caracterizam a Classe Funcional, bem como a presença de fatores agravantes para a caracterização da condição de gravidade da cardiopatia.

Sempre que necessário, poderão ser solicitados exames complementares para subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: Eletrocardiograma, Radiografia de Tórax, Ecocardiograma, Cineangiografias, Provas de estresse, Eletrocardiografia dinâmica (Holter), Exames de Bioquímica Sanguínea ou outros.

A avaliação da Capacidade Funcional do coração deve observar a classificação adotada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (Arq. Bras. Cardiol. 2006; 87:2). Considerando o caráter de eventual reversibilidade das cardiopatias, a classificação pode ser dinâmica e alterada para melhor ou pior a depender do estado e condição clínica dos pacientes e sua resposta aos tratamentos.

A classificação da Capacidade Funcional do coração da Sociedade Brasileira de Cardiologia (Arq. Bras. Cardiol. 2006; 87:2) está 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 dispneias, nem angina de peito, nem sinais e sintomas de baixo fluxo cerebral.

1. 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.
2. 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.
3. 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.

Serão considerados portadores de Cardiopatia Grave, para fins de concessão do benefício de isenção de imposto de renda, os interessados portadores de Cardiopatia que se enquadrarem em alguma das situações clínicas abaixo:

1. 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.
2. INSUFICIÊNCIA CORONARIANA com angina em Classe 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.
3. 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.
4. ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA OU ABDOMINAL que tenham apresentado sinais de dissecação, crescimento rápido, os operados e os inoperáveis, os complicados por hematomas ou trombozes, ou ainda com acometimento da valva aórtica, desde que com limitação física ou da capacidade funcional que os enquadrem nas categorias III e IV.
5. Todas as CARDIOPATIAS independentes da etiologia (hipertensiva, valvar, congênita, miocardiopatias, pericardiopatias, cor pulmonale, revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênicas), desde com limitação física ou da capacidade funcional que os enquadrem nas Classes III e IV, ou a critério pericial, na Classe II da NYHA.
6. CONDIÇÕES AGRAVANTES – as condições agravantes são aquelas que poderão elevar a categoria funcional a uma imediatamente superior, como por exemplo, fibrilação atrial de alta frequência, hipoxemia e baixo débito cerebral, desde que secundários a uma cardiopatia.

### 9.9. DOENÇA DE PARKINSON

Todos os casos comprovados de Doença de Parkinson devem ser enquadrados para o benefício de isenção de imposto de renda com Laudo Médico oficial definitivo.

Sempre que necessário, poderão ser solicitados exames complementares para subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como exames e pareceres especializados e outros exames complementares determinando a data do início da patologia.

### 9.10. ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

Todos os casos comprovados de Espondiloartrose Anquilosante devem ser enquadrados para o benefício de isenção de imposto de renda com Laudo Médico oficial definitivo.

Sempre que necessário, poderão ser solicitados exames complementares para subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como exames e pareceres especializados e outros exames complementares determinando a data do início da patologia.

O Laudo Médico oficial deverá conter, quando possível, a data do início da patologia e, quando não, a data da realização da perícia.

Poderão ser considerados legalmente equiparados à Espondiloartrose Anquilosante os quadros de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo da movimentação da coluna vertebral. Nestes casos o Laudo Médico terá caráter definitivo e deverá conter o termo, entre parênteses, "equivalente à Espondiloartrose Anquilosante".

Não serão considerados legalmente equiparados à Espondiloartrose Anquilosante os quadros de artropatias degenerativas da coluna vertebral de grau leve a moderado, com pouco ou regular comprometimento funcional, e com discreto ou moderado prejuízo da movimentação da coluna vertebral.

### 9.11. NEFROPATIA GRAVE

Para a presente finalidade, considera-se Nefropatia qualquer patologia renal de evolução aguda, subaguda ou crônica, irreversível e que leve a um quadro de Insuficiência Renal determinando incapacidade para o trabalho e/ ou risco de vida.

Na avaliação pericial deverá ser registrado o diagnóstico da doença, o tipo de nefropatia e a etiologia que desencadeou o quadro.

Sempre que necessário, poderão ser solicitados exames complementares ou avaliações especializadas para subsidiar a decisão pericial.

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

Todos os demais casos terão Laudo Médico oficial em caráter definitivo.

