ESTADO DE PERNAMBUCO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SALGADINHO
AUTARQUIA PREVIDENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE SALGADINHO
RUA ANTONIO GOMES DE MOURA, S/N - CENTRO - 55675-000 - SALGADINHO - ESTADO DE PERNAMBUCO

47 - Cópia dos instrumentos legais que promoveram alterações na legislação previdenciária do Município (leis, decretos, portarias, etc.) durante o exercício.

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

LEI Nº 479/2013

DISPÕE SOBRE A REESTRUTURAÇÃO DO IPRESAL - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DO SALGADINHO, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DO SALGADINHO, Estado de Pernambuco, FAZ SABER que a Câmara Municipal de Vereadores, aprovou e ele SANCIONA a presente Lei.

CAPÍTULO I

DO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art. 1.º Fica reestruturado por esta Lei, o Regime Próprio de Previdência Social dos servidores públicos do Município do Salgadinho, Estado de Pernambuco, consoante aos preceitos e diretrizes emanados do art. 40, da Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, da Emenda Constitucional n.º 20 de 15 de dezembro de 1998, Emenda Constitucional n.º 41/2003, de 19 de dezembro de 2003, Emenda Constitucional n.º 47/2005, de 05 de junho de 2005 e Emenda Constitucional n.º 70/2012, de 30 de março de 2012, bem como das Leis Federais n.º 9.717/98 e 10.887/04.

SEÇÃO ÚNICA
DO ÓRGÃO, NATUREZA JURÍDICA E SEUS FINS

Art. 2º. O Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Salgadinho gozará de personalidade jurídica de direito público, natureza autárquica, patrimônio próprio, total autonomia administrativa, financeira, orçamentária, e patrimonial.

Parágrafo único. O Regime Próprio de Previdência Social do Município do Salgadinho,será denominado pela sigla ***"IPRESAL – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SALGADINHO"***, e se destina a assegurar aos seus segurados e a seus dependentes, na conformidade da presente Lei, prestações de natureza previdenciária, em caso de contingências que interrompam, depreciem ou façam cessar seus meios de subsistência.

CAPÍTULO II
DAS PESSOAS ABRANGIDAS

SEÇÃO I
DOS SEGURADOS

Art. 3º São segurados obrigatórios do IPRESAL:

I - o servidor público municipal titular de cargo efetivo dos órgãos dos Poderes Executivo e Legislativo, de suas Autarquias, inclusive de regime especial, e Fundações Públicas;

II - o Servidor estável na forma do Art. 19, do ADCT – Atos das Disposições Constitucionais Transitórias de 05 de outubro de 1988; e

III - os aposentados nos cargos citados no inciso I deste artigo.

§ 1º Ao servidor ocupante, exclusivamente de cargo em comissão declarado em Lei, de livre nomeação e exoneração, bem como de outro cargo temporário ou emprego público, aplica-se o Regime Geral de Previdência Social, conforme disposto no § 13, do art. 40 da Constituição Federal de 05 de outubro de 1988;

§ 2º O segurado aposentado que exerça ou venha a exercer cargo em comissão, cargo temporário, emprego público ou mandato eletivo vincula-se, obrigatoriamente, ao Regime Geral de Previdência Social- RGPS;

§ 3º Na hipótese de lícita acumulação remunerada de cargos efetivos, o servidor mencionado neste artigo será segurado obrigatório do RPPS em relação a cada um dos cargos ocupados;

§ 4º O servidor titular de cargo efetivo segurado do IPRESAL, que se afastar do cargo efetivo quando nomeado para o exercício de cargo em comissão, continua vinculado exclusivamente a esse regime previdenciário, não sendo devidas contribuições previdenciárias ao RGPS sobre a remuneração correspondente ao cargo em comissão, observando a faculdade prevista pelo artigo 45, § 1º da presente Lei.

Art. 5º O servidor público titular de cargo efetivo permanece vinculado ao RPPS nas seguintes situações:

I - quando cedido, com ou sem ônus para o cessionário, a órgão ou entidade de administração direta ou indireta de quaisquer dos entes federativos;

II - quando licenciado, observando se as condições previstas no artigo 6º da presente Lei Municipal;

III - durante o afastamento do cargo efetivo para o exercício de mandato eletivo em quaisquer dos entes federativos; e

IV - durante o afastamento do País por cessão ou licenciamento com remuneração.

Art. 6º Ao servidor titular de cargo efetivo, que deixar de exercer, temporariamente atividade que o submeta ao regime de previdência do IPRESAL, inclusive por motivo de licença sem vencimentos do cargo efetivo, é facultado manter a qualidade de segurado, desde que passe a efetuar, sem interrupção, o pagamento mensal das contribuições previdenciárias referente a sua parte e a do Município.

§ 1º O servidor efetivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e de outros Municípios à disposição do Município do Salgadinho, permanece filiado ao regime previdenciário de origem.

§ 2º O servidor efetivo do Município do Salgadinho, a disposição da União, ou a Estados, ao Distrito Federal e ou a outro Município permanece filiado ao regime previdenciário de origem.

§ 3º Perderá sumariamente a qualidade de segurado do Regime Próprio de Previdência do Município do Salgadinho, o servidor que deixar de exercer a atividade no serviço público, que o submete ao regime do IPRESAL, nas hipóteses de morte, exoneração ou demissão;

§ 4º A perda da qualidade de segurado importa na caducidade imediata dos direitos inerente a essa qualidade.

SEÇÃO II
DOS DEPENDENTES

Art. 7º São considerados dependentes do segurado, para os efeitos desta lei:

I - O cônjuge, a companheira, o companheiro, e o filho não emancipado, de qualquer condição, desde que não tenha atingido a maioridade civil ou inválida;

§ 1º Em se tratando de companheiro ou companheira, deve ser comprovada a união estável como entidade familiar.

§ 2º Em se tratando de filho inválido, deve ser comprovado que tenha a invalidez ocorrido antes de atingir o limite de idade de 18 (dezoito) anos, ou antes do óbito do segurado;

II - Os pais; e

III - O irmão não emancipado, de qualquer condição, desde que não tenha atingido a idade de vinte e um anos ou se inválido, desde que a invalidez tenha ocorrido antes de atingir o limite de idade de 18 (dezoito) anos, ou seja, anterior ao do óbito do segurado.

§ 1º A existência de dependente indicado em qualquer dos incisos deste artigo exclui do direito ao benefício os indicados nos incisos subsequentes.

§ 2º Equiparam-se aos filhos, nas condições do inciso I, mediante declaração escrita do segurado e desde que comprovada à dependência econômica o enteado e o menor que esteja sob sua tutela e desde que não possua bens suficientes para o próprio sustento e educação.

§ 3º Considera-se companheira ou companheiro a pessoa que, sem ser casada, mantenha união estável com o segurado ou segurada.

§ 4º Considera-se união estável aquela verificada entre o homem e a mulher como entidade familiar, quando forem solteiros, separados judicialmente, divorciados ou viúvos, ou tenham prole em comum, enquanto não se separarem.

§ 5º Considera-se Maioridade Civil, a idade limite de 18 (dezoito) anos.

Art. 8º A dependência econômica das pessoas indicadas no inciso I do artigo anterior é presumida, a das pessoas constantes dos incisos II e III deverá ser comprovada judicialmente, devendo o Instituto de Previdência dos Servidores do Município de Salgadinho integrar a lide;

I - As pessoas constantes dos incisos II e III do artigo anterior, deverão comprovar via judicial, não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

a) Para os efeitos do disposto no inciso acima, entende-se por família a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes.

b) Considera-se incapaz de prover a manutenção das pessoas constantes nos incisos II e III do artigo anterior, a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

c) O benefício concedido às pessoas constantes nos incisos II, e III, do artigo anterior, não poderá ser acumulado, pelo beneficiário, com qualquer outro no âmbito do Regime da Previdência Própria do Município do Salgadinho, da seguridade social ou de outro Regime, salvo o da assistência médica, sendo facultado ao dependente a opção pelo benefício mais vantajoso.

Art. 9º A perda da qualidade de dependente ocorrerá:

I - para os cônjuges, pela separação judicial ou divórcio sem direito a percepção de alimentos, pela anulação do casamento, pelo óbito ou por sentença judicial transitada em julgado;

II - para a companheira ou companheiro, pela cessação da união estável com o segurado ou segurada, enquanto não lhe for garantida a prestação de alimentos;

III - para o filho e o irmão, de qualquer condição, ao atingirem a maioridade civil, de que trata o atual código civil brasileiro, salvo se inválidos, ou pela emancipação, ainda que inválido, exceto, neste caso, se a emancipação for decorrente de colação de grau cientifico em curso de ensino superior; e

IV - para os dependentes em geral:

a) pelo matrimônio;

b) pela cessação da invalidez;

c) pelo falecimento;

d) pela indignidade.

SEÇÃO III
DA INSCRIÇÃO DAS PESSOAS ABRANGIDAS

Art. 10 A inscrição do segurado no IPRESAL é automática, e ocorre quando da sua investidura no cargo efetivo

I – Caberá ao segurado promover a inscrição de seus dependentes no IPRESAL, que ocorrerá mediante a declaração por parte do segurado, e a apresentação de documentos hábeis a comprovar tal condição, sujeita a comprovação e validação da qualificação de cada um pelo IPRESAL.

II - para os dependentes, a declaração por parte do segurado, sujeita a comprovação da qualificação de cada um por documentos hábeis.

§ 1º A inscrição é essencial à obtenção de qualquer prestação, devendo o **IPRESAL** fornecer ao segurado, documento que a comprove.

§ 2º A inscrição de dependente inválido requer sempre a comprovação desta condição por perícia médica.

§ 3º A perda da qualidade de segurado implica no automático cancelamento da inscrição de seus dependentes.

Art. 11 Ocorrendo o falecimento do segurado sem que tenha feito sua inscrição e a de seus dependentes, a estes será lícito promovê-la, para outorga das prestações a que fizerem jus.

CAPITULO III
DOS DIREITOS DAS PESSOAS ABRANGIDAS

SEÇÃO I
DOS BENEFÍCIOS GARANTIDOS AOS SEGURADOS

SUB-SEÇÃO I
DA APOSENTADORIA

Art. 12 Os servidores titulares de cargo efetivo do Município do Salgadinho, segurados do **IPRESAL** serão aposentados:

I - por invalidez permanente, sendo os proventos proporcionais ao tempo de contribuição, exceto se decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificadas no anexo I da presente Lei.

a) a invalidez permanente será apurada mediante exames médicos realizados segundo instruções emanadas pelo **IPRESAL** em conformidade com o artigo **14**, e anexo **I** da presente Lei, e os proventos da aposentadoria serão devidos a partir do dia seguinte ao do desligamento do segurado do serviço.

b) a doença ou lesão de que o segurado filiado na data da posse ao **IPRESAL** já era portador não lhe conferirá direito à aposentadoria por invalidez, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

c) Nos casos de enfermidade ou deficiência mental o servidor somente será aposentado por invalidez se, anteceder medida judicial de interdição. Neste caso o requerente do benefício será o Curador do Segurado, nomeado pelo Juiz de Direito, conforme artigos 1.767 e seguintes da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro).

II - compulsoriamente, aos setenta anos de idade, com proventos proporcionais ao tempo de contribuição;

III - voluntariamente, desde que cumprido tempo mínimo de dez anos de efetivo exercício no serviço público e cinco anos no cargo efetivo em que se dará a aposentadoria, observadas as seguintes condições:

a) sessenta anos de idade e trinta e cinco de contribuição, se homem, e cinquenta e cinco anos de idade e trinta de contribuição, se mulher;

b) sessenta e cinco anos de idade, se homem, e sessenta anos de idade, se mulher, com proventos proporcionais ao tempo de contribuição.

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

§ 1º Para o cálculo dos proventos de aposentadoria de que tratam o Art. **12,** desta Lei, por ocasião da sua concessão, serão consideradas as remunerações utilizadas como base para as contribuições do servidor aos regimes de previdência de que tratam os §§ 3º, e 17º, do Artigo 40, e Art. 201, da CF/88, na forma da lei.

§ 2º É vedada a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadorias aos abrangidos pelo regime do **IPRESAL**, ressalvados os casos de atividades exercidas exclusivamente sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física, definidos em lei federal complementar, observado o contido no § 4º do Artigo 40, da Constituição Federal, com redação da EC 47/2005.

§ 3º Os requisitos de idade e de tempo de contribuição serão reduzidos em cinco anos, em relação ao disposto no art. 12, inciso III, alínea "a", para o professor que comprove exclusivamente tempo de efetivo exercício das funções de magistério na educação infantil, no ensino fundamental e médio.

§ 4º Ressalvadas as aposentadorias decorrentes dos cargos acumuláveis na forma do Art. 37, da Constituição Federal, é vedada a percepção de mais de uma aposentadoria à conta do regime previsto no art. 40, da Constituição Federal.

§ 5º Para o cálculo dos valores proporcionais de proventos a que se referem os incisos I, II e III alínea "b" deste artigo, o provento corresponderá a um trinta e cinco avos da totalidade da remuneração do servidor na data da concessão do benefício, por ano de contribuição, se homem, e um trinta avos, se mulher, exceto se decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificadas em lei, no caso de invalidez permanente.

§ 6º Todos os valores de remuneração considerados para o cálculo do benefício previsto no § 1°, serão devidamente atualizados, na forma da lei.

§ 7º O servidor de que trata este artigo que tenha completado as exigências para aposentadoria voluntária estabelecidas no inciso III, alínea "a", e que opte por permanecer em atividade fará jus a um abono de permanência equivalente ao valor da sua contribuição previdenciária até completar as exigências para aposentadoria compulsória contidas no inciso II do Art.12, desta Lei.

§ 8º A aposentadoria compulsória prevista no inciso II, do presente artigo, será declarada com vigência a partir do dia em que o servidor atingir a idade-limite de permanência no serviço público, ou seja, 70 (setenta) anos de idade.

§ 9º Aos servidores que ingressaram no serviço público até a data de 31 de dezembro de 2003, e que venham a se aposentar por invalidez permanente, com fundamento no Artigo 12, Inciso I, da presente Lei, nos casos de acidente em serviço, moléstia profissional, ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificadas no Artigo

14, e anexos desta Lei, tem direito a proventos de aposentadoria calculados com base na remuneração do cargo efetivo, não sendo aplicáveis as disposições constantes no § 1º do presente Artigo.

Art. 13. No cálculo dos proventos de aposentadorias previstas no art.12 desta Lei, será considerada a média aritmética simples das maiores remunerações, utilizadas como base para as contribuições do servidor aos regimes de previdência a que esteve vinculado, correspondentes a oitenta por cento de todo o período contributivo desde a competência julho de 1994 ou desde a do início da contribuição, se posterior àquela competência.

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

§ 2º Na hipótese da não-instituição de contribuição para o regime próprio durante o período referido no caput, considerar-se-á, como base de cálculo dos proventos, a remuneração do servidor no cargo efetivo no mesmo período.

§ 3º Os valores das remunerações a serem utilizadas no cálculo de que trata este artigo serão comprovados mediante documento fornecido pelos órgãos e entidades gestoras dos regimes de previdência aos quais o servidor esteve vinculado.

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

I - inferiores ao valor do salário mínimo;

II - superiores aos valores dos limites máximos de remuneração no serviço público do respectivo ente; ou

III - superiores ao limite máximo do salário de contribuição, quanto aos meses em que o servidor esteve vinculado ao regime geral de previdência social.

§ 5º Os proventos, calculados de acordo com o caput, por ocasião de sua concessão, não poderão exceder a remuneração do respectivo servidor no cargo efetivo em que se deu a aposentadoria ou que serviu de referência para a concessão da pensão.

Art. 14. O segurado, quando acometido de, alienação mental, cardiopatia grave, cegueira total posterior ao ingresso no serviço público, doença de Parkinson, esclerose múltipla, espondiloartrose, anquilosante, formas avançado de doença de Paget (osteíte deformante), hanseníase, nefropatia grave, neoplasias malignas, paralisia irreversível e incapacitante, síndrome da deficiência imunológica adquirida – AIDS/SIDA, tuberculose ativa, Hepatopatia Grave, contaminação por radiação (com base em conclusão da medicina especializada), e todas as doenças relacionada no anexo I da Presente Lei Municipal, ou quando vítima de acidente do trabalho ou moléstia profissional que o invalide para o serviço, terá direito à aposentadoria calculada em sua integralidade.

§ 1º fica criado o anexo I, que deverá ser utilizado como instrumento de orientação para a Junta médica Pericial, para a concessão do benefício de que trata o presente Artigo, e conterá o rol completo de todas as doenças que conferem direito a proventos integrais.

§ 2º Acidente em serviço é aquele ocorrido no exercício do cargo, que se relacione, direta ou indiretamente, com as atribuições deste, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

§ 3º Equiparam-se ao acidente em serviço, para os efeitos desta Lei:

I - o acidente ligado ao serviço que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:

a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de serviço;

b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao serviço;

c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de serviço;

d) ato de pessoa privada do uso da razão; e

e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior.

III - a doença proveniente de contaminação acidental do servidor no exercício do cargo; e

IV - o acidente sofrido pelo servidor ainda que fora do local e horário de serviço:

a) na execução de ordem ou na realização de serviço relacionado ao cargo;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço ao Município para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) em viagem a serviço, inclusive para estudo quando financiada pelo Município dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do servidor; e

d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do servidor.

§ 4º Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o servidor é considerado no exercício do cargo.

SUB-SEÇÃO II
AUXÍLIO DOENÇA

Art. 15. O auxílio doença será devido ao segurado que ficar incapacitado para o exercício da função em gozo de licença para tratamento de saúde, por mais de 90 (noventa) dias consecutivos, e corresponderá a totalidade dos vencimentos.

§ 1º Não será devido auxílio-doença ao segurado que filiar-se ao IPRESAL na data de sua posse e que já seja portador de doença ou lesão invocada como causa para concessão do benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

§ 2º Será devido auxílio-doença ao segurado que sofrer acidente de qualquer natureza.

Art. 16. Durante os primeiros 90 (noventa) dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, incumbe ao município pagar ao segurado sua remuneração.

§ 1º Cabe ao município promover os exames médicos necessários e o abono da licença médica correspondentes aos primeiros 90 (noventa) dias de afastamento.

§ 2º Quando a incapacidade ultrapassar 90 (noventa) dias consecutivos, o segurado será submetido à perícia médica do IPRESAL que deverá emitir o relatório de sua avaliação conforme regulamentação em Decreto Municipal.

§ 3º Se concedido novo benefício decorrente da mesma doença dentro de 60 (sessenta) dias contados da cessação do benefício anterior, o município fica desobrigado do pagamento relativo aos 90 (noventa) primeiros dias de afastamento, prorrogando-se o benefício anterior e descontando-se os dias trabalhados, se for o caso.

§ 4º Se o segurado, por motivo de doença, afastar-se do trabalho durante trinta dias, retornando à atividade no trigésimo primeiro dia, e se dela voltar a se afastar dentro de sessenta dias desse retorno, fará jus ao auxílio-doença a partir da data do novo afastamento.

Art. 17. O segurado em gozo de auxílio-doença está obrigado, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo do IPRESAL, e se for o caso a processo de readaptação profissional.

Art. 18. O segurado em gozo de auxílio-doença insuscetível de recuperação para sua atividade habitual, sob prescrição da Junta Médica deverá submeter-se a processo de readaptação profissional para exercício de outra atividade, não cessando o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não recuperável, seja aposentado por invalidez.

Art. 19. O auxílio-doença cessa pela recuperação da capacidade para o trabalho e ou pela transformação em aposentadoria por invalidez permanente.

SUB-SEÇÃO III
DO SALÁRIO FAMÍLIA

Art. 20. O salário-família será devido, mensalmente, aos segurados que tenha renda bruta mensal igual ou inferior ao teto definido para este benefício no Regime Geral de Previdência Social - RGPS, na proporção do respectivo número de filhos ou equiparados, de qualquer condição, de até quatorze anos ou inválidos.

§ 1º Quando o pai e a mãe forem segurados, ambos terão direito ao salário-família.

§ 2º As cotas do salário-família, pagas pelo município, deverão ser deduzidas quando do recolhimento das contribuições sobre a folha de pagamento.

Art. 21. O pagamento do salário-família será devido a partir da data da apresentação da certidão de nascimento do filho ou da documentação relativa ao

equiparado, estando condicionado à apresentação anual de atestado de vacinação obrigatória e de comprovação de frequência à escola do filho ou equiparado.

Parágrafo único. O valor da cota do salário-família por filho ou equiparado de qualquer condição, até quatorze anos de idade ou inválido, é o mesmo definido pelo RGPS.

Art. 22. A invalidez do filho ou equiparado maior de quatorze anos de idade deve ser verificada em exame médico-pericial a cargo do IPRESAL.

Art. 23. Em caso de divórcio, separação judicial ou de fato dos pais, ou em caso de abandono legalmente caracterizado ou perda do pátrio-poder, o salário-família passará a ser pago diretamente aquele a cujo cargo ficar o sustento do menor, ou a outra pessoa, se houver determinação judicial nesse sentido.

Art. 24. O direito ao salário-família cessa automaticamente:

I - por morte do filho ou equiparado, a contar do mês seguinte ao do óbito;

II - quando o filho ou equiparado completar quatorze anos de idade, salvo se inválido, a contar do mês seguinte ao da data do aniversário;

III - pela recuperação da capacidade do filho ou equiparado inválido, a contar do mês seguinte ao da cessação da incapacidade; ou

IV - pela perda da qualidade de segurado.

Art. 25. O salário-família não se incorporará, ao subsídio, à remuneração ou ao benefício, para qualquer efeito.

SUB-SEÇÃO IV
DO SALÁRIO MATERNIDADE

Art. 26. Será devido salário-maternidade à segurada gestante, durante cento e vinte dias consecutivos, podendo ter seu início vinte e oito dias antes e término noventa e um dia depois do parto, podendo ser prorrogado na forma prevista no § 1º.

§ 1º Em casos excepcionais, os períodos de repouso anterior e posterior ao parto podem ser aumentados de mais duas semanas, mediante inspeção médica, que deverá emitir Laudo médico pericial.

§ 2º Em caso de parto antecipado ou não, a segurada tem direito aos cento e vinte dias previstos neste artigo.

§ 3º Em caso de aborto não criminoso, comprovado mediante atestado médico, a segurada terá direito ao salário-maternidade correspondente a duas semanas.

§ 4º O salário-maternidade consistirá de renda mensal igual a remuneração da segurada, acrescido do 13º proporcional correspondente a 4/12, pago na última parcela.

Art. 27. O início do afastamento do trabalho da segurada será determinado com base em atestado médico.

§ 1º O atestado deve indicar, além dos dados médicos necessários, os períodos a que se referem o art. 26 e seus parágrafos, bem como a data do afastamento do trabalho.

§ 2º Nos meses de início e término do salário-maternidade da segurada, o salário-maternidade será proporcional aos dias de afastamento do trabalho.

§ 3º O salário-maternidade não pode ser acumulado com benefício por incapacidade.

§ 4º Quando o parto ocorrer sem acompanhamento médico, o atestado será fornecido pela junta médica do IPRESAL em conjunto com o relatório e ou Laudo de Perícia médica.

§ 5º O salário-maternidade é devido à segurada do IPRESAL que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança com idade:

I - até um ano completo, por cento e vinte dias;

II - a partir de um ano até quatro anos completos, por sessenta dias; ou

III - a partir de quatro anos até completar oito anos, por trinta dias.

IV - O salário-maternidade é devido à segurada independentemente de a mãe biológica ter recebido o mesmo benefício quando do nascimento da criança.

V - O salário-maternidade não é devido quando o termo de guarda não contiver a observação de que é para fins de adoção ou só contiver o nome do cônjuge ou companheiro.

VI - Para a concessão do salário-maternidade é indispensável que conste da nova certidão de nascimento da criança, ou do termo de guarda, o nome da segurada adotante ou guardiã, bem como, deste último, tratar-se de guarda para fins de adoção.

VII - Quando houver adoção ou guarda judicial para adoção de mais de uma

criança, é devido um único salário-maternidade relativo à criança de menor idade.

SEÇÃO II
DOS BENEFÍCIOS GARANTIDOS AOS DEPENDENTES

SUB-SEÇÃO I
DA PENSÃO POR MORTE

Art. 28 A pensão por morte será calculada na seguinte forma:

I - ao valor da totalidade dos proventos do servidor falecido, até o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201, acrescido de setenta por cento da parcela excedente a este limite, caso aposentado à data do óbito; ou

II - ao valor da totalidade da remuneração do servidor no cargo efetivo em que se deu o falecimento, até o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201, acrescido de setenta por cento da parcela excedente a este limite, caso em atividade na data do óbito.

§ 1º A importância total assim obtida será rateada em partes iguais entre todos os dependentes com direito a pensão.

§ 2º Será concedida pensão provisória por morte presumida do segurado, nos seguintes casos:

I - sentença declaratória de ausência, expedida por autoridade judiciária competente; e

II - desaparecimento em acidente, desastre ou catástrofe.

§ 3º A pensão provisória será transformada em definitiva com o óbito do segurado ausente ou deve ser cancelada com reaparecimento do mesmo, ficando os dependentes desobrigados da reposição dos valores recebidos, salvo má-fé.

§ 4º Não fará jus a pensão o dependente condenado por prática de crime doloso de que tenha resultado na morte do segurado, e/ou que seja excluído da sucessão por indignidade.

Art. 29. A pensão por morte será devida aos dependentes a contar:

I - do dia do óbito, se requerida até 60 (sessenta) dias depois deste;

II – a partir da data do requerimento após decorrido o prazo previsto no inciso I.

III - da data da decisão judicial, no caso de declaração de ausência; ou

IV - da data da ocorrência do desaparecimento do segurado por motivo de acidente, desastre ou catástrofe, mediante prova idônea.

Art. 30. Os pensionistas inválidos ficam obrigados, tanto para concessão como para cessação de suas quotas de pensão, a submeter-se aos exames médicos determinados pelo IPRESAL.

Parágrafo único. Ficam dispensados dos exames referidos neste artigo os pensionistas inválidos que atingirem a idade de 65 (sessenta e cinco) anos.

Art. 31. A parcela de pensão de cada dependente extingue-se com a perda da qualidade de dependente na forma do art. 9º.

Art. 32. Toda vez que se extinguir uma parcela de pensão, proceder-se-á a novo rateio da pensão, na forma do § 1º, do art. 28, em favor dos pensionistas remanescentes.

Parágrafo único. Com a extinção da quota do último pensionista, extinta ficará também a pensão.

SUB-SEÇÃO II
DO AUXÍLIO RECLUSÃO

Art. 33. O auxílio-reclusão consistirá numa importância mensal igual a totalidade dos vencimentos percebidos pelo segurado, concedida ao conjunto de seus dependentes, desde que renda bruta mensal igual ou inferior ao teto definido para este benefício no Regime Geral de Previdência Social, que esteja recolhido à prisão, e que por este motivo, não perceba remuneração dos cofres públicos.

§ 1º O auxílio-reclusão será rateado em cotas-partes iguais entre os dependentes do segurado.

§ 2º O auxílio-reclusão será devido a contar da data em que o segurado preso deixar de perceber remuneração dos cofres públicos.

§ 3º Na hipótese de fuga do segurado, o benefício será restabelecido a partir da data da recaptura ou da reapresentação à prisão, nada sendo devido aos seus dependentes enquanto estiver o segurado evadido e pelo período da fuga.

§ 4º Caso decorra lapso temporal superior a 180 (cento e oitenta) dias entre a data da fuga e a da recaptura ou reapresentação à prisão, não será devido o pagamento

de novo auxilio reclusão aos seus dependentes, salvo se durante o período de fuga o segurado ou seus dependentes efetuaram o recolhimento da contribuição do servidor e patronal, nos termos desta Lei;

§ 5º Para a instrução do processo de concessão deste benefício, além da documentação que comprovar a condição de segurado e de dependentes, serão exigidos:

I - documento que certifique o não pagamento da remuneração ao segurado pelos cofres públicos, em razão da prisão; e,

II - certidão emitida pela autoridade competente sobre o efetivo recolhimento do segurado à prisão e o respectivo regime de cumprimento da pena, sendo tal documento renovado trimestralmente.

§ 7º Caso o segurado venha a ser ressarcido com o pagamento da remuneração correspondente ao período em que esteve preso, e seus dependentes tenham recebido auxílio-reclusão, o valor correspondente ao período de gozo do benefício deverá ser restituído ao IPRESAL, pelo segurado ou por seus dependentes, aplicando-se os juros e índices de correção incidentes no ressarcimento da remuneração.

§ 8º Aplicar-se-ão ao auxílio-reclusão, no que couberem, as disposições atinentes à pensão por morte.

§ 9º Na hipótese de ressarcimento do segurado, fica o Município de Salgadinho obrigado a promover o desconto em folha de pagamento do segurado, referente ao valor correspondente ao período de gozo do benefício, e seu repasse ao IPRESAL;

§ 10º Se o segurado preso vier a falecer na prisão, o benefício será transformado em pensão por morte.

SEÇÃO III
DAS DISPOSIÇÕES DIVERSAS

Art. 34. O abono anual será devido àquele que, durante o ano, tiver recebido proventos de aposentadoria, pensão por morte, auxílio doença e salário maternidade pagos pelo RPPS.

Parágrafo único. O abono de que trata o caput será proporcional em cada ano ao número de meses de benefício pago pelo RPPS, em que cada mês corresponderá a um doze avos, e terá por base o valor do benefício do mês de dezembro, exceto quanto o benefício encerrar-se antes deste mês, quando o valor será o do mês da cessação.

Art. 35. É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, nas mesmas datas e índices utilizados para fins de reajustes dos benefícios do RGPS, aplicado de forma proporcional entre a data da concessão e a do primeiro reajustamento.

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

Art. 36. O tempo de contribuição federal, estadual ou municipal será contado para efeito de aposentadoria, desde que não seja concomitante.

§ 1º As regras para aceitação e emissão de CTC adotadas pelo Município do Salgadinho são as mesmas previstas pela Portaria MPS 154/2008, de 15 de maio de 2008, publicada no DOU em 16 de maio de 2008;

Art. 37. É vedada qualquer forma de contagem de tempo de contribuição fictício.

Art. 38. Aplica-se o limite fixado no art. 37, XI da Constituição Federal, à soma total dos proventos de inatividade, inclusive quando decorrentes da acumulação de cargos ou empregos públicos, bem como de outras atividades sujeitas a contribuição para o regime geral de previdência social, e ao montante resultante da adição de proventos de inatividade com remuneração de cargo acumulável na forma da Constituição Federal, cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração, e de cargo eletivo.

Art. 39. Além do disposto nesta Lei, o IPRESAL, observará no que couber, os requisitos e critérios fixados para o Regime Geral de Previdência Social.

Art. 40. Para efeito do benefício de aposentadoria, é assegurada a contagem recíproca do tempo de contribuição na administração pública e na atividade privada, rural ou urbana, hipótese em que os diversos regimes de previdência social se compensarão financeiramente, nos termos do § 9º, do art. 201, da Constituição Federal, segundo critérios estabelecidos na lei 9.796/99.

Parágrafo único. Os servidores municipais contemplados pelo art. 3º desta lei, receberão do órgão instituidor (IPRESAL), todo o provento de aposentadoria em sua totalidade, independente do órgão de origem (INSS) ter feito ou não o repasse do recurso de cada servidor, como compensação financeira.

Art. 41. As prestações, concedidas aos segurados ou a seus dependentes, salvo quanto a importâncias devidas ao próprio IPRESAL e aos descontos autorizados por lei ou derivados da obrigação de prestar alimentos, reconhecida por via judicial, não poderão ser objeto de penhora, arresto ou sequestro, sendo nula de pleno direito qualquer venda ou cessão e a constituição de quaisquer ônus, bem como a outorga de poderes irrevogáveis ou em causa própria para a respectiva percepção.

Art. 42. O pagamento dos benefícios em dinheiro será efetuado diretamente ao segurado ou ao dependente, salvo nos casos de ausência, moléstia contagiosa ou impossibilidade de locomoção do beneficiado, quando se fará a procurador, mediante autorização expressa do IPRESAL que, todavia, poderá negá-la quando considerar essa representação inconveniente.

Art. 43. Os benefícios assegurados às pessoas abrangidas, quando não reclamados, prescreverão, no prazo de 5 (cinco) anos, a contar da data em que forem devidos, e os valores a eles correspondentes, serão vertidos em favor do Instituto.

CAPÍTULO IV
DO CUSTEIO

SEÇÃO I
DA RECEITA

Art. 44. A receita do IPRESAL será constituída, de modo a garantir o seu equilíbrio financeiro e atuarial, na seguinte forma:

I - de uma contribuição mensal dos segurados ativos, definida pelo § 1º do art. 149, da CF/88, igual a 11% (onze por cento) calculada sobre a remuneração de contribuição;

II - de uma contribuição mensal dos segurados inativos e dos pensionistas definida na avaliação atuarial igual a 11% (onze por cento), calculada sobre a parcela dos proventos e das pensões que superarem ao teto do limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201, da Constituição Federal;

III - de uma contribuição mensal do Município, incluídas suas Autarquias e Fundações, e poder Legislativo, definida pelo art. 2º, da Lei Federal n.º 9.717/98, de 27 de novembro de 1998, com redação determinada pela Lei Federal n.º 10.887/04, de 18 de junho de 2004, igual a 13,06% (treze inteiros e seis partes de centésimos por cento), calculada sobre a remuneração de contribuição dos segurados ativos;

IV - de uma contribuição mensal do Município, incluídas suas Autarquias e Fundações, e poder Legislativo, equivalente a 6,28% (seis inteiros e vinte e oito partes de centésimos por cento) referente ao custo especial inicial previsto no plano de equacionamento de déficit atuarial.

V - de uma contribuição mensal dos órgãos municipais sujeitos a regime de orçamento próprio, igual à fixada para o Município, calculada sobre a remuneração de contribuição dos segurados obrigatórios;

VI - de uma contribuição mensal dos segurados que usarem da faculdade prevista no art. 6º, correspondente a sua própria contribuição, acrescida da contribuição correspondente à do Município;

VII - pela renda resultante da aplicação das reservas;

VIII - pelas doações, legados e rendas eventuais;

IX - por aluguéis de imóveis, estabelecidos em Lei;

X - dos valores recebidos a título de compensação financeira, em razão do § 9º do art. 201, da Constituição Federal.

§ 1º A contribuição prevista no inciso II, deste artigo, quando o beneficiário, na forma da Lei, for portador de doença incapacitante, incidirá apenas sobre parcelas de proventos de aposentadoria e de pensão que superem o dobro do limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social de que trata o art. 201, da Constituição Federal.

§ 2º Fica pela presente Lei Municipal, instituído o plano de amortização para equacionamento do Passivo Atuarial do Fundo Previdenciário do Município de Salgadinho, podendo o mesmo ser revisto nas avaliações atuariais anuais efetuadas em conformidade com os termos da Portaria Ministerial n.º 403/2008, de 10 de dezembro de 2008, cabendo ao Chefe do Executivo a edição de Decreto para regulamentar a forma de amortização em cada exercício competente.

§ 3º O Plano de amortização estabelecido em um exercício, permanecerá em vigência até que seja procedida, mediante ato, a revisão anual de que trata o § 2º.

§ 4º Pela presente Lei Municipal fica instituído, a partir da presente data, o plano de amortização proposto no Parecer da Reavaliação Atuarial do Fundo Previdenciário do Município de Salgadinho/PE, realizado no exercício de 2013.

§ 5º O valor do Passivo Atuarial de que trata o Relatório Técnico de Reavaliação Atuarial, será amortizado no prazo de 31 (trinta e um) anos a partir de uma contribuição adicional incidente sobre a folha de remuneração dos servidores titulares de cargo efetivo do Município, iniciando logo após a aprovação e publicação da presente Lei, no percentual de 6,28% (seis inteiros e vinte e oito partes de centésimos por cento), e para os próximos (trinta e um) anos com um incremento anual de 2,64% (dois inteiros e sessenta e quatro partes de centésimo por cento), conforme demonstrado na planilha abaixo:

Plano de Amortização do Déficit Atuarial em Alíquotas Crescentes					
Ano de Amortização	**Saldo Inicial**	**Alíquota**	**Pagamento Anual**	**Valor dos Juros**	**Saldo Final**
1	18.092.169,78	6,28%	202.954,03	1.085.530,19	18.974.745,93
2	18.974.745,93	8,92%	291.198,63	1.138.484,76	19.822.032,06
3	19.822.032,06	11,56%	381.187,84	1.189.321,92	20.630.166,14

4	20.630.166,14	14,20%	472.947,70	1.237.809,97	21.395.028,42
5	21.395.028,42	16,85%	566.504,64	1.283.701,70	22.112.225,48
6	22.112.225,48	19,49%	661.885,41	1.326.733,53	22.777.073,60
7	22.777.073,60	22,13%	759.117,17	1.366.624,42	23.384.580,85
8	23.384.580,85	24,77%	858.227,36	1.403.074,85	23.929.428,34
9	23.929.428,34	27,41%	959.243,85	1.435.765,70	24.405.950,19
10	24.405.950,19	30,05%	1.062.194,83	1.464.357,01	24.808.112,37

§ 6º Na hipótese de inviabilidade da aplicação do Plano de Amortização ao RPPS será admitida a segregação de massa de seus segurados, desde que todos os procedimento necessários a serem adotados, sejam realizados em extrema conformidade com os termos, regras e limites estabelecidos pela Portaria MPS 403/2008, de 10 de dezembro de 2008, e da Portaria MPS nº 21 de 16 de janeiro de 2013.

Art. 45. Considera-se remuneração de contribuição, para os efeitos desta Lei:

I - a retribuição pecuniária devida ao segurado a título remuneratório pelo exercício do cargo, com valor fixado em Lei (vencimento de cargo efetivo);

II - Toda e quaisquer vantagens pecuniárias de cunho permanentes estabelecidas em Lei, tais como adicionais por tempo de serviço, gratificações, estabilidade financeira, já incorporadas legalmente;

III - a parcela percebida em decorrência do exercício do cargo em comissão, ou de função de confiança;

IV - as parcelas remuneratórias pagas em decorrência de local de trabalho;

V – toda e qualquer vantagem convertida por Lei que passe a ser parte integrante e permanente, da remuneração do servidor no cargo efetivo do servidor em atividade;

VI – parcelas de décimo terceiro salário e, 1/3 de férias;

VII – benefícios de salário maternidade, auxílio doença, auxilio reclusão;

VIII – adicionais por produtividade e ou serviços extraordinários;

IX – adicionais de insalubridade;

X – Adicional noturno;

XI – Proventos de aposentadoria e ou pensão;

XII – Parcelas referentes a gratificação de função de quaisquer naturezas, desde que instituídas por Lei;

XIII – Parcelas referentes a vantagem denominada "estabilidade financeira";

§ 1º As parcelas remuneratórias de que tratam os incisos III, IV, VIII, IX, X, e XII sofrerão automaticamente incidência de contribuição previdenciária, até que o servidor manifeste formalmente através de requerimento administrativo, a desistência de contribuir para tal parcela;

§ 2º A desistência de que trata o § 1º, possui caráter irrevogável e irretratável;

§ 3º Não estão sujeitos a desconto de contribuições previdenciárias, portanto não sendo incorporáveis aos proventos de aposentadoria e ou pensão, os seguintes adicionais:

I - salário família;
II - diárias para viagens;
III - ajuda de custo em razão de transferência;
IV - indenizações e ou ressarcimentos com transportes;
V - auxílios com alimentação
VI - auxílios creche, moradia, escolar e assistência à saúde
VII - abono de permanência
VIII - abono anual decorrente de PASEP;
IX - bolsas de incentivo educacional recebidas em pecúnia;
X - despesas com deslocamentos e estadias.

Art. 46. Em caso de acumulação de cargos permitida em Lei, a remuneração de contribuição para os efeitos desta Lei, será a soma das remunerações percebidas.

SEÇÃO II
DO RECOLHIMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES E CONSIGNAÇÕES

Art. 47. A arrecadação das contribuições devidas ao IPRESAL compreendendo o respectivo desconto e seu recolhimento, deverá ser realizada observando-se as seguintes normas:

I – aos responsáveis dirigentes e ordenadores de despesas, dos setores encarregados de efetuar o pagamento dos servidores ativos e inativos dos órgãos municipais, caberá reter, no ato do pagamento mensal, a contribuição previdenciária de que trata os incisos I, e II, do art. 44 da presente Lei.

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

II – O Gestor do Regime Próprio deverá providenciar a protocolização das Guias de recolhimento, junto à gerência da Instituição Bancária ao qual o Município indicar para retenção dos valores de contribuição de que trata o inciso anterior, diretamente na conta FPM do Município, não podendo o prazo de recebimento dos valores devidos exceder ao último dia útil do mês corrente.

III – O Gestor do Regime Próprio de Previdência deverá providenciar a protocolização das guias de arrecadação de contribuição previdenciárias de que tratam, os incisos III, e IV do artigo 44, da presente Lei, diretamente na gerência da Instituição Bancária ao qual o Município indicar, para a retenção dos valores de contribuições previdenciárias na conta FPM do Município, não podendo o prazo de recebimento dos valores devidos exceder ao último dia útil do mês corrente.

IV – Os demais órgãos, Legislativo, Autarquias e Fundações, recolherão as contribuições de que tratam o artigo 44, diretamente em conta corrente indicada pelo IPRESAL, mediante guia de arrecadação protocolizada diretamente junto ao setor responsável de cada órgão, não podendo o prazo de recebimento dos valores devidos exceder ao último dia útil do mês corrente.

V – O Poder Executivo, Legislativo, autarquias e fundações vinculados ao IPRESAL, para providências de emissão de guias de recolhimento das contribuições, obrigatoriamente deverão encaminhar até no prazo máximo de 04 (quatro) dias uteis, antes da data fixada para pagamento da remuneração dos servidores efetivos, relação contendo:

a) Nome, matrícula de cada servidor (a);
b) Valor da remuneração e subsídios por servidor (a);
c) Valor da contribuição previdenciária descontada por servidor (a);
d) Relação de beneficiários de cotas de salário família pagas por servidor;
e) Resumos analíticos e sintéticos da folha de pagamento dos servidores efetivos;
f) Relação de pagamentos de servidores, em auxílio doença, com os respectivos atestados;
g) Relação de pagamento de servidoras em salário maternidade, com os respectivos atestados;
h) Relação de servidores em auxílio reclusão, com as devidas comprovações;
i) Demonstrativos claros e precisos da base de cálculo de contribuições previdenciárias.

§ 1º Gestor do RPPS Poderá mediante autorização dos Conselhos, regulamentar alterações na forma de operacionalização e controle da arrecadação mensal das contribuições previdenciárias, e das retenções realizadas observado os limites e normas previstas, devendo os dirigentes, ordenadores de despesas dos órgãos vinculados ao RPPS, acatar o formato definido;

§ 2º A Diretoria do IPRESAL encaminhará a todos os órgãos e Unidades Administrativas da Municipalidade layout padrão e especifico para exportação dos dados acima, de forma eletrônica, e os responsáveis pela folha de pagamento do Poder Executivo, Legislativo, autarquias e fundações vinculados ao IPRESAL, obrigatoriamente deverão disponibilizar os dados no formato exigido para o cumprimento do disposto no Artigo 1º, inciso VI da Lei Federal 9.717/98, de 27 de novembro de 1998, e Artigo 12, da Portaria Ministerial n.º 4992/98, de 05 de fevereiro de 1999,e disciplinada pelo artigo 20, inciso I da Orientação Normativa n.º 002/2009, do Ministério da Previdência Social.

§ 3º Para todos os efeitos a data limite de vencimento para recolhimento de contribuições previdenciárias devidas, é o último dia útil de cada mês.

Art. 48. O não recolhimento das contribuições a que se referem os incisos III e IV, do art. 44, desta Lei, no prazo estabelecido nos inciso do artigo anterior, ensejará correção pelo índice da Taxa SELIC, acumulada, referente ao mês anterior ao do débito, acrescido de juros moratórios à razão de 1% (um por cento) ao mês.

§ 1º O não repasse das contribuições descontadas dos servidores efetivos a que se referem os incisos I e II, do art. 44 desta Lei, no prazo estabelecido no inciso I do artigo anterior, ensejará correção pelo índice da Taxa SELIC, acumulada, referente ao mês anterior ao do débito, acrescido de juros moratórios à razão de 1% (um por cento) ao mês, bem como a aplicação das sanções contidas no artigo 168-A do Decreto Lei n.º 2848, de 07 de dezembro de 1940, e Lei Federal 9983/2000, de 14 de julho de 2000.

§ 2º além das correções especificadas no presente artigo, o não repasse das contribuições acarretará aos responsáveis pelos atrasos, as sanções penais e administrativas cabíveis.

Art. 49. Em conformidade com o disposto no § 1º do Artigo 5.º da Portaria MPS n.º 402/2008, de10 dezembro de 2008, alterada pelo Artigo 2º da Portaria MPS nº 21/2013, de 16 de janeiro de 2013, fica autorizado o parcelamento e ou a repactuação de parcelamentos, dos débitos oriundos das contribuições previdenciárias devidas e não repassadas pelo município de Salgadinho ao IPRESAL, referentes a parte patronal, com vencimento até 31 de outubro de 2012, em até 240 (duzentos e quarenta) prestações mensais e consecutivas, e das contribuições descontadas dos segurados ativos e inativos, e dos pensionistas, relativas ao mesmo período, em até 60 (sessenta) prestações mensais e consecutivas.

§ 1º Para apuração do montante devido os valores originais serão atualizados pelo índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, acrescido de juros legais de 0,50. **%** (meio por cento) ao mês, acumulados desde a data de vencimento até a data da assinatura do termo de acordo de parcelamento.

§ 2º As parcelas vincendas serão atualizadas pelo índice da taxa SELIC, relativas ao mês anterior ao do recolhimento da parcela, acrescido de juros legais de 0,50% (meio por cento), aplicado no saldo devedor na data do efetivo pagamento.

Art. 50. Em conformidade com o disposto no § 1º do Artigo 5.º da Portaria MPS n.º 402/2008, de 10 de dezembro de 2008, alterada pelo artigo 2º da Portaria MPS 83/2009, de 18 de março de 2009, fica autorizado o parcelamento, dos débitos oriundos das contribuições devidas e não repassadas pelo município de Salgadinho ao IPRESAL, referente ao inciso III, do Artigo 44, (parte patronal), com vencimentos posteriores a 31 de outubro de 2012, em até 60 (sessenta) prestações mensais e consecutivas, observado os limites previstos na Portaria MPS 402/2008, de 10 de dezembro de 2008, e Portaria MPS 021/2013, de 16 de janeiro de 2013.