As Insuficiências Renais são classificadas com base na filtração glomerular e níveis de creatinina séricos, do seguinte modo:

Grau	Classe	Parâmetros
Insuficiência Renal Leve	Classe I	- filtração glomerular maior que 50 mls/min. - creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%
Insuficiência Renal Moderada	Classe II	- filtração glomerular entre 20 e 50 mls/min - creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%
Insuficiência Renal Severa	Classe III	- filtração glomerular inferior a 20 ml/min - creatinina sérica acima de 3.5mgs%

Serão considerados portadores de Nefropatia Grave, para fins de concessão do benefício de isenção de imposto de renda, os interessados portadores de Cardiopatia que se enquadrarem em alguma das situações clínicas abaixo:



1. Nefropatias que cursam com Insuficiência Renal moderada - classe II - são enquadradas como Nefropatias Graves, quando acompanhadas de sinais e sintomas que determinam a Incapacidade Total e Permanente do interessado.
2. Nefropatias que cursam com Insuficiência Renal severa – classe III - são sempre enquadradas como Nefropatia Grave.

### 9.12. HEPATOPATIA GRAVE

Para a presente finalidade, caracterizam-se como Hepatopatia Grave todos os quadros no qual existam sinais clínicos e laboratoriais gravidade da insuficiência hepática, tais como o aparecimento de ascite, manifestações hemorrágicas, icterícias, encefalopatias e alterações laboratoriais como plaquetopenia, albumina plasmática abaixo de 3mg% e tempo de protrombina inferior a 60% do normal. Na avaliação pericial deverá ser registrado o diagnóstico da doença, o tipo de nefropatia e a etiologia que desencadeou o quadro.

Sempre que necessário, poderão ser solicitados exames complementares ou avaliações especializadas para subsidiar a decisão pericial.

As doenças mais frequentemente causadoras da condição de Hepatopatia Grave são:

1. Hepatites B e C.
2. Hepatites autoimunes.
3. Colangite Esclerosante Primária (CEP).
4. Cirrose Biliar Primária (CBP).
5. Cirroses de outras origens.

A gravidade de uma Hepatopatia crônica é medida através do Índice de CHILD-PUGH-TURGOTTE, que resulta de dados clínicos (anamnese e exame físico). Para considerar-se Hepatopatia grave o escore do Índice de CHILD-PUGH-TURGOTTE deve atingir índices de B ou segue a classificação do INDICE DE CHILD-PUGH-TURGOTTE.

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

As patologias Colangite Esclerosante Primária (CEP) e Cirrose Biliar Primária (CBP) cursam com altos níveis de bilirrubinas conjugadas, cabendo o acréscimo de mais um item no resultado final do INDICE DE CHILD-PUGH-TURGOTTE, descrito a seguir:

Pontos atribuídos	1	2	3
Para doenças colestática	< 4	4 a 10	> 10

A pontuação obtida dos itens acima será classificada do seguinte modo:

Classificação	Pontuação
Child A	5 ou 6
Child B	7 a 10
Child C	> 10

Serão considerados portadores de Hepatopatia Grave, para fins de concessão do benefício de isenção de imposto de renda, os casos classificados como Child B ou C.

Não serão considerados portadores de Hepatopatia Grave, para fins de concessão do benefício de isenção de imposto de renda, os casos classificados como Child A.

Quando o interessado estiver em fila de transplante de fígado, o Laudo Médico poderá ter caráter provisório, até a realização do mesmo.

Nos casos em que já houve o transplante hepático e a evolução for boa a ponto da função hepática estar normalizada, o benefício poderá ser indeferido.

#### **9.13. ESTADOS AVANÇADOS DE DOENÇA DE PAGET**

A Doença de Paget, em seu estágio inicial, é geralmente assintomática, portanto, não caracterizando condição de gravidade para fins de concessão do benefício de isenção de imposto de renda.

Com a evolução da patologia e na presença de deformidades ósseas e sintomas dolorosos há caracterização de condição de gravidade para fins de concessão do benefício de isenção de imposto de renda em caráter definitivo.

O Laudo Médico deverá declarar a para início do estágio grave da doença ou, quando não for possível, será considerada a data da perícia.

Sempre que necessário, poderão ser solicitados exames complementares para subsidiar a decisão pericial, tais como exames de imagem e avaliações especializadas.

#### **9.14. CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO**

Os efeitos prejudiciais da radiação sobre o indivíduo dependem da dose, duração da exposição e grau de exposição à mesma. Todos os casos com diagnóstico firmado de Contaminação por Radiação terão Laudo Médico favorável à isenção de imposto de renda em caráter definitivo.

Sempre que necessário, poderão ser solicitados exames complementares para subsidiar a decisão pericial, tais como exames laboratoriais, avaliações especializadas ou quaisquer documentos que comprovem que o requerente é portador de uma ou mais lesões provocadas por radiação.

#### **9.15. SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (SIDA OU AIDS)**

SIDA ou AIDS é uma Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana – HIV. Para a concessão do benefício o diagnóstico deverá ser comprovado através de:

1. Exames de laboratório e
2. Relatórios médicos detalhados informando a evolução, tratamento, infecções oportunistas, condições clínicas atuais e aderência ao tratamento com uso de antirretrovirais.