§ 1º Para apuração do montante devido os valores originais serão atualizados pelo índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC, acrescido de juros legais de 0,50. **%** (meio por cento) ao mês acumulados desde a data de vencimento até a data da assinatura do termo de acordo de parcelamento.

§ 2º As parcelas vincendas serão atualizadas pelo índice da taxa SELIC, relativas ao mês anterior ao do recolhimento da parcela, acrescido de juros legais de 0,50% (meio por cento), aplicado no saldo devedor na data do efetivo pagamento.

§ 3º Em conformidade com o disposto no § 11.º do artigo 2º da Portaria MPS 21/2013, de 16 de janeiro de 2013, fica autorizado o parcelamento e débitos do ente federativo com o RPPS, não decorrentes de contribuições previdenciárias, relativos a períodos até dezembro de 2008, em até 240 (duzentos e quarenta) prestações mensais, aplicando-se a mesma forma de correção prevista nos parágrafos anteriores.

§ 4º Fica o poder executivo autorizado a abrir crédito especial para cobertura dos encargos financeiros decorrente dos parcelamentos a que se referem a presente Lei Municipal.

§ 5º Os parcelamentos de que tratam o Artigo 50º, da presente Lei, após confessado e celebrado, deverá ter o desconto das parcelas previstas, vinculadas a conta corrente do Município de Salgadinho, relativa ao Fundo de Participação dos Municípios – FPM, tendo sua operacionalização de recolhimento disciplinada da seguinte forma:

I - O Valor referente a primeira parcela deverá ser deduzida da conta do FMP do Município, nos repasses previstos para serem creditados nos dias 10, 20 e ou 30 do

mês subsequente ao da celebração do acordo e confissão de débitos, sendo esta data inicial uma definição do chefe do Poder Executivo, o valor referente as demais parcelas serão deduzidas na mesma data dos meses ulteriores.

II - A Diretoria do Fundo/Instituto de Previdência Municipal ficará responsável pela atualização mensal do débito, emissão e controle das guias de arrecadação, devendo protocolar o referido instrumento com no mínimo 10 (dez) dias de antecedência de seu vencimento, diretamente na gerência da Instituição bancária, para que a mesma proceda com as deduções das parcelas convencionadas, devendo encaminhar cópia do referido instrumento a Secretaria de Finanças do Município, para dar ciência dos valores a serem deduzidos.

III - A forma de emissão e controle das guias de arrecadação deverá ser feita em sistema informatizado próprio e específico para estes fins, devendo estar numeradas sequencialmente, constando a Lei e a data que fora autorizado o parcelamento, a data de vencimento, o valor da atualização, o montante do saldo devedor, bem como todas as informações necessárias para demonstração de transparência pública no referido procedimento e alusivos documentos.

IV - A Diretoria do Fundo/Instituto encaminhará em até cinco dias úteis após o efetivo recolhimento da parcela mensal, via E-mail, e em formato PDF, aos poderes legislativo e executivo, com cópia ao controle interno e secretaria de finanças do Município, relatórios sintético e analítico, para que os mesmos façam o acompanhamento da regularidade dos pagamentos.

V - Os termos de acordo de parcelamento ou reparcelamento, acompanhados da declaração de sua publicação e de demonstrativos que discriminem, por competência, os valores originários, as atualizações, os juros, as multas e os valores consolidados, deverão ser encaminhados à Secretaria de Políticas de Previdência Social - SPPS, na forma por ela definida, para apreciação de sua conformidade às normas aplicáveis.

VI - Os valores das parcelas a serem recolhidas mensalmente, deverão ser informados à Secretaria de Políticas de Previdência Social - SPS, na forma por ela definida, para apreciação da regularidade dos pagamentos.

VII - Os conselhos, e demais servidores titulares de cargo efetivo desta Municipalidade, através de ofício, ficam autorizados a qualquer momento solicitar informações através de relatórios, referentes aos parcelamentos em andamento, sendo os requerentes responsabilizados, em casos de uso indevido do material recebido.

VIII - Em caso de não recolhimento/dedução de alguma parcela por fatores alheios a Diretoria de Previdência, esta providenciará a atualização da parcela vencida e protocolará novamente e diretamente na Instituição bancária para que a mesma proceda com o desconto da parcela devida, no próximo repasse de cota de FPM do Município, e encaminhara oficio ao Poder Executivo para dar ciência da situação anômala ocorrida.

Art. 51. O segurado que se valer da faculdade prevista no art. 6.º, da presente Lei, fica obrigado a recolher mensalmente, na rede bancária, mediante boleto bancário emitido pelo IPRESAL, as contribuições devidas.

Parágrafo único - O segurado que se valer da faculdade prevista no art. 6.º, da presente Lei, deverá retirar mensalmente a guia de recolhimento de contribuição previdenciária diretamente no RPPS, e ou indicar por oficio o endereço de correspondência eletrônica (e-mail) de sua preferência para o envio mensal da referida Guia de arrecadação.

Art.52. As cotas do salário-família, salário maternidade, auxílio doença e auxílio reclusão, poderão ser pagos pelo Município de SALGADINHO-PE, mensalmente, junto com a remuneração mensal dos segurados, efetivando-se a compensação quando do recolhimento das contribuições Patronais ao IPRESAL, devendo os valores compensados estar relacionados na Guia de Recolhimento de contribuições previdenciárias.

SUB-SEÇÃO I
DA FISCALIZAÇÃO

Art. 53. O IPRESAL poderá a qualquer momento, requerer dos Órgãos do Município, quaisquer documentos para efetuar levantamento fiscal, a fim de apurar irregularidades nas incidências dos encargos previdenciários previstos no plano de custeio.

CAPÍTULO V
DA GESTÃO ECONÔMICA-FINANCEIRA

SEÇÃO I
DAS GENERALIDADES

Art. 54. As importâncias arrecadadas pelo IPRESAL são de sua propriedade, e em caso algum poderão ter aplicação diversa da estabelecida nesta Lei, sendo nulos de pleno direito os atos que violarem este preceito, sujeitos os seus autores às sanções estabelecidas na legislação pertinente, além de outras que lhes possam ser aplicadas.

Art. 55. Na realização de avaliação atuarial inicial e na reavaliação em cada balanço por entidades independentes legalmente habilitadas, devem ser observadas as normas gerais de atuária e os parâmetros discriminados no anexo I da Portaria MPAS n.º 4992 com as alterações contidas na Portaria MPS n.º 403, de 10 dezembro de 2008.

SEÇÃO II
DAS DISPONIBILIDADES E APLICAÇÃO DAS RESERVAS

Art. 56. As disponibilidades de caixa do IPRESAL, ficarão depositadas em conta separada das demais disponibilidades do Município e aplicadas nas condições de mercado, com observância das normas estabelecidas pelo Conselho Monetário Nacional.

Art. 57. A aplicação das reservas se fará tendo em vista:

I - segurança quanto a recuperação ou conservação do valor real, em poder aquisitivo, do capital investido, bem como ao recebimento regular dos juros previstos para as aplicações de renda fixa e variável;

II - a obtenção do máximo de rendimento compatível com a segurança e grau de liquidez;

Parágrafo único. É vedada a aplicação das disponibilidades de que trata o *"caput"* em:

I - títulos da dívida pública estadual e municipal, bem como em ações e outros papéis relativos às empresas controladas pelo respectivo ente da Federação;

II - empréstimos, de qualquer natureza, aos segurados e ao poder público, inclusive a suas empresas controladas.

Art. 58. As receitas previstas no artigo 44, da presente Lei Municipal somente poderão ser utilizadas para pagamento de benefícios previdenciários do RPPS e para o custeio da taxa de administração destinada à manutenção do regime, respeitado o disposto no art. 6º, da Lei Federal nº 9.717, de 27 de novembro de 1998

§ 1º O valor anual da taxa de administração será de 2,0%(dois por cento) do valor total da remuneração e proventos e pensões pagos aos segurados e dependentes do IPRESAL, relativas ao exercício financeiro anterior, e será destinada exclusivamente ao custeio das despesas correntes e de capital necessárias à organização e ao funcionamento do IPRESAL

§ 2º O RPPS poderá constituir reserva com as sobras do *custeio das* despesas do exercício, cujos valores serão utilizados para os fins a que se destina a taxa de administração.

§ 3º O descumprimento dos critérios fixados neste artigo para a taxa de administração do RPPS representará utilização indevida dos recursos previdenciários.

§ 4º O RPPS poderá manter conta corrente especifica para depósitos dos valores da taxa de administração.

CAPÍTULO VI
DO ORÇAMENTO E DA CONTABILIDADE

SEÇÃO I
DO ORÇAMENTO

Art. 59. O orçamento do IPRESAL evidenciará as políticas e o programa de trabalho governamental observado o plano plurianual e a Lei de diretrizes orçamentárias e os princípios da universalidade e do equilíbrio.

Parágrafo único. O Orçamento do IPRESAL observará, na sua elaboração e na sua execução, os padrões e as normas estabelecidas na legislação pertinente.

SEÇÃO II
DA CONTABILIDADE

Art. 60. A contabilidade será organizada de forma a permitir o exercício das suas funções de controle prévio, concomitante e subsequente o de informar, inclusive de apropriar e apurar os custos dos serviços, e, consequentemente, de concretizar os seus objetivos, bem como, interpretar e analisar os resultados obtidos.

Art. 61. A escrituração Contábil do IPRESAL, deverá obedecer às normas e princípios contábeis previstos na Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964, e alterações posteriores e as normas emanadas da Portaria MPAS n.º 4.992/99, e Portaria Ministerial n.º 916/2003 de 15 de julho de 2003, e Portaria MPS n.º 95/2007 de 03 de março de 2007.

§ 1º A escrituração contábil do IPRESAL será distinta da mantida pelo tesouro municipal.

§ 2º O IPRESAL sujeita-se às inspeções e auditorias de natureza atuarial, contábil, financeira, orçamentária e patrimonial dos órgãos de controle interno e externo.

§ 3º O controle contábil do IPRESAL deve elaborar, com base em sua escrituração contábil e na forma fixada pelo Ministério da Previdência Social, demonstrações financeiras que expressem com clareza a situação do patrimônio do respectivo regime e as variações ocorridas no exercício, a saber:

I - balanço orçamentário;
II - balanço financeiro;
III - balanço patrimonial; e
IV - demonstração das variações patrimoniais;

§ 4º O Município adotará registros contábeis auxiliares para apuração de depreciações, de reavaliações dos direitos e ativos, inclusive dos investimentos e da evolução das reservas;

§ 5º As demonstrações contábeis serão ser complementadas por notas explicativas e outros quadros demonstrativos necessários ao minucioso esclarecimento da situação patrimonial e dos investimentos mantidos pelo RPPS;

§ 6º O IPRESAL encaminhará ao Ministério da Previdência Social, na forma e nos prazos por este definido, os seguintes documentos:

I – Demonstrativo de informações Previdenciárias e Repasses - DIPR;

II – Demonstrativo da política de investimentos – DEPIN;

III – Demonstrativos das Aplicações e Investimentos dos Recursos – DAIR.

§ 7º O IPRESAL também deverá encaminhar ao Ministério da Previdência, na forma e nos prazos definidos por este, os seguintes documentos:

a) legislação do RPPS acompanhada do comprovante de publicação e alterações;

b) Demonstrativo de Resultado da Avaliação Atuarial – DRAA;

c) Demonstrativos Contábeis e;

d) Demonstrativo da Política de Investimentos.

§ 8º Na avaliação atuarial anual serão observados as normas gerais de atuária e os parâmetros discriminados nas Portarias editadas pelo MPS.

§ 9º A Prefeitura, a Câmara, as autarquias e fundações públicas municipais deverão acatar as orientações contidas no parecer técnico atuarial anual, e em conjunto com o Conselho deliberativo e o Conselho Fiscal do IPRESAL adotarão as medidas necessárias para a imediata implantação das recomendações dele constantes.

SEÇÃO III
DA DESPESA

Art. 62. Nenhuma despesa será realizada sem a necessária autorização orçamentária, e não poderá ultrapassar o limite estabelecido no § 3º do art. 17, da Portaria MPAS n.º 4.992/99.

Parágrafo único. Para os casos de insuficiências e omissões orçamentárias poderão ser utilizados os créditos adicionais suplementares e especiais, autorizados por Lei e abertos por decretos do executivo.

Art. 63. A despesa do IPRESAL se constituirá de:

I - pagamento de prestações de natureza previdenciária;

II - pagamento de prestação de natureza administrativa.

SEÇÃO IV
DAS RECEITAS

Art. 64. A execução orçamentária das receitas se processará através da obtenção do seu produto nas fontes determinadas nesta Lei.

CAPÍTULO VIII
DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

SEÇÃO I
DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Art. 65. A organização administrativa do IPRESAL compreenderá os seguintes órgãos:

I - Diretoria Executiva;

II - Conselho Deliberativo;

III - Conselho Fiscal;

SUB-SEÇÃO ÚNICA
DOS ÓRGÃOS

Art. 66. Compõem o Conselho Deliberativo do IPRESAL, todos nomeados pelo Poder Executivo, os seguintes membros:

a) 02 (dois) representantes do Executivo indicados pelo excelentíssimo Prefeito do Município de Salgadinho;

b) 02 (dois) representantes do Legislativo indicados pelo excelentíssimo Presidente do Poder Legislativo do Município de Salgadinho;

c) 02 (dois) representantes dos servidores ativos titulares de cargo efetivo, podendo ser eleitos diretamente ou por aclamação em assembléia para estes fins, ou indicado pelo Sindicato;

d) 02 (dois) representantes dos Inativos e ou pensionistas vinculados ao IPRESAL, eleitos diretamente ou por aclamação, em assembléia direta para estes fins.

I - Para cada dois membros especificados acima será um titular e um suplente respectivamente.

§ 1º Os membros do Conselho Deliberativo, representantes do Executivo e do Legislativo, serão designados pelos Chefes dos Poderes respectivos, e os representantes dos segurados, serão escolhidos dentre os servidores municipais, em reunião especifica para esta finalidade, podendo ser através de eleição direta, ou por aclamação, e ou ainda por indicação do sindicato dos servidores públicos do Município, garantida participação dos aposentados e Pensionistas vinculados ao IPRESAL.

§ 2º Os membros do Conselho Deliberativo terão mandatos de 03 (três) anos, permitida a recondução dos seus respectivos membros uma única vez.

§ 3º O Presidente do Conselho Deliberativo será escolhido entre seus membros e exercerá o seu mandato por 02 (dois) anos, vedada a reeleição.

Art. 67. O Conselho Deliberativo se reunirá sempre com a totalidade de seus membros, pelo menos, 12 (doze) vezes ao ano, e sempre que convocado extraordinariamente pelo seu Presidente, e ou a maioria de seus membros, cabendo-lhe especificamente:

I - elaborar seu regimento interno;

II - eleger o seu presidente;

III - decidir sobre qualquer questão administrativa e financeira que lhe seja submetida pelo Conselho Fiscal;

IV - julgar os recursos interpostos das decisões do Conselho Fiscal;

V - Aprovar a proposta orçamentária anual bem como suas respectivas alterações propostas pela Diretoria Executiva do IPRESAL;

VI - Opinar sobre a admissão, demissão, promoção e ou contratação de novos servidores;

VII - Aprovar a contratação de instituição financeira que se encarregará da administração da carteira de ativos do IPRESAL em conformidade com os ditames da Resolução nº 3922/2010, de 25 de novembro de 2010, e demais normas regulamentadores do Conselho Monetário Nacional, proposta pela Diretoria Executiva do IPRESAL;

VIII - Realizar ações constantes de aconselhamento a Diretoria Executiva do IPRESAL, nas questões por elas suscitadas.

IX - apreciar sugestões e encaminhar medidas tendentes a introduzir modificações na presente Lei, bem como resolver os casos omissos.

X - Julgar em última instância os recursos dos Servidores Municipais que se sentirem lesados em seus direitos inerentes a solicitação de benefícios, solicitados pelos mesmos ao IPRESAL, sendo a decisão do referido conselho lavrado em Ata e deliberada em Resolução para posterior envio a Diretoria Executiva do IPRESAL que deverá acatar a resolução acima citada.

§ 1º As deliberações do Conselho Deliberativo serão promulgadas por meio de Resoluções.

§ 2º Não estando presente a totalidade de seus membros nas reuniões mensais, após a primeira chamada, o presidente decidirá acerca da continuidade dos trabalhos, desde que o quórum de conselheiros presentes, seja superiora 50% (cinquenta por cento);

Art. 68 A função de Secretário do Conselho Deliberativo será exercida por um servidor efetivo do quadro da Prefeitura Municipal.

Art. 69. Os membros do Conselho Deliberativo, nada perceberão pelo desempenho de suas funções, devendo cumprir os seguintes requisitos:

I – Frequência em todas as reuniões convocadas pelo presidente, remunerada ou não;

II – ação participativa e comprometida com os assuntos relacionados à boa administração do fundo previdenciário;

III – resposta às demandas e atendimento aos trabalhos de sua responsabilidade;

IV – pontualidade e presteza nas respostas e nos votos relativos aos processos distribuídos pelos presidentes;

V – guarda do devido decoro na atividade do conselheiro;

VI – aprovação trimestral dos conselheiros em avaliação do desempenho das atividades acima relacionadas.

§ 1º O Conselheiro que, sem justa causa, faltar a três sessões consecutivas ou seis alternadas, terá seu mandato declarado extinto.

§ 2º As deliberações do Conselho serão lavradas em Livro de Atas e as convocações ordinárias e extraordinárias serão feitas por escrito.

§ 3º Será firmado Termo de Posse dos membros do Conselho Deliberativo.

Art. 70 – Compete ao Conselho Deliberativo:

I – aprovar a política e as diretrizes de investimento dos recursos do IPRESAL, em especial a contratação de instituição financeira para gerir a aplicação dos recursos do fundo;

II – participar, acompanhar e avaliar mensalmente a gestão econômica e financeira do IPRESAL, em especial dos planos de custeio e de benefícios, solicitando informações à Secretaria Executiva;

III – apreciar e aprovar os seguintes documentos elaborados pela Secretaria Executiva:

a) proposta orçamentária anual do IPRESAL;

b) o relatório anual de atividades do IPRESAL, inclusive com demonstrações estatísticas dos benefícios concedidos no exercício;

c) os balancetes mensais, os demonstrativos financeiros, o balanço e a prestação de contas anual, acompanhados dos pareceres competentes do Conselho Fiscal;

IV – deliberar sobre a aceitação de bens, legados e doações com encargos, oferecidos ao IPRESAL;

V – solicitar ao Prefeito, se necessário, a contratação de auditorias independentes;

VI – apreciar e deliberar sobre as avaliações atuariais e respectivas notas técnicas atuariais;

VII – adotar as medidas necessárias à garantia do recolhimento das contribuições previdenciárias previstas nesta Lei;

VIII – promover ajustes à organização e operação do IPRESAL, se necessário.

Parágrafo único – São atribuições do Presidente do Conselho Deliberativo:

I – dirigir e coordenar as atividades do Conselho Deliberativo;

II – convocar, instalar e presidir as reuniões;

III – avocar o exame e propor solução de quaisquer assuntos do IPRESAL;

IV – praticar os demais atos de sua competência, nos termos desta Lei.

Art. 71. Compõem o Conselho Fiscal do IPRESAL os seguintes membros:

a) 02 (dois) representantes do Poder Executivo;

b) 02 (dois) representantes do Poder Legislativo;

c) 02 (dois) representantes dos servidores ativos titulares de cargo efetivo.

d) 02 (dois) representantes dos Inativos e ou pensionistas vinculados ao IPRESAL.

I - Para cada dois membros especificados acima será um titular e um suplente respectivamente.

§ 1º Os membros do Conselho Fiscal representantes do Executivo e do Legislativo, serão designados pelos Chefes dos Poderes respectivos, e os representantes dos segurados, serão escolhidos dentre os servidores municipais, em reunião especifica para esta finalidade, podendo ser através de eleição direta, por aclamação, e ou ainda por indicação do Sindicato dos Servidores Públicos do Município, garantida participação dos Inativos e Pensionistas vinculados ao IPRESAL.

§ 2º Os membros do Conselho Fiscal terão mandatos de 03 (três) anos, permitida a recondução dos seus respectivos membros uma única vez.

§ 3º O Presidente do Conselho Fiscal será escolhido entre seus membros, em eleição secreta e exercerá mandato por um ano vedada a reeleição, cabendo lhe a coordenação de todas as reuniões de trabalho do referido conselho.

§ 4º - Os membros do Conselho Deliberativo, nada perceberão pelo desempenho de suas funções, devendo cumprir os seguintes requisitos:

I – Frequência em todas as reuniões convocadas pelo presidente, remunerada ou não;

II – ação participativa e comprometida com os assuntos relacionados à boa administração do IPRESAL;

III – resposta às demandas e atendimento aos trabalhos de sua responsabilidade;

IV – pontualidade e presteza nas respostas e nos votos relativos aos processos distribuídos pelos presidentes;

V – guarda do devido decoro na atividade do conselheiro;

VI – aprovação trimestral dos conselheiros em avaliação do desempenho das atividades acima relacionadas.

§ 5º O membro do Conselho Fiscal que, sem justa causa, faltar a três sessões consecutivas ou a seis alternadas, terá seu mandato declarado extinto.

§ 6º O Conselho Fiscal elegerá o seu Presidente na primeira reunião ordinária após a sua posse, dentre seus membros, por dois anos, podendo ser reconduzido por igual período.

§ 7º O Presidente do Conselho Fiscal terá voz e voto de desempate e as deliberações do Conselho Fiscal serão lavradas em livro de Atas.

§ 8º Será firmado Termo de Posse dos membros do Conselho Fiscal.

Art. 72. O Conselho Fiscal se reunirá sempre com a totalidade de seus membros, pelo menos, 12 (doze) vezes ao ano, e sempre que convocado extraordinariamente pelo seu Presidente, e ou maioria absoluta de seus membros, cabendo-lhes especificamente:

I - elaborar seu regimento interno;

II - eleger o seu presidente;

III - Acompanhar a execução dos serviços técnicos, bem como a exoneração e ou contratação de novos servidores;

IV - Acompanhar a execução orçamentária do IPRESAL, conferindo a classificação dos fatos e examinando sua procedência e exatidão;

V - Examinar as prestações efetivadas pelo IPRESAL, aos servidores e dependentes e as respectivas tomada de contas efetuadas pela Diretoria Executiva;

VI – Proceder, face aos documentos de receita e despesa, a verificação dos balancetes mensais, os quais deverão estar instruídos com os devidos esclarecimentos para apreciação do Conselho Administrativo;

VII – Encaminhar ao Poder Executivo, e Legislativo, anualmente até o mês de março, com seu parecer técnico, o relatório do exercício anterior do IPRESAL, o Processo de tomada de contas, o balanço anual e o inventário a ele referente, assim como o relatório estatístico do elenco de benefícios prestados;

VIII – Requisitar da Gerência de Previdência do IPRESAL, as informações que julgarem convenientes e necessárias ao desempenho de suas atribuições e notificá-las correção de eventuais irregularidades verificadas representando ao Poder Executivo o desenrolar dos acontecimentos;

IX – Propor a Diretoria Executiva do IPRESAL, medidas que julgarem necessárias para resguardar a lisura e transparência da administração do mesmo.

X - Proceder a verificação de valores em depósito na tesouraria, em instituições financeiras, e atestar sua correta aplicação, e ou sugerindo mudanças na política de investimentos em conformidade com a Resolução nº 3922/2010, de 25 de novembro de 2010, e alterações posteriores;

XI – Julgar em primeira instancia para posterior encaminhamento ao Conselho Deliberativo, os recursos de Servidores Municipais que se sentirem lesados nos seus direitos inerentes a solicitação de benefícios, solicitados pelos mesmos ao IPRESAL, sendo a decisão do referido conselho lavrado em Ata e deliberada em Resolução para posterior envio a Diretoria Executiva do IPRESAL que deverá acatar ou não, a resolução acima citada.

§ 1º As deliberações do Conselho Fiscal serão promulgadas por meio de Resoluções e serão publicadas no sitio eletrônico do IPRESAL, ou no quadro de publicações da Prefeitura Municipal de Salgadinho e demais Unidades Administrativa;

§ 2º Não estando presente a totalidade de seus membros nas reuniões mensais, após a primeira chamada, o presidente decidirá acerca da continuidade dos trabalhos, desde que o quórum de conselheiros presentes, seja superiora 50% (cinquenta por cento);

Art. 73 A função de Secretário de Conselho Fiscal será exercida por um servidor efetivo do quadro da Prefeitura Municipal cabendo lhe a incumbência de lavrar as atas de todas as reuniões do Conselho Fiscal.

SEÇÃO II
DA ADMINISTRAÇÃO DO FUNDO

Art. 74. O IPRESAL - Instituto de Previdência dos Servidores de Salgadinho, Estado de Pernambuco será gerido e administrado, por uma de Diretoria Executiva composta dos seguintes membros:

a) Diretor (a) Presidente (a);
b) Diretor (a) Administrativo Financeiro;

§ 1º A Diretoria Executiva de que trata o presente artigo receberá o apoio dos órgãos definidos no Art. 65.

§ 2º Compete especificamente ao Diretor Presidente:

I - representar o IPRESAL em todos os atos e perante quaisquer autoridades;

II - comparecer às reuniões dos Conselhos Deliberativo, e fiscal, sem direito a voto;

III - cumprir e fazer cumprir as decisões do Conselho Deliberativo;

IV - propor, para aprovação do Conselho Deliberativo, o quadro de pessoal do IPRESAL;

V - organizar, em conjunto com o(a) Diretor(a) de Benefícios, os serviços de Prestação Previdenciária do IPRESAL;

VI - assinar, em conjunto com o Diretor Administrativo Financeiro, os cheques e documentos, respondendo pelos atos e fatos de interesse do IPRESAL;

VII - encaminhar, os balancetes mensais, o balanço e as contas anuais do IPRESAL para o Conselho Deliberativo e para o Tribunal de Contas do Estado, acompanhadas dos pareceres do Conselho Fiscal;

XIII - Assinar em conjunto com o(a) Diretor (a) Administrativo Financeiro, atos de concessão de aposentadorias e ou pensão, e demais benefícios previdenciários.

IX - apresentar relatório de receitas e despesas (relatório de gestão) mensais ao Conselho Fiscal;

X - despachar os processos de habilitação a benefícios, concedendo pareceres de ordem técnica, inclusive nas solicitações de revisão de benefícios de proventos de aposentadorias e ou pensões;

XI - movimentar as contas bancárias do IPRESAL conjuntamente com o Diretor (a) Administrativo Financeiro do IPRESAL;

XII - fazer delegação de competência aos servidores do IPRESAL;

XIII - Nomear comissões no âmbito dos trabalhos do RPPS;

IX - ordenar despesas e praticar todos os demais atos de administração;

XV - Emitir normatizações e ou resoluções, de rotinas internas de trabalho;

§ 3º Para melhor desenvolvimento das funções do IPRESAL, poderão serem feitos desdobramentos dos órgãos de direção e executivo, por deliberações do Conselho Deliberativo.

§ 4º O Diretor Presidente, será assistido, em caráter permanente ou mediante serviços contratados, por Assessores incumbidos de colaborar e orientar na solução dos problemas técnicos, jurídicos, e atuariais do IPRESAL.

§ 5º O Diretor Presidente, em conjunto com o (a) Diretor (a) Administrativo financeiro emitirá no final de cada semestre e ou exercício, relatório técnico de gestão, contendo no mínimo as seguintes especificações e esclarecimentos:

I – Breve histórico da Legislação do RPPS, dando clareza acerca da data de instituição do RPPS;

II – Aspectos relevantes acerca da situação do equilíbrio financeiro e atuarial do RPPS, aferindo e demonstrando com gráficos, e números, se na data de emissão do respectivo relatório o RPPS, apresenta equilíbrio financeiro e atuarial, devendo evidenciar os seguintes quesitos:

a) Caso apresente desequilíbrio atuarial, citar os valores e sua evolução nos últimos cinco anos;

b) Caso apresente desequilíbrio financeiro, citar quais o valores aportados mensalmente nos últimos cinco anos, e ou a partir do início do fato;

c) Evidenciar através de quadro demonstrativo as alíquotas praticadas nos últimos cinco anos, demonstrando o custo normal, especial, total e o déficit ou superávit apontando pelo atuário no período;

III – Demonstrar através de quadros e gráficos os resultados de receitas, despesas e resultados financeiros realizados pelo RPPS, nos últimos cinco anos;

IV – Demonstrar através de gráficos a evolução e ou involução das disponibilidades financeiras do RPPS;

V – Sugerir medidas técnicas em consonância com a legislação pertinente, com vistas a sanar eventuais problemas aferidos;

VI – Demonstrar a evolução de Inativos e Pensionistas nos últimos 05 (cinco) anos;

VII - Apresentar informações acerca da situação da Compensação previdenciária de que trata a Lei Federal 9796/99;

VIII – Demonstrar o andamento acerca da regularidade nos pagamentos de eventuais termos de confissão de débito celebrados entre o Município e o RPPS;

§ 6º O Relatório de que trata o presente parágrafo, deverá ser protocolado no final de cada exercício financeiro, junto ao Poder Executivo, Controladoria do Município, Conselhos, e deverá estar à disposição de todo e qualquer servidor titular de cargo efetivo e demais segurados do IPRESAL, que se manifestar através de oficio o interesse pelo mesmo.

Art. 75 - Compete ao Diretor (a) Administrativo Financeiro:

I - manter o serviço de protocolo, expediente, arquivo, bem como baixar ordens de serviços relacionados com aspecto financeiro;

II - fornecer até o décimo dia útil de cada mês os informes necessários à elaboração do balancete do mês anterior;

III - manter atualizadas a contabilidade financeira e patrimonial do RPPS;

IV - promover a arrecadação, registro e guarda de rendas e quaisquer valores devidos ao IPRESAL, e dar publicidade à movimentação financeira;

V - providenciar a elaboração do orçamento anual e plurianual de investimentos, e acompanhar a sua execução;

VI - assinar, em conjunto com o Diretor Presidente, os cheques e documentos, respondendo pelos atos e fatos de interesse do IPRESAL;

VII - providenciar a abertura de créditos adicionais, quando necessário;

VIII - manter controle dos serviços relacionados com a aquisição, recebimento, guarda e controle, bem como da fiscalização do consumo de material;

IX - manter controle sobre a guarda dos valores, títulos e disponibilidades financeiras e demais documentos que integram o Patrimônio do IPRESAL;

X - providenciar o cálculo da folha mensal dos benefícios a serem pagos pelo IPRESAL aos segurados e dependentes, nos termos desta Lei;

XI - Providenciar e controlar as guias de arrecadações de contribuições previdenciárias;

XII - substituir o Diretor Presidente em seus impedimentos eventuais.

XIII - Manter os serviços de protocolo e arquivos do Instituto,

XIV - Manter constantemente atualizado o cadastro pertencente ao IPRESAL, referente aos seus segurados, definidos no Artigo 3.º, e de seus dependentes definidos no Artigo 7º da Presente Lei;

XV - Proceder com os cálculos mensais do pagamento de benefícios previdenciários;

XVI - Realizar serviços de esclarecimentos e orientações aos segurados, quando questionado acerca de seus direitos e deveres junto ao IPRESAL;

XVII - Assinar em conjunto com o(a) Diretor(a) Presidente, atos de concessão de aposentadorias e ou pensão, e demais benefícios previdenciários;

XVIII - despachar os processos de habilitação a benefícios, concedendo pareceres de ordem técnica, inclusive nas solicitações de revisão de benefícios de proventos de aposentadorias e ou pensões;

Art. 76. Fica nos termos da Presente Lei Municipal criado o cargo de Assistente Administrativo, de livre designação pelo (a) Diretor(a) Presidente do RPPS, com remuneração equivalente ao Salário Mínimo Nacional.

SEÇÃO II
DO PESSOAL

Art. 77. O Cargo de Diretor Presidente do IPRÉSAL será, exercido exclusivamente por servidor titular de cargo efetivo, preferencialmente portador de diploma de nível superior, sendo de livre designação e exoneração pelo Poder Executivo do Município de Salgadinho com símbolo, status e remuneração de Secretário do Município.

I - O Cargo de Diretor Financeiro do IPRESAL, é de livre designação e exoneração pelo Poder Executivo do Município do Salgadinho com remuneração equiparada ao de Secretário do Município.

Parágrafo único. Os direitos, deveres e regime de trabalho dos servidores do IPRESAL reger-se-ão pelas normas aplicáveis aos servidores municipais através do Estatuto do Servidor Público em vigor no Município do Salgadinho.

Art. 78. O Diretor Presidente, poderá requisitar servidores municipais, por necessidade administrativa, mediante requerimento formal ao Poder Executivo Municipal.

SEÇÃO III
DOS RECURSOS

Art.79. Os segurados do IPRESAL e respectivos dependentes, poderão recorrer ao Conselho Fiscal, dentro de 30 (trinta) dias contados da data em que forem notificados, das decisões do Diretor Presidente, denegatórias de prestações Previdenciárias.

CAPÍTULO IX
DOS DEVERES E OBRIGAÇÕES
SEÇÃO I
DOS SEGURADOS

Art. 80 - São deveres e obrigações dos segurados:

I - acatar as decisões dos órgãos de direção do IPRESAL;

II - aceitar e desempenhar com zelo e dedicação os cargos para os quais forem eleitos ou nomeados;

III - dar conhecimento à direção do IPRESAL das irregularidades de que tiverem ciência, e sugerir as providências que julgarem necessárias;

IV - comunicar ao IPRESAL qualquer alteração necessária aos seus assentamentos, sobretudo aquelas que digam respeito aos dependentes e beneficiários.

V - Para os servidores que se aposentarem nos termos do Artigo, 12, Inciso I, da presente Lei, a Diretoria de Previdência em conjunto com a de Financeira, poderá determinar a qualquer tempo, a reavaliação da aposentadoria concedida, desde que fundamentado em laudo e relatório médico emitido pela correspondente Junta, devendo de forma antecipada convocar o (a) servidor (a), através de oficio, informando data, hora e local do procedimento, e encaminhá-lo para a junta médica do RPPS, a fim de aferir a necessidade de manutenção do benefício, não se aplicando este dispositivo a segurados que tenham implementado a idade de 60 (sessenta) anos.

VI - O servidor que se negar pela 2º vez consecutiva o chamamento para reavaliação da perícia médica, fica ciente que após a publicação do 3º chamado, em jornais de grande circulação, o pagamento do benefício será automaticamente suspenso, até que o mesmo compareça ao Regime Próprio para ser submetido a perícia.

VII - O segurado que se valer da faculdade prevista no art. 6.º, fica obrigado a recolher suas contribuições e débitos, mensalmente, na rede bancária, mediante boleto bancário emitido pelo IPRESAL.

Art.81. O segurado pensionista terá as seguintes obrigações:

I - acatar as decisões dos órgãos de direção do IPRESAL;

II - apresentar, anualmente, em janeiro, atestado de vida e residência do grupo familiar beneficiado por esta lei;

III - comunicar por escrito ao IPRESAL as alterações ocorridas no grupo familiar para efeito de assentamento;

IV - prestar com fidelidade, os esclarecimentos que forem solicitados pelo IPRESAL.

CAPÍTULO X
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art.82 - Observado o disposto no art. 4º da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, é assegurado o direito de opção pela aposentadoria voluntária com proventos calculados de acordo com o art. 12 desta Lei, àquele que tenha ingressado regularmente em cargo efetivo na Administração Pública Municipal direta, autárquica e fundacional, até a data de publicação daquela Emenda, quando o servidor, cumulativamente:

I - tiver cinquenta e três anos de idade, se homem, e quarenta e oito anos de idade, se mulher;

II - tiver cinco anos de efetivo exercício no cargo em que se der a aposentadoria;

III - contar tempo de contribuição igual, no mínimo, à soma de:

a) Trinta e cinco anos, se homem, e trinta anos, se mulher; e

b) um período adicional de contribuição equivalente a vinte por cento do tempo que, na data de publicação daquela Emenda, faltaria para atingir o limite de tempo constante da alínea *a* deste inciso.

§ 1º O servidor de que trata este artigo que cumprir as exigências para aposentadoria na forma do *caput* terá os seus proventos de inatividade reduzidos para cada ano antecipado em relação aos limites de idade estabelecidos pelo inciso III, alínea "a" e § 3º do art. 12 desta Lei, na seguinte proporção:

I - três inteiros e cinco décimos por cento, para aquele que completar as exigências para aposentadoria na forma do *caput* até 31 de dezembro de 2005;

II - cinco por cento, para aquele que completar as exigências para aposentadoria na forma do *caput* a partir de 1º de janeiro de 2006.

§ 2º O professor, que, até a data de publicação da Emenda Constitucional n.º 20, de 15 de dezembro de 1998, tenha ingressado, regularmente, em cargo efetivo de magistério e que opte por aposentar-se na forma do disposto no *caput*, terá o tempo de serviço exercido até a publicação daquela Emenda contado com o acréscimo de dezessete por cento, se homem, e de vinte por cento, se mulher, desde que se aposente, exclusivamente, com tempo de efetivo exercício nas funções de magistério, observado o disposto no § 1º.

§ 3º O servidor de que trata este artigo, que tenha completado as exigências para aposentadoria voluntária estabelecidas no *caput*, e que opte por permanecer em atividade, fará jus a um abono de permanência equivalente ao valor da sua contribuição previdenciária até completar as exigências para aposentadoria compulsória contidas no inciso II do art. 12 desta Lei.

§ 4º Às aposentadorias concedidas de acordo com este artigo aplica-se o disposto no art. 40, § 8º, da Constituição Federal.

Art. 83. Observado o disposto no art. 37, desta lei, o tempo de serviço considerado pela legislação vigente para efeito de aposentadoria, cumprido até que a lei federal discipline a matéria, será contado como tempo de contribuição.

Art. 84. Ressalvado o direito de opção à aposentadoria pelas normas estabelecidas pelo art. **12**, ou pelas regras estabelecidas pelo art. **82** desta Lei, o servidor que tenha ingressado no serviço público até a data de publicação desta Emenda poderá aposentar-se com proventos integrais, que corresponderão à totalidade da remuneração do servidor no cargo efetivo em que se der a aposentadoria, na forma da lei, quando, observadas as reduções de idade e tempo de contribuição contidas no § 3º do art. 12 desta lei, vier a preencher, cumulativamente, as seguintes condições:

I - sessenta anos de idade, se homem, e cinquenta e cinco anos de idade, se mulher;

II - trinta e cinco anos de contribuição, se homem, e trinta anos de contribuição, se mulher;

III - vinte anos de efetivo exercício no serviço público; e

IV - dez anos de carreira e cinco anos de efetivo exercício no cargo em que se der a aposentadoria.

Parágrafo único. Os proventos das aposentadorias concedidas conforme este artigo serão revistos na mesma proporção e na mesma data, sempre que se modificar a remuneração dos servidores em atividade, na forma da lei, observado o disposto no art. 37, XI, da Constituição Federal.

Art. 85. O servidor, que tenha ingressado no serviço público até a data de publicação da Emenda Constitucional n.º 41/2003, de 19 de dezembro de 2003 com redação da Emenda Constitucional n.º 70/2012, de 29 de março de 2012, e que tenha se aposentado ou venha a se aposentar por invalidez permanente, com fundamento no inciso I do § 1º do art. 40 da Constituição Federal, e no Artigo 12inciso I da presente Lei, tem direito a proventos de aposentadoria calculados com base na remuneração do cargo efetivo em que se der a aposentadoria, na forma da lei, não sendo aplicáveis as disposições constantes dos §§ 3º, 8º e 17 do art. 40 da Constituição Federal.

Parágrafo único. Aplica-se ao valor dos proventos de aposentadorias concedidas com base no caput o disposto no art. 7º da referida Emenda Constitucional, observando-se igual critério de revisão às pensões derivadas dos proventos desses servidores.

Art. 86. É assegurada a concessão, a qualquer tempo, de aposentadoria aos servidores públicos, bem como pensão aos seus dependentes, que, até a data de publicação da Emenda Constitucional n.º 41/2003, tenham cumprido todos os requisitos para obtenção desses benefícios, com base nos critérios da legislação então vigente.

§ 1º O servidor de que trata este artigo que opte por permanecer em atividade tendo completado as exigências para aposentadoria voluntária e que conte com, no mínimo, vinte e cinco anos de contribuição, se mulher, ou trinta anos de contribuição, se homem, fará jus a um abono de permanência equivalente ao valor da sua contribuição previdenciária até completar as exigências para aposentadoria compulsória contidas no inciso II do art. 12 desta lei.

§ 2º Os proventos das aposentadorias a serem concedidas aos servidores públicos referidos no *caput*, em termos integrais ou proporcionais ao tempo de contribuição já exercido até a data de publicação da Emenda Constitucional de que trata este artigo, bem como as pensões de seus dependentes, serão calculados de acordo com a legislação em vigor à época em que foram atendidos os requisitos nela estabelecidos para a concessão desses benefícios ou nas condições da legislação vigente.

Art. 87. Observado o disposto no art. 37, XI, da Constituição Federal, os proventos de aposentadoria dos servidores públicos titulares de cargo efetivo e as pensões dos seus dependentes, em fruição na data de publicação da Emenda Constitucional n.° 41/2003, bem como os proventos de aposentadoria dos servidores e as pensões dos dependentes abrangidos pelo artigo anterior, serão revistos na mesma proporção e na mesma data, sempre que se modificar a remuneração dos servidores em atividade, sendo também estendidos aos aposentados e pensionistas quaisquer benefícios ou vantagens posteriormente concedidos aos servidores em atividade, inclusive quando decorrentes da transformação ou reclassificação do cargo ou função em que se deu a aposentadoria ou que serviu de referência para a concessão da pensão, na forma da lei.

Art. 88. Ressalvado o direito de opção à aposentadoria pelas normas estabelecidas pelo artigo 12, desta Lei, ou pelas regras estabelecidas pelos artigos 82, e 84, desta Lei, o servidor que tenha ingressado no serviço público até 16 de dezembro de 1998, poderá aposentar-se com proventos integrais, desde que preencha, cumulativamente, as seguintes condições:

I – trinta e cinco anos de contribuição, se homem, e trinta anos de contribuição, se mulher;

II – vinte e cinco anos de efetivo exercício de serviço público, quinze anos de carreira e cinco anos no cargo em que se der a aposentadoria;

III – idade mínima resultante da redução, relativamente aos limites do art. 40, § 1º, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, combinado com o art. 12, inciso III, alínea "a", desta Lei, de um ano de idade para cada ano de contribuição que exceder a condição prevista no inciso I do caput deste artigo.

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

Parágrafo único. Aplica-se ao valor dos proventos de aposentadoria concedidas com base neste artigo o disposto no art. 7º, da Emenda Constitucional nº 41, de 2003, combinado com o Art. 84, desta Lei observando-se igual critério de revisão às pensões derivadas dos proventos de servidores falecidos que tenham se aposentado em conformidade com este artigo.

Art. 88. Para todos os efeitos os períodos de tempo utilizados para o cálculo de concessões de quaisquer benefícios previdenciários constantes na presente Lei, serão considerados e contados em número de dias.

Art. 89. Fica homologado o relatório técnico sobre os resultados da reavaliação atuarial, realizado em 2013.

Art. 90. O Município é o responsável pela cobertura de eventuais insuficiências financeiras do IPRESAL, decorrentes do pagamento de benefícios previdenciários.

Art.91. A alíquota contributiva de que trata os incisos III, e IV do Art. 44, será exigida imediatamente após a publicação da presente Lei.

Art.92, Os Atos de concessão de benefícios previdenciários seguirão numeração, e modelo padrão, específicos do IPRESAL, definidos através de resoluções e anexos emitidos pelo Diretor Presidente em conjunto com o Diretor de Benefícios.

Art. 93 Para o alcance de metas de práticas de governança administrativa, visando o compartilhamento de dados, e transparência das informações das ações da administração do IPRESAL, o meio oficial de comunicação oficial do referido RPPS, é o seu web site na rede mundial de computadores, localizado no seguinte endereço eletrônico: www.previdenciadesalgadinho.com.br

Parágrafo único. O meio de comunicação via correios eletrônicos a ser utilizado pelos servidores do RPPS, deve ser de caráter institucional, utilizando se da sigla (domínio) acima apresentada, ficando expressamente vedado e proibido, a utilização de outro meio para tratar dos interesses do referido Órgão.

Art. 94 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogam-se as disposições em contrário, em especial a Lei Municipal n.º 416/2007, de 30 de agosto de 2007 e Lei Municipal 521/2008, de 19 de fevereiro de 2008.

Gabinete do Prefeito do Município de Salgadinho/PE, em 03 de junho de 2013.

ADENILSON PEREIRA DE ARRUDA
Prefeito

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

ANEXO I - (Artigo 14, § 1º)

MANUAL DE PERÍCIA MÉDICA PARA CONCESSÃO DE APOSENTADORIA INTEGRAL POR INVALIDEZ PERMANENTE, PREVISTO NO ARTIGO 14 DA LEI MUNICIPAL Nº 479/2013

Doenças classificadas no Artigo 14, da Lei Municipal do IPRESAL.

As doenças especificadas na Lei Municipal de que trata especificamente do Regime Próprio de Previdência do Município, permitem aos seus portadores a concessão de alguns benefícios.

O servidor acometido por essas enfermidades, e que seja considerado inválido, terá direito à aposentadoria por invalidez com proventos integrais calculados em conformidade com o **Artigo 1º da Emenda Constitucional n.º 70/2012, de 29 de março de 2012.**

Essas doenças permitem aos seus portadores a isenção de imposto de renda sobre proventos de aposentadoria, reforma ou pensão. (Lei Federal 11052/04, de 29 de dezembro de 2004)

A constatação das doenças especificadas, abaixo relacionadas, se baseia em critérios apresentados pelas sociedades brasileiras e internacionais de cada especialidade e em publicações de órgãos públicos.

A sua comprovação deverá ser feita por intermédio de laudos médicos e exames complementares.