Em todos os casos em que o diagnóstico da doença for comprovado, o Laudo Médico será favorável à concessão do benefício em caráter definitivo.

#### **9.16. FIBROSE CÍSTICA/MUCOVISCIDOSE**

A fibrose cística ou mucoviscidose é uma doença geneticamente determinada decorrente de comprometimento da função da proteína CFTR (do inglês: cystic fibrosis transmembrane regulator), envolvida com o transporte de cloro e bicarbonato através das membranas.

A doença é caracterizada por múltiplos sintomas e manifestações, dentre elas, doença pulmonar progressiva, disfunções gastrointestinais, doença hepática, infertilidade masculina, desnutrição e elevadas concentrações de eletrólitos no suor. Embora geralmente tenha início da infância, o número de pacientes adultos com Fibrose Cística vem aumentando consideravelmente devido aos avanços dos conhecimentos genéticos, das técnicas diagnósticas, acompanhamento e tratamento desta doença.



Os critérios para se estabelecer o diagnóstico de Fibrose Cística consistem em:

1. Rastreio neonatal positivo (“teste do pezinho”).
2. Teste genético.
3. Teste do suor.

Quando firmado o diagnóstico o servidor aposentado ou pensionista terá enquadramento em definitivo.

#### **9.17. APOSENTADORIA OU REFORMA MOTIVADA POR ACIDENTE DE TRABALHO**

Toda aposentadoria motivada por acidente de trabalho terá proventos isentos do recolhimento de imposto de renda em definitivo. No Laudo Médico emitido pela Junta deverá constar o registro do CID-10 mecanismo da lesão seguido do CID10 da doença determinante da aposentadoria.

#### **9.18. APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇA PROFISSIONAL**

Servidores aposentados que tiveram caracterizadas patologias do trabalho pela Procuradoria Geral do Município através de Processo Administrativo próprio, terão direito ao benefício em definitivo. No Laudo Médico emitido pela junta deverá constar o registro da CID-10 do mecanismo da lesão seguido do CID-10 da patologia desencadeada.

Protocolos Técnicos COGEL 2022

## 10. BIBLIOGRAFIA

Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Aprova o Código de Ética Médica, após sua revisão e atualização.

Lei nº 8.213/91, de 24 de Julho de 1991 - Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

Decreto Federal nº 3.048 de 06 de Maio de 1999 - Aprova o Regulamento da Previdência Social

Lei nº 8.989/79, de 30 de Outubro de 1979 - Estatuto dos Servidores Públicos do Município de São Paulo.

Decreto nº 57.775/17 de 06 de Julho de 2017 - Dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal de Gestão.

Decreto nº 58.225/18 de 09 de Maio de 2018 - Regulamenta a concessão aos servidores municipais das licenças que especifica, de readaptação, de restrição de função e de aposentadoria por invalidez, bem como a realização de exame médico admissional em candidatos a ingresso no serviço público municipal, conforme previsto na legislação específica.

Lei nº 9.159/80 de 01 de Dezembro de 1980 - Dispõe sobre benefícios devidos em virtude de acidente do trabalho e doença profissional.

Portaria nº 27/87 de 13 de Janeiro de 1987 - Aprova normas que especifica para os procedimentos pertinentes a acidente de trabalho.

Lei nº 13.398 de 31 de Julho de 2002 - Dispõe sobre o acesso de pessoas portadoras de deficiência a cargos e empregos públicos da Prefeitura do Município de São Paulo.

Lei nº 13.379/02 de 24 de Junho de 2002 - Institui a licença-maternidade especial para servidoras municipais, mães de bebês prematuros.

Lei nº 14.872/08 de 31 de Dezembro de 2008 - Dispõe sobre a ampliação dos períodos da licença-gestante, da licença por adoção e da licença-maternidade especial.

Lei nº 10.828/90 de 04 de Janeiro de 1990 - Adapta o regime de concessão de benefícios aos servidores municipais beneficiários às disposições constitucionais em vigor, e dá outras providências.

Portaria nº 458/2003 de 23 de Dezembro de 2003 - Dispõe sobre Readaptação Funcional, Alteração ou Restrição de Função ou de Revisão de Laudo.

Decreto nº 61.150 de 18 de Março de 2022 - Dispõe sobre a concessão e manutenção das aposentadorias e pensões dos servidores públicos do Município de São Paulo.

Decreto nº 17.498 de 19 de Agosto de 1981 - Regulamenta a concessão de salário - família e salário-esposa, de que tratam os artigos 117 a 123 da Lei 8.989.