A seguir cada doença será descrita em seu quadro clínico e seus principais critérios de enquadramento.

a) Doenças especificadas no artigo 14 da Lei do Regime Próprio de Previdência Municipal do Salgadinho/PE

Alienação mental; (CID compreendido: F00.0 a F99.0)

Cardiopatia grave; (CID compreendido: I00 a I99.0)

Cegueira posterior ao ingresso no serviço público; (CID compreendido: H54.0)

Doença de Parkinson; (CID Compreendido: G00 a G 99.8)

Esclerose múltipla; (CID Compreendido: G00 a G 99.8)

Espondilartrose anquilosante; (CID Compreendido: G00 a G 99.8)

Formas avançadas da Doença de Paget; (CID Compreendido: M00.0 a M 99.9)

Hanseníase; (CID Compreendido: A30 A 30.0 a A30.9, e B92)

Nefropatia grave; (CID Compreendido: N00.0 a N99.9)

Neoplasias malignas; (CID Compreendido: B21 a B24.0, C00.0 a C96.9, C97, e de D00 a D899)

Paralisia irreversível e incapacitante; (CID Compreendido: G00 a G 99.8)

Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida AIDS); (CID Compreendido: B21 a B24.0)

Tuberculose ativa; (CID Compreendido: J00 a J99.8)

Hepatopatia Grave; (CID Compreendido: K00 a K93.8)

Contaminação por radiação

ALIENAÇÃO MENTAL

Conceitos:

Conceitua-se como alienação mental todo quadro de distúrbio psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o indivíduo inválido total e permanentemente para qualquer trabalho.

O indivíduo torna-se incapaz de responder legalmente por seus atos na vida civil, 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.

Há indicação legal para que todos os servidores portadores de alienação mental sejam interditados judicialmente.

O perito deve avaliar se é conveniente e apropriado o enquadramento do indivíduo como alienado mental. O simples diagnóstico desses quadros não é indicativo de enquadramento.

Normas de Procedimentos para a Perícia Oficial em Saúde

Deverão constar dos **laudos** declaratórios da invalidez do portador de alienação mental os seguintes dados:

1 • Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças;

2 • Estágio evolutivo;

3 • A expressão "alienação mental".

Critérios de Enquadramento

A alienação mental poderá ser identificada no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica ou neuropsiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, sejam atendidas todas as condições abaixo discriminadas:

1 • Seja grave e persistente;

2 • Seja refratária aos meios habituais de tratamento;

3 • Provoque alteração completa ou considerável da personalidade;

4 • Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;

5 • Torne o servidor inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

São Passíveis de Enquadramento:

1 • Psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;

2 • Outras psicoses graves nos estados crônicos;

3 • Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson etc.

4 • Oligofrenias graves.

São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental:

1 • Psicoses afetivas, mono ou bipolares, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível da personalidade;

2 • Psicoses epiléticas, quando caracterizadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;

3 • Psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;

4 • Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas graves.

Quadros Não Passíveis de Enquadramento:

1 • Transtornos da personalidade;

2 • Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas leves e moderadas;

3 • Oligofrenias leves e moderadas;

4 • Psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao estresse);

5 • Psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis);

6 • Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

CARDIOPATIA GRAVE

Conceitos:

Conceitua-se como cardiopatia grave, no âmbito médico-pericial, toda enfermidade que, em caráter permanente, reduz a capacidade funcional do coração a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou impedir o indivíduo de exercer definitivamente suas atividades, não obstante o tratamento médico e /ou cirúrgico em curso.

O Conceito de Cardiopatia Grave engloba doenças agudas e crônicas que em sua evolução limitam progressivamente a capacidade funcional do coração, levando a diminuição da capacidade física e laborativa, a despeito do tratamento do tratamento instituído.

O critério adotado pela perícia para avaliação funcional do coração baseia-se na II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, promulgada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA.

Classificação das Cardiopatias de acordo com a capacidade funcional do coração – NYHA	
Classe I	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispnéia nem angina de peito.
Classe II	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito.
Classe III	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito.
Classe IV	Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

Na avaliação da capacidade funcional do coração devem ser utilizados os meios diagnósticos disponíveis para quantificar o déficit funcional e estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave, sendo necessária a avaliação conjunta dos resultados dos exames.

A limitação funcional cardíaca será definida pela análise criteriosa dos métodos propedêuticos, quando indicados, a saber:

1 • Anamnese e exame físico do aparelho cardiovascular detalhados minuciosamente, incluindo teste da caminhada dos 6 min.

2 • Exames laboratoriais: hemograma, BNP, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas, exame de urina e de fezes.

3 • Radiografias do tórax em AP e perfil.

4 • Eletrocardiograma de repouso.

5 • Eletrocardiograma de esforço.

6 • Eletrocardiografia dinâmica - Holter.

7 • Mapeamento ambulatorial da pressão arterial.

8 • Ecocardiografia bidimensional com Doppler de fluxos valvulares.

9 • Cintilografia miocárdica.

10 • Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco.

11 • Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco.

12 • Estudo eletrofisiológico.

13 • Tomografia computadorizada.

14 • Ressonância magnética.

15 • Teste cardiopulmonar.

16 • Perfusão miocárdica por microbolhas.

De acordo com a avaliação dos parâmetros anteriores, indicados para o estudo pericial, a Conceituação final de cardiopatia grave será definida em função da presença de uma ou mais das seguintes síndromes:

1 • Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva;

a) Sinais de disfunção ventricular, baixo débito cardíaco, dispneia de esforço e em repouso (CF III e VI da NYHA), fenômenos tromboembólicos, tontura, síncope, precordialgia. Fração de ejeção < 40%; dilatação e hipocontratilidade ventricular vistas no estudo hemodinâmico.

2 • Síndrome de insuficiência coronariana;

a) Quadro clínico de forma crônica - Angina classes III e IV da CCS (*Canadian Cardiovascular Society*), *apesar da terapêutica máxima adequadamente usada*; manifestações clínicas de insuficiência cardíaca, associada à isquemia aguda nas formas crônicas, a presença de disfunção ventricular progressiva; arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extrassístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada devem-se associar dados do ECG e Holter).

b) Cinecoronarioventriculografia - Lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de > 70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular

esquerda; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

c) Fatores de risco e condições associadas - Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.

3 • Síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundários a uma cardiopatia;

4 • Arritmias complexas e graves; arritmias que cursam com instabilidade elétrica do coração, complexas, refratárias ao tratamento, sintomáticas (síncopes, fenômenos tromboembólicos).

Dentro do perfil sindrômico exposto, as seguintes entidades nosológicas serão avaliadas como cardiopatia grave:

1 • Cardiopatias isquêmicas;

2 • Cardiopatias hipertensivas;

3 • Cardiomiopatias primárias ou secundárias;

4 • Cardiopatias valvulares;

5 • Cardiopatias congênitas;

6 • Cor pulmonale crônico;

7 • Arritmias complexas e graves;

8 • Hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas com lesões irreversíveis em órgãos-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

Critérios de Enquadramento

Para a insuficiência cardíaca e/ou coronariana, classificam-se como graves aquelas enquadradas nas classes III e IV da NYHA, e, eventualmente, as da classe II da referida classificação, na dependência da idade, da atividade profissional, das características funcionais do cargo, da coexistência de outras enfermidades e da incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento médico em curso.

Para arritmias graves, serão consideradas aquelas complexas, com alto grau de instabilidade elétrica do miocárdio, advindo daí manifestações sistêmicas frequentes como fenômenos tromboembólicos e/ou sintomas e sinais de baixo débito circulatório, e não controláveis por drogas e/ou marcapasso artificial, por isso com alto risco de morte súbita.

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave:

1 • Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);

2 • Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);

3 • Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassistolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;

4 • Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;

5 • Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA.

A perícia somente enquadrará os servidores como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 meses.

Nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com mau prognóstico em curto prazo, poderá ser dispensado o prazo de observação e tratamento.

O prazo de observação e tratamento supracitado também poderá ser dispensado nos servidores que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados, mantendo-se os critérios do enquadramento anteriormente descritos para a invalidez.

O laudo da Perícia Oficial em Saúde deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), a classe funcional e os elementos usados para a classificação, que permitiram o enquadramento legal da lesão incapacitante, e concluir pela existência ou não de cardiopatia grave.

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

É importante não confundir "a gravidade de uma cardiopatia com uma cardiopatia grave, esta uma entidade médico-pericial". A classificação de uma cardiopatia grave baseia-se nos aspectos de gravidade de uma cardiopatia relacionados com a capacidade laborativa e com o prognóstico do indivíduo.

Os pacientes coronariopatas, após evento agudo, devem aguardar em licença médica por um período de um a seis meses para serem avaliados, dependendo das complicações havidas e do tratamento realizado.

Após um infarto do miocárdio, a avaliação de risco baseia-se em três fatores: percentagem de miocárdio isquêmico residual, extensão da disfunção ventricular esquerda e potencial arrítmico.

Quando o tratamento adequado, clínico ou intervencionista, melhorar ou abolir as alterações cardiológicas, o diagnóstico de cardiopatia grave deve ser reconsiderado e reavaliado.

O comprometimento do coração na hipertensão arterial identifica a cardiopatia hipertensiva. Quando isso ocorre, frequentemente os demais órgãos-alvo também podem estar comprometidos. De outra parte, em alguns casos, um ou mais órgãos-alvo podem estar envolvidos, sem que o coração o esteja. Nesses casos, não se trata de cardiopatia hipertensiva, mas de hipertensão arterial complicada.

Sabe-se, também, que em um grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, consequentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação.

Esse é o conceito dinâmico de "reversibilidade" da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

De qualquer forma, a perícia nunca deve achar, de antemão, que pacientes submetidos a qualquer das intervenções mencionadas acima têm, necessariamente, a condição médico-pericial classificada como cardiopatia grave.

Cegueira posterior ao ingresso no serviço público:

Conceito

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

São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

a) Os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nestas normas, não suscetíveis de correção óptica nem capazes de serem beneficiados por tratamento clínico-cirúrgico;

b) Os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20º no melhor olho, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

Graus de perda parcial da visão

a) Grau I: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 Snellen, bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de Snellen;

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

c) Grau III: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/400 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/1.200 Snellen; e,

d) Grau IV: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de um metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

Serão consideradas perdas parciais de visão equivalentes a cegueira e, portanto, enquadradas em lei, os graus II, III e IV e no grau I, os indivíduos que tiverem campo visual igual ou menor que 20º, no melhor olho.

Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, a Perícia Oficial em Saúde adotará as escalas Snellen e Decimal na avaliação da acuidade visual para longe.

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100%
20/22	0,9	98,0%
20/25	0,8	95,5%
20/29	0,7	92,5%
20/33	0,6	88,5%
20/40	0,5	84,5%
20/50	0,4	76,5%
20/67	0,3	67,5%
20/100	0,2	49,0%
20/200	0,1	20,0%
20/400	0,05	10,0%

Critérios de Enquadramento

A perícia concluirá pela incapacidade definitiva e invalidez por cegueira dos portadores de perda total de visão (cegueira) nos dois olhos, sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado.

A perícia também concluirá pela invalidez permanente por cegueira dos servidores que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV descritos nos itens acima, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, com base em parecer especializado.

A perícia oficial em saúde, ao emitir laudos de invalidez de portadores de afecção que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos anteriormente, deverá escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "equivalente à cegueira".

Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente.

É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, que, no caso de agravamento, poderão pleitear aposentadoria. Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

Em resumo, serão considerados portadores de deficiência visual comparável a cegueira os servidores que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção, ou campo visual igual ou inferior a

20 graus (campotubular), ou ocorrência de ambos. Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério bem como os que ingressaram no serviço público já portadores de deficiência compatível com cegueira.

Doença de Parkinson

Conceito:

A Doença de Parkinson é um distúrbio degenerativo do sistema nervoso central, idiopático, lentamente progressivo, decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal, identificável por uma série de manifestações:

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

b) Rigidez muscular: sinal característico e eventualmente dominante acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada";

c) Oligocenesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos (bradicinesia) são típicos à medida que a rigidez progride. Os movimentos também se tornam reduzidos (hipocinesia) e difíceis de iniciar (acinesia);

d) Instabilidade postural: O paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;

e) Demência: pode ocorrer tardiamente.

Considerações:

Na maioria dos casos, não é possível conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou Doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (pós-encefalite, arteriosclerótica etc.), a doença é conhecida como Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário.

Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

Não se incluem nos dispositivos da lei as formas de parkinsonismo secundário, de caráter transitório, ocasionadas por medicamentos, cujo quadro clínico regride com a suspensão da droga, e por outras etiologias.

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

A avaliação de invalidez de um paciente portador de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster:

Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson	
A) BRADICINESIA DE MÃOS + INCLUINDO ESCRITA MANUAL	
Sem comprometimento	**0**
Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual.	**1**
Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente.	**2**
Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	**3**
B) RIGIDEZ	
Não detectável.	**0**
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso.	**1**
Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado.	**2**
Rigidez grave no pescoço e ombros. A	

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3
C) POSTURA	
Postura normal. Cabeça fletida para frente, menos que 10 cm.	0
Começando a apresentar coluna de atiçador. Cabeça fletida para frente, mais de 12 cm.	1
Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Um ou ambos os braços elevados, mas abaixo da cintura.	2
Início da postura simiesca. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando a extensão interfalange. Começando a flexão dos joelhos.	3
D) BALANCEIO DE MEMBROS SUPERIORES	
Balanceio correto dos dois braços.	0
Um dos braços com diminuição definida do balanceio	1
Um braço não balança	2
Os dois braços não balançam	3
E) MARCHA	
Passos bons, com passada de 40 cm a 75 cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encurtada para passada com 30 cm a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encurtada agora com 15 cm a 30 cm. Os dois Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como "gaguejar". O paciente anda sobre os	3

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

artelhos e faz os giros muito lentamente.	
F) TREMOR	
Sem tremor detectado.	**0**
Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz	**1**
O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	**2**
Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A Escrita e a auto alimentação são impossíveis.	**3**
G) FACE	
Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto.	**0**
Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão.	**1**
Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca.	**2**
Face congelada. Boca aberta 0,5 cm ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca.	**3**
H) SEBORREIA	
Nenhuma	**0**
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	**1**
Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa	**2**
Seborreia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção	**3**

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

espessa.	
I) FALA	
Clara, sonora, ressonante, fácil de entender.	**0**
Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender.	**1**
Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento: dificuldade para ser compreendida.	**2**
Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	**3**
J) CUIDADOS PESSOAIS	
Sem comprometimento.	**0**
Ainda capaz de todos os cuidados pessoais, mas a velocidade com que se veste torna-se empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado.	**1**
Requer ajuda em certas áreas críticas, como para virar-se na cama, levantar-se de cadeiras etc. Muito lento no desempenho da maioria das atividades, mas trata esses problemas designando mais tempo para cada atividade.	**2**
Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	**3**
Totalizadores dos pontos:	
Total----------→	

Análise dos Pontos (soma):
1 – 10 = Início da doença
11 – 20 = Incapacidade moderada
21 – 30 = Doença grave ou avançada

Critérios de Enquadramento

O portador de Doença de Parkinson será aposentado por invalidez nas seguintes situações:

1 • Quando as manifestações clínicas e a evolução da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e à realização das atividades normais da vida diária;

2 • Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

A perícia não deverá enquadrar como incapazes definitivamente para o serviço ativo os portadores de parkinsonismo secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

Esclerose Múltipla

Conceito
Define-se como uma doença desmielinizante do sistema nervoso central lentamente progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização do cérebro e da medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sintomas e sinais, geralmente com remissões e exacerbações.

Etiologia
A causa é desconhecida, mas há suspeitas de uma anormalidade imunológica, com poucos indícios de um mecanismo específico.

Patologia
Placas ou ilhas de desmielinização com destruição de células e prolongamentos celulares estão disseminadas pelo sistema nervoso central, inicialmente na substância branca, podendo atingir os nervos ópticos, associando-se áreas de inflamação perivascular.

Sinais e sintomas
De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central com remissões e exacerbações frequentes.

Os sintomas geralmente se iniciam com dormência e fraqueza nas pernas, mãos, face, distúrbios visuais (cegueira parcial ou dor nos olhos), distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens, entre outros.

Ocorrem sintomas mentais: apatia, falta de julgamento, depressão, choro e riso sem razão aparente, manias e dificuldade para falar.

As alterações motoras são marcantes: marcha trôpega, trêmula; tremores nas mãos e na cabeça; fraqueza muscular. As lesões cerebrais podem resultar em hemiplegia. Atrofia muscular e espasmos musculares dolorosos ocorrem tardiamente.

As alterações sensitivas ocorrem principalmente nas mãos e nas pernas com perda da sensibilidade cutânea. Em relação às alterações autonômicas, há dificuldade miccional, incontinência retal e impotência sexual.

Curso
Variado e imprevisível, com remissões e exacerbações intercaladas em meses ou anos. Quando as crises se amiúdam, rapidamente o paciente torna-se incapacitado de forma definitiva. As remissões podem durar até 20 anos, mas quando os ataques são frequentes o curso é decadente e pode ser fatal em até um ano.

Diagnóstico
É indireto, por dedução através de características clínicas e laboratoriais.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com as seguintes enfermidades: siringomielia; esclerose lateral amiotrófica; sífilis; artrite da coluna cervical; tumores do cérebro; ataxias hereditárias e malformações do cérebro e da medula.

Exames complementares ao diagnóstico:

1 • Exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;

2 • Ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostraras placas;

3 • Potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

Critérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde fará o enquadramento de invalidez permanente por esclerose múltipla nos casos de curso progressivo, com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos que caracterizem a incapacidade para o exercício de suas atividades.

Espondiloartrose Anquilosante

Conceito
A espondilite anquilosante, inadequadamente denominada de espondiloartrose anquilosante nos textos legais, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna.

O processo geralmente se inicia pelas articulações sacroilíacas e, de forma ascendente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e este processo resulta em rigidez progressiva da coluna.

As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

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

Dentre as denominações comumente dadas à espondiliteanquilosantepodemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, espondiliteossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veu-Bechterew, espondilitereumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartriteanquilopoiética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante, esta última chamada de pelviespondilite reumática pela Escola Francesa.

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

Critérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde procederá ao enquadramento legal dosportadores de espondilite anquilosante pela invalidez permanente
acarretada por essa doença.

Ao firmarem seus laudos, a perícia deverá fazer constar:

1 • O diagnóstico nosológico;

2 • A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;

3 • A citação dos segmentos da coluna atingidos.

A perícia, além dos elementos clínicos de que dispõe e dos pareceres da medicina especializada, poderá se valer dos seguintes exames subsidiários elucidativos:

a) Comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);

b) Cintilografia óssea;

c) Teste sorológico específico HLA – B 27;

d) Tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

Estados Avançados do Mal de Paget

Conceito

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

Quadro Clínico

A doença pode ser acompanhada de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas e sua evolução processa-se em duas fases:

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

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

Os estados avançados da Doença de Paget apresentam as seguintes características:

a) Lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);

b) Complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgia;

c) Complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

Critérios de Enquadramento

As formas localizadas do Mal de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina ou as oligossintomáticas não serão consideradas como doença enquadrada em lei.

A perícia enquadrará em incapacidade definitiva por estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante) os servidores que apresentarem as formas extensas da doença de acordo com as características já citadas anteriormente.

Também serão enquadradas em incapacidade definitiva as formas monostóticas com deformidades acentuadas e dolorosas e aquelas que apresentarem dificuldade para marcha, característica da coxopatia Pagética.
Ao firmar o diagnóstico, a perícia oficial em saúde deverá registrar a extensão das deformidades e as partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

a) Exame radiológico;

b) Dosagem da fosfatase alcalina;

c) Dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

Hanseníase

Conceito:
A hanseníase é uma doença infectocontagiosa curável, de notificação compulsória, causada pelo Mycobacterium Leprae (bacilo de Hansen).

A doença tem curso crônico, com predileção pela pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

Sinais Cardinais da Hanseníase:
1 • Lesão (ões) e/ou área(s) da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade;

2 • Acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;

3 • Baciloscopia positiva.

Classificação
A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

1 • **Paucibacilares (PB)** – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; Tratamento de seis meses

a) Indeterminada (I)
b) Tuberculóide (T)

2 • **Multibacilares (MB)** – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses.

A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

Atenção: o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

a) **Dimorfa (D)**;

b) **Virchowiana (V)**;

c) **Não Especificada (NE)**.

Quando o tratamento quimioterápico é iniciado deixa de haver transmissão da doença, pois a primeira dose da medicação torna os bacilos incapazes de infectar outras pessoas.

Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri:
1 • **Hanseníase Indeterminada (HI)** CID A30. 0 – Considerada aprimeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma
tuberculóide ou para a virchowiana;

2 • **Hanseníase Tuberculóide (HT)** CID - 10 A30. 1 – Poucas lesões bem delimitadas, em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, anestésicas e de distribuição assimétrica, com crescimento centrífugo lento levando à atrofia no interior da lesão;

3 • **Hanseníase Dimorfa (HD)** CID - 10 A30. 3 – Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;
4 • **Hanseníase Virchowiana (HV)** CID - 10 A30. 5 – Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

Neuropatia Hansênica - Diagnóstico do Dano Neural – Sinais e Sintomas;

Neurites – Comprometimento da função neural pela lesão das fibras autonômicas, sensitivas e motoras resultando em deficiências sensitivas ou sensitivo-motoras, provocando as incapacidades e deformidades que podem gerar sequelas definitivas.

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

1 • Face – trigêmeo e facial

2 • Braços – radial, ulnar e mediano
3 • Pernas – fibular comum e tibial

Graus de Incapacidade

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos.

Grau de incapacidade física de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS	
GRAU	**CARACTERISTICAS**
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés.
2	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo

Nota: A inspeção do nariz deverá ser realizada concomitantemente ao exame de mãos, pés e olhos, com o objetivo de detectar ressecamento e úlceras da mucosa nasal, perfuração do septo e desabamento da pirâmide nasal.

Teste manual da exploração da força muscular		
FORÇA		**DESCRIÇÃO**
FORTE	**5**	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
DIMINUÍDA	**4** **3** **2**	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial. Realiza o movimento completo contra a gravidade. Realiza o movimento parcial.

PARALISADA	**1 0**	Contração muscular sem movimento. Paralisia (nenhum movimento).

Critérios de Enquadramento

A doença, por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laborativas, uma vez que, ao iniciar a terapia específica (poliquimioterapia), o portador bacilífero torna-se não contagiante. Em algumas avaliações por especialistas, os casos multibacilares poderão ser afastados de suas
atividades por um período de três semanas.

O que pode levar ao afastamento das atividades laborativas são os casos de episódios reacionais (Reação tipo I e II), caracterizados pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento, com sintomas gerais como: febre, mal-estar geral, neurites agudas ou subagudas, levando à dor, alteração da sensibilidade (parestesias e hipoestesias) e diminuição da força muscular e/ou da precisão de movimentos. Em alguns casos o quadro reacional evolui com neurite, orquite, irite, iridociclite, artrite, mão e pé reacionais, linfadenite, proteinúria e dano hepático. Essas alterações levam à incapacidade temporária ou definitiva, devendo ser avaliadas e acompanhadas por especialistas como dermatologista, neurologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e outros.

A perícia concluirá pelo afastamento temporário das atividades quando os servidores:

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

b) Manifestarem dor neuropática;

c) Tiverem que se submeter a tratamento de descompressão neural cirúrgica de neurites;

d) Necessitarem submeter-se a tratamento cirúrgico de reabilitação de deficiências na face, nariz, olhos, mãos e pés;

e) Tiverem que permanecer imobilizados ou em repouso absoluto do membro quando da detecção precoce de surtos reacionais (tipo 1 ou tipo 2), neurites ou para tratamento de úlceras plantares, até a remissão dos sintomas.

A perícia oficial em saúde concluirá pela invalidez quando os servidores apresentarem sequelas incapacitantes sem possibilidade de recuperação.

Todos os servidores portadores de hanseníase deverão permanecer sob rigoroso controle médico e submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada. Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

Nefropatia Grave

Conceito:
Define-se como nefropatia grave o comprometimento em caráter transitório ou permanente da função renal a ponto de ocasionar grave insuficiência renal e/ou acarretar risco à vida, ocasionado por enfermidade de evolução aguda ou crônica, de qualquer etiologia.

Na avaliação da gravidade da nefropatia e do grau de incapacidade que pode acarretar, deverão ser levados em consideração:

1 • Os sintomas clínicos;

2 • As alterações bioquímicas.

Quadro Clínico

Manifestações clínicas:

1 • Ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;

2 • Cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;

3 • Gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias;

4 • Digestivas - diarreia ou obstipação;

5 • Neurológicas - cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;

6 • Oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;

7 • Pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;

8 • Urinárias - nictúria.

Alterações nos Exames Complementares

1 • Alterações laboratoriais:

a) Diminuição da filtração glomerular;

b) Diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);

c) Aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácidoúrico;

d) Distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;

e) Acidose.

2 • Alteração nos exames por imagem:

a) Diminuição das áreas renais nas enfermidades crônicas ou nas isquemias agudas intensas;

b) Distorções da imagem normal consequente de cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;

c) Distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;

d) Diminuição da eliminação de contrastes quando usados.

Considerações:
Para a avaliação da insuficiência renal crônica pelas alterações bioquímicas, pode ser adotada a classificação abaixo, baseada na gravidade do distúrbio funcional do rim, medido pela filtração glomerular e dosagem de creatinina.

Doenças Renais Crônicas – Estadiamento e Classificação*			
ESTÁGIO	FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ML/MIN	CREATININA (MG/DL)	GRAU DE I.R.C.
0	> 90	0,6 – 1,4	Grupo de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6 – 1,4	Função renal normal Presença de lesão renal
2	60 – 89	1,5 – 2,0	IR leve ou funcional
3	30 – 59	2,1 – 6,0	IR moderada ou laboratorial

4	15 – 29	6,1 – 9,0	IR grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	IR terminal ou pré-dialítica

***Dr. João Egídio Romão Júnior – SBN – Hospital das Clínicas – FMUSP e Hospital da Beneficência Portuguesa – São Paulo**

São consideradas nefropatias graves:

1 • As nefropatias incluídas no Estágio 3, desde que o periciado apresente sintomas e sinais que estejam produzindo incapacidade laborativa;

2 • As nefropatias incluídas nos Estágios 4 e 5.

Critérios de Enquadramento
As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve, Estádio 2, não são enquadradas como nefropatias graves.

As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, Estádio 3, são enquadradas como nefropatias graves quando acompanhadas de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa do periciado.

As nefropatias classificadas como insuficiência renal grave, Estádios 4 e 5, são enquadradas como nefropatiasgraves.A perícia deverá, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da indicação da presença ou não de nefropatia grave.

Neoplasia Maligna

Conceito
É 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 Internacional de Doenças (CID).

Avaliação Diagnóstica e Estadiamento
O diagnóstico e o estadiamentoda neoplasia maligna podem ser determinados, dentre outros, pelos seguintes meios propedêuticos:

1 • Exame clínico especializado;
2 • Exames radiológicos;
3 • Exames ultrassonográficos;
4 • Exames de tomografia computadorizada;
5 • Exames de ressonância nuclear magnética;
6 • Exames cintilográficos;

7 • Exames endoscópicos;
8 • Pesquisa de marcadores tumorais específicos;
9 • Biópsia da lesão com exame histopatológico;
10 • Exames citológicos;
11 • Exames de imunoistoquímica;
12 • Estudos citogenéticos em casos específicos.

O diagnóstico de neoplasia depende de comprovação por meio de exames complementares.

Prognóstico
É determinado pelo grau de malignidade da neoplasia, que é influenciado pelos seguintes fatores:

1 • Grau de diferenciação celular;
2 • Grau de proliferação 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.

Objetivos do Exame Pericial
O exame pericial objetiva comprovar:
1 • O diagnóstico da neoplasia por meio de exame histopatológico ou citológico;
2 • A extensão da doença e a presença de metástases;
3 • O tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico;
4 • O prognóstico da evolução da doença, em consonância com as estatísticas de sobrevida para cada tipo de neoplasia;
5 • O grau de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente;
6 • A correlação da incapacidade com as atribuições do servidor.

Critérios de Enquadramento
A perícia fará o enquadramento da invalidez permanente por neoplasia maligna dos servidores quando for constatada incapacidade para o trabalho em consequência de:

1 • Neoplasias com mau prognóstico em curto prazo;
2 • Neoplasias incuráveis;
3 • Sequelas do tratamento, mesmo quando erradicada a neoplasia maligna;
4 • Recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

A perícia deverá, ao emitir o parecer conclusivo, citar:

1 • O tipo histopatológico da neoplasia;
2 • Sua localização;
3 • A presença ou não de metástases;

4 • O estadiamento clínico pelo sistema TNM, podendo ser utilizada outra classificação, em casos específicos, não contemplada por este sistema;
5 • Acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

Os servidores portadores de neoplasia maligna detectada pelos meios propedêuticos e submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ ou quimioterápico serão considerados portadores dessa enfermidade durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, mesmo que o estadiamento clínico indique bom prognóstico. O carcinoma basocelular e outras neoplasias de comportamento similar não se enquadram nesta situação.
Os servidores portadores de neoplasia maligna submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, que após cinco anos de acompanhamento clínico não apresentarem evidência de doença ativa, serão considerados **não** portadores de neoplasia maligna.

A presença de neoplasia maligna passível de tratamento não implica aposentadoria, devendo o servidor ser reavaliado periodicamente levando-se em consideração o tratamento, a evolução e a capacidade laborativa.

Paralisia Irreversível e Incapacitante

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

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

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

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

Não se equiparam às paralisias as lesões osteomusculoarticulares envolvendo a coluna vertebral.

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

1 • Paralisia isolada ou periférica - quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
2 • Monoplegia - quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
3 • Hemiplegia - quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
4 • Paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
5 • Triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
6 • Tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

Critérios de Enquadramento

Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante de um dos tipos descritos anteriormente, satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados impossibilitados para qualquer trabalho de forma total e permanente.

A perícia deverá especificar no laudo os diagnósticos anatômico e etiológico e o caráter definitivo e permanente, como citado na lei.

A perícia deverá declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente à Paralisia Irreversível e Incapacitante", quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões que se equiparam à paralisia, satisfeitas todas as condições constantes desses itens.

A paralisia de um músculo ou grupo de músculos não apresenta por si só motivo para concessão das vantagens da lei e muitas vezes não leva nem à incapacidade.

É preciso que, depois de esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis, seja considerada irreversível e incapacite o servidor para o exercício da atividade inerente ao cargo.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)

Conceito
A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma grave imunodeficiência que se manifesta no aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas
e lesões neurológicas.

Classificação
A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos T-CD4 +.

Quanto às manifestações clínicas, os indivíduos pertencem às seguintes categorias:

Categoria "A":
1 • Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
2 • Linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extrainguinais, com duração de pelo menos três meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
3 • Infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico;

Categoria "B":
indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:
1 • Angiomatose bacilar;
2 • Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
3 • Candidíase orofaringeana;
4 • Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5º C ou diarreia com mais de um mês de duração);

Categoria "C":
indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:
1 • Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
2 • Criptococose extrapulmonar;
3 • Câncer cervical uterino;
4 • Retinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
5 • Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
6 • Toxoplasmose disseminada;
7 • Isosporíase crônica;
8 • Micobacteriose atípica;
9 • Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
10 • Pneumonia por *P. carinii*;
11 • Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
12 • Bacteremia recorrente por "salmonella";
13 • Toxoplasmose cerebral;
14 • Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15 • Criptosporidiose intestinal crônica;

16 • Sarcoma de Kaposi;
17 • Linfoma de Burkit, imunoblástico ou primário de cérebro;
18 • Encefalopatia pelo HIV;
19 • Síndrome consumptiva pelo HIV.

Quanto à contagem de linfócitos T-CD4+, os pacientes podem ser classificados nos seguintes grupos:

1 • Grupo 1: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/ mm³.

2 • Grupo 2: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/ mm³.

3 • Grupo 3: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/ mm³.

Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial				
GRUPOS	LT – CD4+	CATEGORIAS CLÍNICAS		
		A	**B**	**C**
1	>500/mm³	A1	B1	C1
2	200-499/mm³	A2	B2	C2
3	<200/mm³	A3	B3	C3

OBS: A3, B3, C1, C2 e C3 são consideradas Sida/Aids. As demais categorias são consideradas portadores do vírus HIV.

Critérios de Enquadramento:

1 • Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).

2 • Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral pela perícia. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam com sorologia positiva e incapacitada para retorno ao trabalho, serão aposentados.

3 • A revisão da aposentadoria, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção médica pela Perícia Oficial em Saúde.

4 • Deverá constar, obrigatoriamente, nos laudos de aposentadoria, se o servidor é portador do HIV ou de Sida/Aids, mencionando, ainda, a sua classificação de acordo com o quadro acima (por exemplo: A1).

Tuberculose Ativa

Conceito
A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis,* de evolução aguda ou crônica e de notificação compulsória. Pode acometer em qualquer órgão, tendo, no entanto, nítida predileção pelo pulmão.

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticados em fase precoce e a boa evolução de suas lesões se tratadas corretamente, torna-se fundamental a avaliação da fase evolutiva da doença ou da condição de "atividade" das lesões para estabelecer a noção de cura ou a resposta ao tratamento.

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que importa é a sua repercussão geral no indivíduo e no desempenho das suas atividades.

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal aqueles indivíduos que tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da tuberculose, refratários aos esquemas terapêuticos existentes, ou aqueles que, na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho.

Classificação
Os indivíduos são distribuídos em classes, com as seguintes características:

1 • Classe 0: indivíduo sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;
2 • Classe I: indivíduo com história de exposição à tuberculose, porém, sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
3 • Classe II: indivíduo com infecção tuberculosa, caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém, sem tuberculose;
4 • Classe III: indivíduo com doença ativa e que apresenta quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

As lesões tuberculosas são classificadas em:
1 • Ativas: progressivas, regressivas ou crônicas;
2 • Inativas;
3 • De atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);
4 • Curadas.

As lesões **ativas** apresentam as seguintes características:
1 • Bacteriológicas: presença do *Mycobacterium tuberculosis*ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material colhido para exame em amostras diferentes;

2 • Radiológicas:
a. Caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado por reação perifocal;
b. Instabilidade das lesões infiltrativas observadas nas séries de radiografias;
c. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
d. Derrame pleural associado;
e. Complexo gânglio pulmonar recente.

3 • Imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD-Reator Forte);

4 • Clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.
a. Instabilidade das lesões infiltrativas observadas nas séries de radiografias;
b. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
c. Derrame pleural associado;
d. Complexo gânglio pulmonar recente.

3 • Imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD-Reator Forte);

4 • Clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.

As lesões tuberculosas são ditas **curadas** quando, após o tratamento regular com esquema tríplice, durante seis meses, apresentem as características de inatividade descritas anteriormente.

Localização das Lesões:

Tuberculose pulmonar
A expressão "tuberculose pulmonar ativa" não traduz, necessariamente, uma evolução desfavorável da doença; significa, antes de tudo, o estado dinâmico ou instável do processo, com possibilidade de progredir, regredir ou permanecer estacionário (cronificado) em certo período de tempo.

Tuberculose ganglionar
As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos cervicais.
Tuberculose renal O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizado por meio dos seguintes exames:

1 • Bacteriológico: comprovação da presença do *Mycobacterium tuberculosis*. "A comprovação bacteriológica é a única que pode afirmar o diagnóstico e a atividade das lesões, mas, nesses casos, só é positiva em 50% dos examinados".

2 • Radiológico: quando revela alterações renais, com lesão dos cálices (que podem chegar até a destruição total desses), dos bacinetes e/ ou ureteres.

A possibilidade dessa forma de tuberculose levar à incapacidade definitiva está relacionada ao grau de comprometimento da função excretora renal (insuficiência renal) e deve assim ser considerada.

Tuberculose óssea
As localizações mais frequentes são: vertebral e depois coxofemoral. No Mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral, há, no exame radiológico, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais.

Para a confirmação do diagnóstico de atividade devemos usar como auxiliares: radiografias, biópsias ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões.

Critérios de Enquadramento
Nos exames para verificação de saúde e aptidão para ingresso no serviço público, a constatação de tuberculose ativa leva à inabilitação do candidato. Por outro lado, a comprovação de lesão inativa ou residual, por si só, não inabilita o candidato. Nesses casos, entretanto, se faz necessária uma criteriosa avaliação das sequelas existentes e sua repercussão sobre a capacidade laborativa atual e futura do indivíduo.

O servidor portador de tuberculose pulmonar ativa permanecerá em licença para tratamento de saúde até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do servidor, quando poderá ser julgado apto, a despeito da necessidade de continuação do tratamento pelo tempo necessário.

De modo a comprovar com segurança a atividade da doença, a perícia deverá reavaliar o paciente ao término do tratamento, que tem a duração de seis meses, e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

O parecer definitivo a ser adotado pela perícia para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente inativas ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a seis meses, contados a partir do término do tratamento.

O servidor considerado curado em período inferior a 24 meses de licença para tratamento de saúde retornará ao serviço ativo.

O servidor que apresentar lesões em atividade após dois anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e aquele em que ainda houver dúvida quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão aposentados.

Nos casos em que tenha ocorrido comprovada resistência bacilar aos esquemas usados (determinada por vários testes terapêuticos) ou quando, por consequência da resolução fibrocicatricial de cura, tenha ocorrido importante limitação funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponham importante limitação física ou profilático-sanitária ao indivíduo, será cogitada a aposentadoria por tuberculose pulmonar (TP).

O servidor que apresentar "Cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, será julgado de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave, deste Manual.

O servidor portador de lesões tuberculosas extrapulmonares será julgado pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nestas normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

A perícia, ao concluir pela incapacidade definitiva do servidor, deverá fazer constar dos laudos o diagnóstico de "Tuberculose Ativa", complementando com os dados que permitam o enquadramento legal, aplicável ao caso.

As sequelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do servidor terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois dela são decorrentes. Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

Hepatopatia Grave

Conceito

A hepatopatia grave compreende um grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração estrutural extensa e deficiência funcional intensa, progressiva e grave, além de incapacidade para atividades laborativas e risco à vida.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito do abdome, distensão abdominal e hemorragia digestiva. No entanto, muitos hepatopatas crônicos são assintomáticos. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou para admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

Icterícia, hepatomegalia, dor no hipocôndrio direito, esplenomegalia, aranhas vasculares, eritema palmar, ascite, perda de peso, equimoses, edema, veias abdominais dilatadas, hálito hepático, asterixe, encefalopatia e coma são sinais e sintomas presentes em maior ou menor grau nas doenças hepáticas.

Constituem Características das Hepatopatias Graves:

Quadro clínico:
1 • Emagrecimento;
2 • Icterícia;
3 • Ascite;
4 • Edemas periféricos;
5 • Fenômenos hemorrágicos;
6 • Alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pelos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas;
7 • Alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

Quadro laboratorial:

1 • Alterações hematológicas:

a) Pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia;

2 • Distúrbios da coagulação: hipoprotrombinemia e queda dos fatores da coagulação (V, VII, fibrinogênio);

3 • Alterações bioquímicas:

a) Hipoglicemia predominante;

b) Hipocolesterolemia; e

c) Hiponatremia;

4 • Testes de função hepática alterados:

a) Retenção de bilirrubinas;

b) Transaminases elevadas;

c) Fosfatase alcalina e gama-GT elevadas;

d) Albumina reduzida.

Alterações:

1 • Ultrassonografia: alterações estruturais do fígado e baço, ascite, dilatação das veias do sistema porta;

2 • Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética abdominal: alterações dependentes da doença primária;

3 • Endoscopia digestiva alta: presença de varizes esofagianas e de gastropatia hipertensiva;

4 • Cintilografia hepática: redução da captação hepática, forma heterogênea, com aumento da captação esplênica e na medula óssea.

São causas etiológicas das hepatopatias graves:
1 • Hepatites fulminantes: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
2 • Cirroses hepáticas: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
3 • Doenças parasitárias e granulomatosas;
4 • Tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos;
5 • Doenças hepatobiliares e da vesícula biliar levando à cirrose biliar secundária.

Classificação
A insuficiência hepática desenvolve-se em consequência da perda de massa celular funcionante, decorrente da necrose causada por doenças infecciosas, inflamatórias, tóxicas, alérgicas, infiltrativas, tumorais, vasculares ou por obstrução do fluxo biliar.

A gravidade do comprometimento funcional é classificada, com finalidade prognóstica, em tabela universalmente aceita, conhecida como Classificação de Child-Turcotte-Pugh, nela considerados cinco indicadores:

INDICADORES	PONTOS		
	1	2	3
Albumina	>3,5g%	3,0 a 3,5g%	< 3,5g%
Bilirrubina	<2,0mg%	<2,0mg% a 3,0mg%	>3,0mg%
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Grau de encefalopatia	Não	Leve	Grave
Tempo de protrombina	>75%	50 a 74%	<50%

CLASSE	TOTAL DE PONTOS
A	05 a 06
B	07 a 09
C	10 a 15

O escore de Child-Pugh é calculado somando os pontos dos cinco fatores, e varia de 5 a 15. As classes de Child-Pugh são: A (escore de 5 a 6), B (7 a 9), ou C (acima de 10). Em geral, a descompensação" indica cirrose com um escore de Child-Pugh> 7 (classe B de Child-Pugh) e este nível é um critério aceito para inclusão no cadastro do transplante hepático.

Os indivíduos situados na Classe A têm bom prognóstico de sobrevida, habitualmente acima de cinco anos, enquanto os da Classe C têm mau prognóstico, possivelmente menor que um ano.

A encefalopatia hepática, também denominada encefalopatia portossistêmica, obedece à seguinte gradação:

a) Subclínica: alteração em testes psicométricos;

b) Estágio 1: desatenção, irritabilidade, alterações da personalidade, tremores periféricos e incoordenação motora;

c) Estágio 2: sonolência, redução da memória, alterações do comportamento, tremores, fala arrastada, ataxia;

d) Estágio 3: confusão, desorientação, amnésia, sonolência, nistagmo, hiporreflexia e rigidez muscular;

e) Estágio 4: coma, midríase e postura de descerebração, arreflexia.

A pontuação leve na Tabela de Child-Pugh inclui os Estágios Subclínico, 1 e 2, enquanto a pontuação grave os Estágios 3 e 4.

Critérios de Enquadramento

As hepatopatias classificadas na Classe A de Child-Pugh não são consideradas graves.

As hepatopatias classificadas na Classe B de Child-Pugh serão consideradas como hepatopatia grave quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma resistente. As hepatopatias classificadas na Classe C de Child-Pugh serão enquadradas como hepatopatia grave.

Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves com tratamento específico, o tempo de acompanhamento em licença para tratamento de saúde pela perícia oficial em saúde deverá estender-se até 24 meses.

Os indivíduos que desenvolverem formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e forem submetidos a transplante hepático de urgência serão considerados como incapacitados temporários, sendo acompanhados em licença para tratamento de saúde por até 24 meses.

O laudo da perícia deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos anatomopatológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa de tratar-se de hepatopatia grave.

O diagnóstico anatomopatológico poderá ser dispensado nos casos de contraindicação médica formalizada, a exemplo das coagulopatias, sendo substituído por outros exames que possam comprovar e caracterizar a gravidade do quadro.

Para o diagnóstico do hepatocarcinoma, a comprovação histológica obtida pela biópsia pode ser ubstituída pela presença de elevados níveis séricos de alfa-fetoproteína (mais de 400 mg/ml) e alterações típicas no Eco-doppler, na tomografia computadorizada helicoidal ou retenção do lipiodol após arteriografia seletiva, em indivíduos com condições predisponentes para o hepatocarcinoma: cirroses, doenças metabólicas congênitas, portadores de vírus B e C, alcoólatras.

Contaminação por Radiação

Conceito

Considera-se "doença causada por radiação ionizante em estágio avançado" toda enfermidade que tenha, comprovadamente, relação de causa e efeito com a radiação ionizante e cujas alterações sejam consideradas incapacitantes e invalidantes, seja por caráter físico-motor, ou funcional ou mental.

A perícia deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a doença apresentada pelo indivíduo.

A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser documentada e, quando for o caso, constar de atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação do local.

A perícia deverá atentar para o quadro em fase não invalidante, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.

A perícia deverá identificar, no mínimo, uma das seguintes síndromes:

1 • Síndrome aguda da radiação: um conjunto de sintomas e sinais decorrentes de exposição de corpo inteiro a alta dose de radiação por curto espaço de tempo; é um evento determinístico que e desenvolve quando um limite de dose é ultrapassado (0,8 a 1,0 Gy);

2 • Síndrome cutânea da radiação: um conjunto de sintomas e sinais decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

São necessariamente quadros de síndrome aguda da radiação aqueles decorrentes de evento considerado determinístico, no qual o limite de dose de 0,8 a 1,0 Gy tenha sido ultrapassado, a saber:

1• Hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose;

2 • Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrolítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e

3 • Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

Os quadros clínicos decorrentes do acúmulo de pequenas doses de exposição por longo período de tempo não são considerados quadros de síndrome aguda da radiação. Nestes casos, a perícia oficial em saúde deverá considerar os mesmos parâmetros de avaliação estabelecidos para a síndrome aguda da radiação.

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

1 • Grau I ou leve (exposição de 8,0 Gy a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação;

2 • Grau II ou moderada (exposição > 12,0 Gy a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;

3 • Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose;

4 • Grau IV ou muito grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

Diagnóstico

Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da síndrome aguda da radiação e da síndrome cutânea da radiação são:

1 • História clínica, com dados evolutivos da doença;
2 • Exame clínico;
3 • Dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);
4 • Dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);
5 • Avaliação hematológica;
6 • Avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase lática, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);
7 • Dosimetria citogenética;
8 • Tomografia computadorizada;
9 • Ressonância magnética;
10 • Termografia;
11 • Avaliação fotográfica seriada;
12 • Estudos cintilográficos;
13 • Estudos Doppler.

Critérios de Enquadramento

Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita anteriormente, serão considerados pela perícia como acometidos de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado.

A perícia oficial em saúde fará o enquadramento por síndrome aguda da radiação do servidor que se enquadrar em uma das seguintes condições:

1 • Apresentar alterações físicas e mentais de mau prognóstico no curto prazo;

2 • Apresentar alterações físicas e mentais que tenham durado ou têm expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 meses;

3 • Apresentar sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do servidor para executar atividades básicas.

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

ANEXO I - (Artigo 14, § 1º)

MANUAL DE PERÍCIA MÉDICA PARA CONCESSÃO DE APOSENTADORIA INTEGRAL POR INVALIDEZ PERMANENTE, PREVISTO NO ARTIGO 14 DA LEI MUNICIPAL Nº _____

Doenças classificadas no Artigo 14, da Lei Municipal do IPRESAL.

As doenças especificadas na Lei Municipal de que trata especificamente do Regime Próprio de Previdência do Município, permitem aos seus portadores a concessão de alguns benefícios.

O servidor acometido por essas enfermidades, e que seja considerado inválido, terá direito à aposentadoria por invalidez com proventos integrais calculados em conformidade com o **Artigo 1º da Emenda Constitucional n.º 70/2012, de 29 de março de 2012.**

Essas doenças permitem aos seus portadores a isenção de imposto de renda sobre proventos de aposentadoria, reforma ou pensão. (Lei Federal 11052/04, de 29 de dezembro de 2004)

A constatação das doenças especificadas, abaixo relacionadas, se baseia em critérios apresentados pelas sociedades brasileiras e internacionais de cada especialidade e em publicações de órgãos públicos.

A sua comprovação deverá ser feita por intermédio de laudos médicos e exames complementares.

A seguir cada doença será descrita em seu quadro clínico e seus principais critérios de enquadramento.

a) Doenças especificadas no artigo 14 da Lei do Regime Próprio de Previdência Municipal do Salgadinho/PE

Alienação mental; (CID compreendido: F00.0 a F99.0)

Cardiopatia grave; (CID compreendido: I00 a I99.0)

Cegueira posterior ao ingresso no serviço público; (CID compreendido: H54.0)

Doença de Parkinson; (CID Compreendido: G00 a G 99.8)

Esclerose múltipla; (CID Compreendido: G00 a G 99.8)

Espondilartrose anquilosante; (CID Compreendido: G00 a G 99.8)

Formas avançadas da Doença de Paget; (CID Compreendido: M00.0 a M 99.9)

Hanseníase; (CID Compreendido: A30 A 30.0 a A30.9, e B92)

Nefropatia grave; (CID Compreendido: N00.0 a N99.9)

Neoplasias malignas; (CID Compreendido: B21 a B24.0, C00.0 a C96.9, C97, e de D00 a D899)

Paralisia irreversível e incapacitante; (CID Compreendido: G00 a G 99.8)

Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida AIDS); (CID Compreendido: B21 a B24.0)

Tuberculose ativa; (CID Compreendido: J00 a J99.8)

Hepatopatia Grave; (CID Compreendido: K00 a K93.8)

Contaminação por radiação

ALIENAÇÃO MENTAL

Conceitos:

Conceitua-se como alienação mental todo quadro de distúrbio psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o indivíduo inválido total e permanentemente para qualquer trabalho.

O indivíduo torna-se incapaz de responder legalmente por seus atos na vida civil, 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.

Há indicação legal para que todos os servidores portadores de alienação mental sejam interditados judicialmente.

O perito deve avaliar se é conveniente e apropriado o enquadramento do indivíduo como alienado mental. O simples diagnóstico desses quadros não é indicativo de enquadramento.

PREFEITURA DE
SALGADINHO
Trabalhando para o povo

Normas de Procedimentos para a Perícia Oficial em Saúde

Deverão constar dos **laudos** declaratórios da invalidez do portador de alienação mental os seguintes dados:

1 • Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças;

2 • Estágio evolutivo;

3 • A expressão "alienação mental".

Critérios de Enquadramento

A alienação mental poderá ser identificada no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica ou neuropsiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, sejam atendidas todas as condições abaixo discriminadas:

1 • Seja grave e persistente;

2 • Seja refratária aos meios habituais de tratamento;

3 • Provoque alteração completa ou considerável da personalidade;

4 • Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;

5 • Torne o servidor inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

São Passíveis de Enquadramento:

1 • Psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;

2 • Outras psicoses graves nos estados crônicos;

3 • Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson etc.);

4 • Oligofrenias graves.

São Excepcionalmente Considerados Casos de Alienação Mental:

1 • Psicoses afetivas, mono ou bipolares, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível da personalidade;

2 • Psicoses epiléticas, quando caracterizadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;

3 • Psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência;

4 • Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas graves.

Quadros Não Passíveis de Enquadramento:

1 • Transtornos da personalidade;

2 • Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas leves e moderadas;

3 • Oligofrenias leves e moderadas;

4 • Psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao estresse);

5 • Psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis);

6 • Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

CARDIOPATIA GRAVE

Conceitos:

Conceitua-se como cardiopatia grave, no âmbito médico-pericial, toda enfermidade que, em caráter permanente, reduz a capacidade funcional do coração a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou impedir o indivíduo de exercer definitivamente suas atividades, não obstante o tratamento médico e /ou cirúrgico em curso.

O Conceito de Cardiopatia Grave engloba doenças agudas e crônicas que em sua evolução limitam progressivamente a capacidade funcional do coração, levando a diminuição da capacidade física e laborativa, a despeito do tratamento do tratamento instituído.

O critério adotado pela perícia para avaliação funcional do coração baseia-se na II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, promulgada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela NYHA.

Classificação das Cardiopatias de acordo com a capacidade funcional do coração – NYHA	
Classe I	Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispnéia nem angina de peito.
Classe II	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito.
Classe III	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito.
Classe IV	Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

Na avaliação da capacidade funcional do coração devem ser utilizados os meios diagnósticos disponíveis para quantificar o déficit funcional e estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave, sendo necessária a avaliação conjunta dos resultados dos exames.

A limitação funcional cardíaca será definida pela análise criteriosa dos métodos propedêuticos, quando indicados, a saber:

1 • Anamnese e exame físico do aparelho cardiovascular detalhados minuciosamente, incluindo teste da caminhada dos 6 min.

2 • Exames laboratoriais: hemograma, BNP, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas, exame de urina e de fezes.

3 • Radiografias do tórax em AP e perfil.

4 • Eletrocardiograma de repouso.

5 • Eletrocardiograma de esforço.

6 • Eletrocardiografia dinâmica - Holter.

7 • Mapeamento ambulatorial da pressão arterial.

8 • Ecocardiografia bidimensional com Doppler de fluxos valvulares.

9 • Cintilografia miocárdica.

10 • Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco.

11 • Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco.

12 • Estudo eletrofisiológico.

13 • Tomografia computadorizada.

14 • Ressonância magnética.

15 • Teste cardiopulmonar.

16 • Perfusão miocárdica por microbolhas.

De acordo com a avaliação dos parâmetros anteriores, indicados para o estudo pericial, a Conceituação final de cardiopatia grave será definida em função da presença de uma ou mais das seguintes síndromes:

1 • Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva;

a) Sinais de disfunção ventricular, baixo débito cardíaco, dispneia de esforço e em repouso (CF III e VI da NYHA), fenômenos tromboembólicos, tontura, síncope, precordialgia. Fração de ejeção < 40%; dilatação e hipocontratilidade ventricular vistas no estudo hemodinâmico.

2 • Síndrome de insuficiência coronariana;

a) Quadro clínico de forma crônica - Angina classes III e IV da CCS (*Canadian Cardiovascular Society*), apesar da terapêutica máxima adequadamente usada; manifestações clínicas de insuficiência cardíaca, associada à isquemia aguda nas formas crônicas, a presença de disfunção ventricular progressiva; arritmias graves associadas ao quadro anginoso, principalmente do tipo ventricular (salvas de extrassístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada devem-se associar dados do ECG e Holter).

b) Cinecoronarioventriculografia - Lesão de tronco de coronária esquerda >50%; lesões em três vasos, moderadas a importantes (>70% em 1/3 proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de > 70%, com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção <0,40; hipertrofia e dilatação ventricular

esquerda; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

c) Fatores de risco e condições associadas - Idade >70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.

3 • Síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundários a uma cardiopatia;

4 • Arritmias complexas e graves; arritmias que cursam com instabilidade elétrica do coração, complexas, refratárias ao tratamento, sintomáticas (síncopes, fenômenos tromboembólicos).

Dentro do perfil sindrômico exposto, as seguintes entidades nosológicas serão avaliadas como cardiopatia grave:

1 • Cardiopatias isquêmicas;

2 • Cardiopatias hipertensivas;

3 • Cardiomiopatias primárias ou secundárias;

4 • Cardiopatias valvulares;

5 • Cardiopatias congênitas;

6 • Cor pulmonale crônico;

7 • Arritmias complexas e graves;

8 • Hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas com lesões irreversíveis em órgãos-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

Critérios de Enquadramento

Para a insuficiência cardíaca e/ou coronariana, classificam-se como graves aquelas enquadradas nas classes III e IV da NYHA, e, eventualmente, as da classe II da referida classificação, na dependência da idade, da atividade profissional, das características funcionais do cargo, da coexistência de outras enfermidades e da incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento médico em curso.

Para arritmias graves, serão consideradas aquelas complexas, com alto grau de instabilidade elétrica do miocárdio, advindo daí manifestações sistêmicas frequentes como fenômenos tromboembólicos e/ou sintomas e sinais de baixo débito circulatório, e não controláveis por drogas e/ou marcapasso artificial, por isso com alto risco de morte súbita.

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave:

1 • Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);

2 • Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);

3 • Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassistolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;

4 • Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;

5 • Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA.

A perícia somente enquadrará os servidores como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 meses.

Nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com mau prognóstico em curto prazo, poderá ser dispensado o prazo de observação e tratamento.

O prazo de observação e tratamento supracitado também poderá ser dispensado nos servidores que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico), pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados, mantendo-se os *critérios* do enquadramento anteriormente descritos para a invalidez.

O laudo da Perícia Oficial em Saúde deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), a classe funcional e os elementos usados para a classificação, que permitiram o enquadramento legal da lesão incapacitante, e concluir pela existência ou não de cardiopatia grave.

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

É importante não confundir "a gravidade de uma cardiopatia com uma cardiopatia grave, esta uma entidade médico-pericial". A classificação de uma cardiopatia grave baseia-se nos aspectos de gravidade de uma cardiopatia relacionados com a capacidade laborativa e com o prognóstico do indivíduo.

Os pacientes coronariopatas, após evento agudo, devem aguardar em licença médica por um período de um a seis meses para serem avaliados, dependendo das complicações havidas e do tratamento realizado.

Após um infarto do miocárdio, a avaliação de risco baseia-se em três fatores: percentagem de miocárdio isquêmico residual, extensão da disfunção ventricular esquerda e potencial arrítmico.

Quando o tratamento adequado, clínico ou intervencionista, melhorar ou abolir as alterações cardiológicas, o diagnóstico de cardiopatia grave deve ser reconsiderado e reavaliado.

O comprometimento do coração na hipertensão arterial identifica a cardiopatia hipertensiva. Quando isso ocorre, frequentemente os demais órgãos-alvo também podem estar comprometidos. De outra parte, em alguns casos, um ou mais órgãos-alvo podem estar envolvidos, sem que o coração o esteja. Nesses casos, não se trata de cardiopatia hipertensiva, mas de hipertensão arterial complicada.

Sabe-se, também, que em um grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, consequentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação.

Esse é o conceito dinâmico de "reversibilidade" da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

De qualquer forma, a perícia nunca deve achar, de antemão, que pacientes submetidos a quaisquer das intervenções mencionadas acima têm, necessariamente, a condição médico-pericial classificada como cardiopatia grave.

Cegueira posterior ao ingresso no serviço público:

Conceito

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

São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

a) Os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nestas normas, não suscetíveis de correção óptica nem capazes de serem beneficiados por tratamento clínico-cirúrgico;

b) Os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20º no melhor olho, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

Graus de perda parcial da visão

a) Grau I: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/200 Snellen, bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de Snellen;

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

c) Grau III: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível for inferior a 20/400 Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/1.200 Snellen; e,

d) Grau IV: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de um metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

Serão consideradas perdas parciais de visão equivalentes a cegueira e, portanto, enquadradas em lei, os graus II, III e IV e no grau I, os indivíduos que tiverem campo visual igual ou menor que 20º, no melhor olho.

Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas

Não se incluem nos dispositivos da lei as formas de parkinsonismo secundário, de caráter transitório, ocasionadas por medicamentos, cujo quadro clínico regride com a suspensão da droga, e por outras etiologias.

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

A avaliação de invalidez de um paciente portador de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster:

Tabela de Webster para Avaliação da Doença de Parkinson	
A) BRADICINESIA DE MÃOS + INCLUINDO ESCRITA MANUAL	
Sem comprometimento	**0**
Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual.	**1**
Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente.	**2**
Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	**3**
B) RIGIDEZ	
Não detectável.	**0**
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso.	**1**
Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado.	**2**
Rigidez grave no pescoço e ombros. A	

Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, a Perícia Oficial em Saúde adotará as escalas Snellen e Decimal na avaliação da acuidade visual para longe.

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100%
20/22	0,9	98,0%
20/25	0,8	95,5%
20/29	0,7	92,5%
20/33	0,6	88,5%
20/40	0,5	84,5%
20/50	0,4	76,5%
20/67	0,3	67,5%
20/100	0,2	49,0%
20/200	0,1	20,0%
20/400	0,05	10,0%

Critérios de Enquadramento

A perícia concluirá pela incapacidade definitiva e invalidez por cegueira dos portadores de perda total de visão (cegueira) nos dois olhos, sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado.

A perícia também concluirá pela invalidez permanente por cegueira dos servidores que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV descritos nos itens acima, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, com base em parecer especializado.

A perícia oficial em saúde, ao emitir laudos de invalidez de portadores de afecção que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos anteriormente, deverá escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "equivalente à cegueira".

Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente.

É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, que, no caso de agravamento, poderão pleitear aposentadoria. Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

Em resumo, serão considerados portadores de deficiência visual comparável a cegueira os servidores que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção, ou campo visual igual ou inferior a

20 graus (campotubular), ou ocorrência de ambos. Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério bem como os que ingressaram no serviço público já portadores de deficiência compatível com cegueira.

Doença de Parkinson

Conceito:

A Doença de Parkinson é um distúrbio degenerativo do sistema nervoso central, idiopático, lentamente progressivo, decorrente de um comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal, identificável por uma série de manifestações:

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

b) Rigidez muscular: sinal característico e eventualmente dominante acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como "sinal da roda dentada";

c) Oligocenesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos (bradicinesia) são típicos à medida que a rigidez progride. Os movimentos também se tornam reduzidos (hipocinesia) e difíceis de iniciar (acinesia);

d) Instabilidade postural: O paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;

e) Demência: pode ocorrer tardiamente.

Considerações:

Na maioria dos casos, não é possível conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou Doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (pós-encefalite, arteriosclerótica etc.), a doença é conhecida como Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário.

Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3
C) POSTURA	
Postura normal. Cabeça fletida para frente, menos que 10 cm.	0
Começando a apresentar coluna de atiçador. Cabeça fletida para frente, mais de 12 cm.	1
Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Um ou ambos os braços elevados, mas abaixo da cintura.	2
Início da postura simiesca. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando a extensão interfalange. Começando a flexão dos joelhos.	3
D) BALANCEIO DE MEMBROS SUPERIORES	
Balanceio correto dos dois braços.	0
Um dos braços com diminuição definida do balanceio	1
Um braço não balança	2
Os dois braços não balançam	3
E) MARCHA	
Passos bons, com passada de 40 cm a 75 cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encurtada para passada com 30 cm a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encurtada agora com 15 cm a 30 cm. Os dois Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como "gaguejar". O paciente anda sobre os	3

artelhos e faz os giros muito lentamente.	
F) TREMOR	
Sem tremor detectado.	**0**
Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz	**1**
O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	**2**
Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A Escrita e a auto alimentação são impossíveis.	**3**
G) FACE	
Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto.	**0**
Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão.	**1**
Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca.	**2**
Face congelada. Boca aberta 0,5 cm ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca.	**3**
H) SEBORREIA	
Nenhuma	**0**
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	**1**
Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa	**2**
Seborreia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção	**3**

espessa.	
I) FALA	
Clara, sonora, ressonante, fácil de entender.	**0**
Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender.	**1**
Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento: dificuldade para ser compreendida.	**2**
Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	**3**
J) CUIDADOS PESSOAIS	
Sem comprometimento.	**0**
Ainda capaz de todos os cuidados pessoais, mas a velocidade com que se veste torna-se empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado.	**1**
Requer ajuda em certas áreas críticas, como para virar-se na cama, levantar-se de cadeiras etc. Muito lento no desempenho da maioria das atividades, mas trata esses problemas designando mais tempo para cada atividade.	**2**
Continuamente incapacitado. Incapaz de vestir-se, alimentar-se ou andar sozinho.	**3**
Totalizadores dos pontos:	
Total----------→	

Análise dos Pontos (soma):
1 – 10 = Início da doença
11 – 20 = Incapacidade moderada
21 – 30 = Doença grave ou avançada

Critérios de Enquadramento

O portador de Doença de Parkinson será aposentado por invalidez nas seguintes situações:

1 • Quando as manifestações clínicas e a evolução da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e à realização das atividades normais da vida diária;

2 • Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

A perícia não deverá enquadrar como incapazes definitivamente para o serviço ativo os portadores de parkinsonismo secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

Esclerose Múltipla

Conceito
Define-se como uma doença desmielinizante do sistema nervoso central lentamente progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização do cérebro e da medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sintomas e sinais, geralmente com remissões e exacerbações.

Etiologia
A causa é desconhecida, mas há suspeitas de uma anormalidade imunológica, com poucos indícios de um mecanismo específico.

Patologia
Placas ou ilhas de desmielinização com destruição de células e prolongamentos celulares estão disseminadas pelo sistema nervoso central, inicialmente na substância branca, podendo atingir os nervos ópticos, associando-se áreas de inflamação perivascular.

Sinais e sintomas
De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central com remissões e exacerbações frequentes.

Os sintomas geralmente se iniciam com dormência e fraqueza nas pernas, mãos, face, distúrbios visuais (cegueira parcial ou dor nos olhos), distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens, entre outros.

Ocorrem sintomas mentais: apatia, falta de julgamento, depressão, choro e riso sem razão aparente, manias e dificuldade para falar.

As alterações motoras são marcantes: marcha trôpega, trêmula; tremores nas mãos e na cabeça; fraqueza muscular. As lesões cerebrais podem resultar em hemiplegia. Atrofia muscular e espasmos musculares dolorosos ocorrem tardiamente.

As alterações sensitivas ocorrem principalmente nas mãos e nas pernas com perda da sensibilidade cutânea. Em relação às alterações autonômicas, há dificuldade miccional, incontinência retal e impotência sexual.

Curso
Variado e imprevisível, com remissões e exacerbações intercaladas em meses ou anos. Quando as crises se amiúdam, rapidamente o paciente torna-se incapacitado de forma definitiva. As remissões podem durar até 20 anos, mas quando os ataques são frequentes o curso é decadente e pode ser fatal em até um ano.

Diagnóstico
É indireto, por dedução através de características clínicas e laboratoriais.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com as seguintes enfermidades: siringomielia; esclerose lateral amiotrófica; sífilis; artrite da coluna cervical; tumores do cérebro; ataxias hereditárias e malformações do cérebro e da medula.

Exames complementares ao diagnóstico:

1 • Exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;

2 • Ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostraras placas;

3 • Potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

Critérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde fará o enquadramento de invalidez permanente por esclerose múltipla nos casos de curso progressivo, com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos que caracterizem a incapacidade para o exercício de suas atividades.

Espondiloartrose Anquilosante

Conceito
A espondilite anquilosante, inadequadamente denominada de espondiloartrose anquilosante nos textos legais, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna.

O processo geralmente se inicia pelas articulações sacroilíacas e, de forma ascendente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados e este processo resulta em rigidez progressiva da coluna.

As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

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

Dentre as denominações comumente dadas à espondiliteanquilosantepodemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, espondiliteossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veu-Bechterew, espondilitereumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartriteanquilopoiética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante, esta última chamada de pelviespondilite reumática pela Escola Francesa.

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

Critérios de Enquadramento

A perícia oficial em saúde procederá ao enquadramento legal dosportadores de espondilite anquilosante pela invalidez permanente
acarretada por essa doença.

Ao firmarem seus laudos, a perícia deverá fazer constar:

1 • O diagnóstico nosológico;

2 • A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;

3 • A citação dos segmentos da coluna atingidos.

A perícia, além dos elementos clínicos de que dispõe e dos pareceres da medicina especializada, poderá se valer dos seguintes exames subsidiários elucidativos:

a) Comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);

b) Cintilografia óssea;

c) Teste sorológico específico HLA – B 27;

d) Tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

Estados Avançados do Mal de Paget

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

Quadro Clínico
A doença pode ser acompanhada de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas e sua evolução processa-se em duas fases:

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

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

Os estados avançados da Doença de Paget apresentam as seguintes características:

a) Lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);

b) Complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgia;

c) Complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

Critérios de Enquadramento

As formas localizadas do Mal de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina ou as oligossintomáticas não serão consideradas como doença enquadrada em lei.

A perícia enquadrará em incapacidade definitiva por estados avançados do Mal de Paget (osteíte deformante) os servidores que apresentarem as formas extensas da doença de acordo com as características já citadas anteriormente.

Também serão enquadradas em incapacidade definitiva as formas monostóticas com deformidades acentuadas e dolorosas e aquelas que apresentarem dificuldade para marcha, característica da coxopatia Pagética.
Ao firmar o diagnóstico, a perícia oficial em saúde deverá registrar a extensão das deformidades e as partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

a) Exame radiológico;

b) Dosagem da fosfatase alcalina;

c) Dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

Hanseníase

Conceito:
A hanseníase é uma doença infectocontagiosa curável, de notificação compulsória, causada pelo Mycobacterium Leprae (bacilo de Hansen).

A doença tem curso crônico, com predileção pela pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

Sinais Cardinais da Hanseníase:
1 • Lesão (ões) e/ou área(s) da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade;

2 • Acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;

3 • Baciloscopia positiva.

Classificação
A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

1 • **Paucibacilares (PB)** – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; Tratamento de seis meses

a) Indeterminada (I)
b) Tuberculóide (T)

2 • **Multibacilares (MB)** – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses.

2 • Braços – radial, ulnar e mediano
3 • Pernas – fibular comum e tibial

Graus de Incapacidade

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos.

Grau de incapacidade física de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS	
GRAU	**CARACTERISTICAS**
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés.
2	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo

Nota: A inspeção do nariz deverá ser realizada concomitantemente ao exame de mãos, pés e olhos, com o objetivo de detectar ressecamento e úlceras da mucosa nasal, perfuração do septo e desabamento da pirâmide nasal.

Teste manual da exploração da força muscular		
FORÇA		**DESCRIÇÃO**
FORTE	**5**	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
DIMINUIDA	**4** **3** **2**	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial. Realiza o movimento completo contra a gravidade. Realiza o movimento parcial.

A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

Atenção: o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

a) **Dimorfa (D)**;

b) **Virchowiana (V)**;

c) **Não Especificada (NE)**.

Quando o tratamento quimioterápico é iniciado deixa de haver transmissão da doença, pois a primeira dose da medicação torna os bacilos incapazes de infectar outras pessoas.

Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri:
1 • **Hanseníase Indeterminada (HI)** CID A30. 0 – Considerada aprimeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma
tuberculóide ou para a virchowiana;

2 • **Hanseníase Tuberculóide (HT)** CID - 10 A30. 1 – Poucas lesões bem delimitadas, em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, anestésicas e de distribuição assimétrica, com crescimento centrífugo lento levando à atrofia no interior da lesão;

3 • **Hanseníase Dimorfa (HD)** CID - 10 A30. 3 – Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;
4 • **Hanseníase Virchowiana (HV)** CID - 10 A30. 5 – Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

Neuropatia Hansênica - Diagnóstico do Dano Neural – Sinais e Sintomas;

Neurites – Comprometimento da função neural pela lesão das fibras autonômicas, sensitivas e motoras resultando em deficiências sensitivas ou sensitivo-motoras, provocando as incapacidades e deformidades que podem gerar sequelas definitivas.

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

1 • Face – trigêmeo e facial

PARALISADA	**1 0**	Contração muscular sem movimento. Paralisia (nenhum movimento).

Critérios de Enquadramento

A doença, por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laborativas, uma vez que, ao iniciar a terapia específica (poliquimioterapia), o portador bacilífero torna-se não contagiante. Em algumas avaliações por especialistas, os casos multibacilares poderão ser afastados de suas
atividades por um período de três semanas.

O que pode levar ao afastamento das atividades laborativas são os casos de episódios reacionais (Reação tipo I e II), caracterizados pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento, com sintomas gerais como: febre, mal-estar geral, neurites agudas ou subagudas, levando à dor, alteração da sensibilidade (parestesias e hipoestesias) e diminuição da força muscular e/ou da precisão de movimentos. Em alguns casos o quadro reacional evolui com neurite, orquite, irite, iridociclite, artrite, mão e pé reacionais, linfadenite, proteinúria e dano hepático. Essas alterações levam à incapacidade temporária ou definitiva, devendo ser avaliadas e acompanhadas por especialistas como dermatologista, neurologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e outros.

A perícia concluirá pelo afastamento temporário das atividades quando os servidores:

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

b) Manifestarem dor neuropática;

c) Tiverem que se submeter a tratamento de descompressão neural cirúrgica de neurites;

d) Necessitarem submeter-se a tratamento cirúrgico de reabilitação de deficiências na face, nariz, olhos, mãos e pés;

e) Tiverem que permanecer imobilizados ou em repouso absoluto do membro quando da detecção precoce de surtos reacionais (tipo 1 ou tipo 2), neurites ou para tratamento de úlceras plantares, até a remissão dos sintomas.

A perícia oficial em saúde concluirá pela invalidez quando os servidores apresentarem sequelas incapacitantes sem possibilidade de recuperação.

Todos os servidores portadores de hanseníase deverão permanecer sob rigoroso controle médico e submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada. Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

Nefropatia Grave

Conceito:
Define-se como nefropatia grave o comprometimento em caráter transitório ou permanente da função renal a ponto de ocasionar grave insuficiência renal e/ou acarretar risco à vida, ocasionado por enfermidade de evolução aguda ou crônica, de qualquer etiologia.

Na avaliação da gravidade da nefropatia e do grau de incapacidade que pode acarretar, deverão ser levados em consideração:

1 • Os sintomas clínicos;

2 • As alterações bioquímicas.

Quadro Clínico

Manifestações clínicas:

1 • Ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;

2 • Cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;

3 • Gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias;

4 • Digestivas - diarreia ou obstipação;

5 • Neurológicas - cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;

6 • Oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;

7 • Pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural;

8 • Urinárias - nictúria.

Alterações nos Exames Complementares

1 • Alterações laboratoriais:

a) Diminuição da filtração glomerular;

b) Diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);

c) Aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácidoúrico;

d) Distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;

e) Acidose.

2 • Alteração nos exames por imagem:

a) Diminuição das áreas renais nas enfermidades crônicas ou nas isquemias agudas intensas;

b) Distorções da imagem normal consequente de cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;

c) Distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;

d) Diminuição da eliminação de contrastes quando usados.

Considerações:
Para a avaliação da insuficiência renal crônica pelas alterações bioquímicas, pode ser adotada a classificação abaixo, baseada na gravidade do distúrbio funcional do rim, medido pela filtração glomerular e dosagem de creatinina.

Doenças Renais Crônicas – Estadiamento e Classificação*			
ESTÁGIO	FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ML/MIN	CREATININA (MG/DL)	GRAU DE I.R.C.
0	> 90	0,6 – 1,4	Grupo de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6 – 1,4	Função renal normal Presença de lesão renal
2	60 – 89	1,5 – 2,0	IR leve ou funcional
3	30 – 59	2,1 – 6,0	IR moderada ou laboratorial

4	15 – 29	6,1 – 9,0	IR grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	IR terminal ou pré-dialítica

***Dr. João Egídio Romão Júnior – SBN – Hospital das Clínicas – FMUSP e Hospital da Beneficência Portuguesa – São Paulo**

São consideradas nefropatias graves:

1 • As nefropatias incluídas no Estágio 3, desde que o periciado apresente sintomas e sinais que estejam produzindo incapacidade laborativa;

2 • As nefropatias incluídas nos Estágios 4 e 5.

Critérios de Enquadramento
As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve, Estádio 2, não são enquadradas como nefropatias graves.

As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, Estádio 3, são enquadradas como nefropatias graves quando acompanhadas de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa do periciado.

As nefropatias classificadas como insuficiência renal grave, Estádios 4 e 5, são enquadradas como nefropatiasgraves.A perícia deverá, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da indicação da presença ou não de nefropatia grave.

Neoplasia Maligna

Conceito
É 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 Internacional de Doenças (CID).

Avaliação Diagnóstica e Estadiamento
O diagnóstico e o estadiamentoda neoplasia maligna podem ser determinados, dentre outros, pelos seguintes meios propedêuticos:

1 • Exame clínico especializado;
2 • Exames radiológicos;
3 • Exames ultrassonográficos;
4 • Exames de tomografia computadorizada;
5 • Exames de ressonância nuclear magnética;
6 • Exames cintilográficos;

7 • Exames endoscópicos;
8 • Pesquisa de marcadores tumorais específicos;
9 • Biópsia da lesão com exame histopatológico;
10 • Exames citológicos;
11 • Exames de imunoistoquímica;
12 • Estudos citogenéticos em casos específicos.

O diagnóstico de neoplasia depende de comprovação por meio de exames complementares.

Prognóstico
É determinado pelo grau de malignidade da neoplasia, que é influenciado pelos seguintes fatores:

1 • Grau de diferenciação celular;
2 • Grau de proliferação 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.

Objetivos do Exame Pericial
O exame pericial objetiva comprovar:
1 • O diagnóstico da neoplasia por meio de exame histopatológico ou citológico;
2 • A extensão da doença e a presença de metástases;
3 • O tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico;
4 • O prognóstico da evolução da doença, em consonância com as estatísticas de sobrevida para cada tipo de neoplasia;
5 • O grau de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente;
6 • A correlação da incapacidade com as atribuições do servidor.

Critérios de Enquadramento
A perícia fará o enquadramento da invalidez permanente por neoplasia maligna dos servidores quando for constatada incapacidade para o trabalho em consequência de:

1 • Neoplasias com mau prognóstico em curto prazo;
2 • Neoplasias incuráveis;
3 • Sequelas do tratamento, mesmo quando erradicada a neoplasia maligna;
4 • Recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

A perícia deverá, ao emitir o parecer conclusivo, citar:

1 • O tipo histopatológico da neoplasia;
2 • Sua localização;
3 • A presença ou não de metástases;

4 • O estadiamento clínico pelo sistema TNM, podendo ser utilizada outra classificação, em casos específicos, não contemplada por este sistema;
5 • Acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

Os servidores portadores de neoplasia maligna detectada pelos meios propedêuticos e submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ ou quimioterápico serão considerados portadores dessa enfermidade durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, mesmo que o estadiamento clínico indique bom prognóstico. O carcinoma basocelular e outras neoplasias de comportamento similar não se enquadram nesta situação.
Os servidores portadores de neoplasia maligna submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, que após cinco anos de acompanhamento clínico não apresentarem evidência de doença ativa, serão considerados **não** portadores de neoplasia maligna.

A presença de neoplasia maligna passível de tratamento não implica aposentadoria, devendo o servidor ser reavaliado periodicamente levando-se em consideração o tratamento, a evolução e a capacidade laborativa.

Paralisia Irreversível e Incapacitante

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

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

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

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

Não se equiparam às paralisias as lesões osteomusculoarticulares envolvendo a coluna vertebral.

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

1 • Paralisia isolada ou periférica - quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
2 • Monoplegia - quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
3 • Hemiplegia - quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
4 • Paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
5 • Triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
6 • Tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

Critérios de Enquadramento

Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante de um dos tipos descritos anteriormente, satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados impossibilitados para qualquer trabalho de forma total e permanente.

A perícia deverá especificar no laudo os diagnósticos anatômico e etiológico e o caráter definitivo e permanente, como citado na lei.

A perícia deverá declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente à Paralisia Irreversível e Incapacitante", quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões que se equiparam à paralisia, satisfeitas todas as condições constantes desses itens.

A paralisia de um músculo ou grupo de músculos não apresenta por si só motivo para concessão das vantagens da lei e muitas vezes não leva nem à incapacidade.

É preciso que, depois de esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis, seja considerada irreversível e incapacite o servidor para o exercício da atividade inerente ao cargo.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids)

Conceito
A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma grave imunodeficiência que se manifesta no aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas
e lesões neurológicas.

Classificação
A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos T-CD4 +.

Quanto às manifestações clínicas, os indivíduos pertencem às seguintes categorias:

Categoria "A":
1 • Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
2 • Linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extrainguinais, com duração de pelo menos três meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
3 • Infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico;

Categoria "B":
indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:
1 • Angiomatose bacilar;
2 • Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
3 • Candidíase orofaringeana;
4 • Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5º C ou diarreia com mais de um mês de duração);

Categoria "C":
indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:
1 • Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
2 • Criptococose extrapulmonar;
3 • Câncer cervical uterino;
4 • Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
5 • Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
6 • Histoplasmose disseminada;
7 • Isosporíase crônica;
8 • Micobacteriose atípica;
9 • Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
10 • Pneumonia por *P. carinii*;
11 • Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
12 • Bacteremia recorrente por "salmonella";
13 • Toxoplasmose cerebral;
14 • Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15 • Criptosporidiose intestinal crônica;

16 • Sarcoma de Kaposi;
17 • Linfoma de Burkit, imunoblástico ou primário de cérebro;
18 • Encefalopatia pelo HIV;
19 • Síndrome consumptiva pelo HIV.

Quanto à contagem de linfócitos T-CD4+, os pacientes podem ser classificados nos seguintes grupos:

1 • Grupo 1: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/ mm³.

2 • Grupo 2: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/ mm³.

3 • Grupo 3: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/ mm³.

Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial				
GRUPOS	LT – CD4+	CATEGORIAS CLÍNICAS		
		A	**B**	**C**
1	>500/mm³	A1	B1	C1
2	200-499/mm³	A2	B2	C2
3	<200/mm³	A3	B3	C3

OBS: A3, B3, C1, C2 e C3 são consideradas Sida/Aids. As demais categorias são consideradas portadores do vírus HIV.

Critérios de Enquadramento:

1 • Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C (todos).

2 • Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos com controle trimestral pela perícia. Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam com sorologia positiva e incapacitada para retorno ao trabalho, serão aposentados.

3 • A revisão da aposentadoria, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção médica pela Perícia Oficial em Saúde.

4 • Deverá constar, obrigatoriamente, nos laudos de aposentadoria, se o servidor é portador do HIV ou de Sida/Aids, mencionando, ainda, a sua classificação de acordo com o quadro acima (por exemplo: A1).

Tuberculose Ativa

Conceito
A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis,* de evolução aguda ou crônica e de notificação compulsória. Pode acometer em qualquer órgão, tendo, no entanto, nítida predileção pelo pulmão.

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticados em fase precoce e a boa evolução de suas lesões se tratadas corretamente, torna-se fundamental a avaliação da fase evolutiva da doença ou da condição de "atividade" das lesões para estabelecer a noção de cura ou a resposta ao tratamento.

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que importa é a sua repercussão geral no indivíduo e no desempenho das suas atividades.

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal aqueles indivíduos que tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da tuberculose, refratários aos esquemas terapêuticos existentes, ou aqueles que, na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho.

Classificação
Os indivíduos são distribuídos em classes, com as seguintes características:

1 • Classe 0: indivíduo sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;
2 • Classe I: indivíduo com história de exposição à tuberculose, porém, sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
3 • Classe II: indivíduo com infecção tuberculosa, caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém, sem tuberculose;
4 • Classe III: indivíduo com doença ativa e que apresenta quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

As lesões tuberculosas são classificadas em:
1 • Ativas: progressivas, regressivas ou crônicas;
2 • Inativas;
3 • De atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);
4 • Curadas.

As lesões **ativas** apresentam as seguintes características:
1 • Bacteriológicas: presença do *Mycobacterium tuberculosis*ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material colhido para exame em amostras diferentes;

2 • Radiológicas:
a. Caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado por reação perifocal;
b. Instabilidade das lesões infiltrativas observadas nas séries de radiografias;
c. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
d. Derrame pleural associado;
e. Complexo gânglio pulmonar recente.

3 • Imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD-Reator Forte);

4 • Clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.
a. Instabilidade das lesões infiltrativas observadas nas séries de radiografias;
b. Presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;
c. Derrame pleural associado;
d. Complexo gânglio pulmonar recente.

3 • Imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD-Reator Forte);

4 • Clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.

As lesões tuberculosas são ditas **curadas** quando, após o tratamento regular com esquema tríplice, durante seis meses, apresentem as características de inatividade descritas anteriormente.

Localização das Lesões:

Tuberculose pulmonar
A expressão "tuberculose pulmonar ativa" não traduz, necessariamente, uma evolução desfavorável da doença; significa, antes de tudo, o estado dinâmico ou instável do processo, com possibilidade de progredir, regredir ou permanecer estacionário (cronificado) em certo período de tempo.

Tuberculose ganglionar
As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos cervicais.
Tuberculose renal O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizado por meio dos seguintes exames:

1 • Bacteriológico: comprovação da presença do *Mycobacterium tuberculosis*. "A comprovação bacteriológica é a única que pode afirmar o diagnóstico e a atividade das lesões, mas, nesses casos, só é positiva em 50% dos examinados".

2 • Radiológico: quando revela alterações renais, com lesão dos cálices (que podem chegar até a destruição total desses), dos bacinetes e/ ou ureteres.

A possibilidade dessa forma de tuberculose levar à incapacidade definitiva está relacionada ao grau de comprometimento da função excretora renal (insuficiência renal) e deve assim ser considerada.

Tuberculose óssea
As localizações mais frequentes são: vertebral e depois coxofemoral. No Mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral, há, no exame radiológico, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais.

Para a confirmação do diagnóstico de atividade devemos usar como auxiliares: radiografias, biópsias ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões.

Critérios de Enquadramento
Nos exames para verificação de saúde e aptidão para ingresso no serviço público, a constatação de tuberculose ativa leva à inabilitação do candidato. Por outro lado, a comprovação de lesão inativa ou residual, por si só, não inabilita o candidato. Nesses casos, entretanto, se faz necessária uma criteriosa avaliação das sequelas existentes e sua repercussão sobre a capacidade laborativa atual e futura do indivíduo.

O servidor portador de tuberculose pulmonar ativa permanecerá em licença para tratamento de saúde até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do servidor, quando poderá ser julgado apto, a despeito da necessidade de continuação do tratamento pelo tempo necessário.

De modo a comprovar com segurança a atividade da doença, a perícia deverá reavaliar o paciente ao término do tratamento, que tem a duração de seis meses, e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

O parecer definitivo a ser adotado pela perícia para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente inativas ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a seis meses, contados a partir do término do tratamento.

O servidor considerado curado em período inferior a 24 meses de licença para tratamento de saúde retornará ao serviço ativo.

O servidor que apresentar lesões em atividade após dois anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e aquele em que ainda houver dúvida quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão aposentados.

Nos casos em que tenha ocorrido comprovada resistência bacilar aos esquemas usados (determinada por vários testes terapêuticos) ou quando, por consequência da resolução fibrocicatricial de cura, tenha ocorrido importante limitação funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponham importante limitação física ou profilático-sanitária ao indivíduo, será cogitada a aposentadoria por tuberculose pulmonar (TP).

O servidor que apresentar "Cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, será julgado de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave, deste Manual.

O servidor portador de lesões tuberculosas extrapulmonares será julgado pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nestas normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

A perícia, ao concluir pela incapacidade definitiva do servidor, deverá fazer constar dos laudos o diagnóstico de "Tuberculose Ativa", complementando com os dados que permitam o enquadramento legal, aplicável ao caso.

As sequelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do servidor terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois dela são decorrentes. Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

Hepatopatia Grave

Conceito

A hepatopatia grave compreende um grupo de doenças que atingem o fígado de forma primária ou secundária, com evolução aguda ou crônica, ocasionando alteração estrutural extensa e deficiência funcional intensa, progressiva e grave, além de incapacidade para atividades laborativas e risco à vida.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito do abdome, distensão abdominal e hemorragia digestiva. No entanto, muitos hepatopatas crônicos são assintomáticos. As anormalidades aparecem nos exames bioquímicos hepáticos como parte de um exame de rotina ou na triagem para doação de sangue, para seguro de vida ou para admissão no emprego. Os múltiplos exames disponíveis facilitam a identificação de hepatopatia.

Icterícia, hepatomegalia, dor no hipocôndrio direito, esplenomegalia, aranhas vasculares, eritema palmar, ascite, perda de peso, equimoses, edema, veias abdominais dilatadas, hálito hepático, asterixe, encefalopatia e coma são sinais e sintomas presentes em maior ou menor grau nas doenças hepáticas.

Constituem Características das Hepatopatias Graves:

Quadro clínico:
1 • Emagrecimento;
2 • Icterícia;
3 • Ascite;
4 • Edemas periféricos;
5 • Fenômenos hemorrágicos;
6 • Alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pelos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas;
7 • Alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

Quadro laboratorial:

1 • Alterações hematológicas:

a) Pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia;

2 • Distúrbios da coagulação: hipoprotrombinemia e queda dos fatores da coagulação (V, VII, fibrinogênio);

3 • Alterações bioquímicas:

a) Hipoglicemia predominante;

b) Hipocolesterolemia; e

c) Hiponatremia;

4 • Testes de função hepática alterados:

a) Retenção de bilirrubinas;

b) Transaminases elevadas;

c) Fosfatase alcalina e gama-GT elevadas;

d) Albumina reduzida.

Alterações:

1 • Ultrassonografia: alterações estruturais do fígado e baço, ascite, dilatação das veias do sistema porta;

2 • Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética abdominal: alterações dependentes da doença primária;

3 • Endoscopia digestiva alta: presença de varizes esofagianas e de gastropatia hipertensiva;

4 • Cintilografia hepática: redução da captação hepática, forma heterogênea, com aumento da captação esplênica e na medula óssea.

São causas etiológicas das hepatopatias graves:
1 • Hepatites fulminantes: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
2 • Cirroses hepáticas: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
3 • Doenças parasitárias e granulomatosas;
4 • Tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos;
5 • Doenças hepatobiliares e da vesícula biliar levando à cirrose biliar secundária.

Classificação
A insuficiência hepática desenvolve-se em consequência da perda de massa celular funcionante, decorrente da necrose causada por doenças infecciosas, inflamatórias, tóxicas, alérgicas, infiltrativas, tumorais, vasculares ou por obstrução do fluxo biliar.

A gravidade do comprometimento funcional é classificada, com finalidade prognóstica, em tabela universalmente aceita, conhecida como Classificação de Child-Turcotte-Pugh, nela considerados cinco indicadores:

INDICADORES	PONTOS		
	1	2	3
Albumina	>3,5g%	3,0 a 3,5g%	< 3,5g%
Bilirrubina	<2,0mg%	<2,0mg% a 3,0mg%	>3,0mg%
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Grau de encefalopatia	Não	Leve	Grave
Tempo de protrombina	>75%	50 a 74%	<50%

CLASSE	TOTAL DE PONTOS
A	05 a 06
B	07 a 09
C	10 a 15

O escore de Child-Pugh é calculado somando os pontos dos cinco fatores, e varia de 5 a 15. As classes de Child-Pugh são: A (escore de 5 a 6), B (7 a 9), ou C (acima de 10). Em geral, a descompensação" indica cirrose com um escore de Child-Pugh> 7 (classe B de Child-Pugh) e este nível é um critério aceito para inclusão no cadastro do transplante hepático.

Os indivíduos situados na Classe A têm bom prognóstico de sobrevida, habitualmente acima de cinco anos, enquanto os da Classe C têm mau prognóstico, possivelmente menor que um ano.

A encefalopatia hepática, também denominada encefalopatia portossistêmica, obedece à seguinte gradação:

a) Subclínica: alteração em testes psicométricos;

b) Estágio 1: desatenção, irritabilidade, alterações da personalidade, tremores periféricos e incoordenação motora;

c) Estágio 2: sonolência, redução da memória, alterações do comportamento, tremores, fala arrastada, ataxia;

d) Estágio 3: confusão, desorientação, amnésia, sonolência, nistagmo, hiporreflexia e rigidez muscular;

e) Estágio 4: coma, midríase e postura de descerebração, arreflexia.

A pontuação leve na Tabela de Child-Pugh inclui os Estágios Subclínico, 1 e 2, enquanto a pontuação grave os Estágios 3 e 4.

Critérios de Enquadramento

As hepatopatias classificadas na Classe A de Child-Pugh não são consideradas graves.

As hepatopatias classificadas na Classe B de Child-Pugh serão consideradas como hepatopatia grave quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante. As hepatopatias classificadas na Classe C de Child-Pugh serão enquadradas como hepatopatia grave.

Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves com tratamento específico, o tempo de acompanhamento em licença para tratamento de saúde pela perícia oficial em saúde deverá estender-se até 24 meses.

Os indivíduos que desenvolverem formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e forem submetidos a transplante hepático de urgência serão considerados como incapacitados temporários, sendo acompanhados em licença para tratamento de saúde por até 24 meses.

O laudo da perícia deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos anatomopatológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa de tratar-se de hepatopatia grave.

O diagnóstico anatomopatológico poderá ser dispensado nos casos de contraindicação médica formalizada, a exemplo das coagulopatias, sendo substituído por outros exames que possam comprovar e caracterizar a gravidade do quadro.

Para o diagnóstico do hepatocarcinoma, a comprovação histológica obtida pela biópsia pode ser ubstituída pela presença de elevados níveis séricos de alfa-fetoproteína (mais de 400 mg/ml) e alterações típicas no Eco-doppler, na tomografia computadorizada helicoidal ou retenção do lipiodol após arteriografia seletiva, em indivíduos com condições predisponentes para o hepatocarcinoma: cirroses, doenças metabólicas congênitas, portadores de vírus B e C, alcoólatras.

Contaminação por Radiação

Conceito

Considera-se "doença causada por radiação ionizante em estágio avançado" toda enfermidade que tenha, comprovadamente, relação de causa e efeito com a radiação ionizante e cujas alterações sejam consideradas incapacitantes e invalidantes, seja por caráter físico-motor, ou funcional ou mental.

A perícia deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a doença apresentada pelo indivíduo.

A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser documentada e, quando for o caso, constar de atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação do local.

A perícia deverá atentar para o quadro em fase não invalidante, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.

A perícia deverá identificar, no mínimo, uma das seguintes síndromes:

1 • Síndrome aguda da radiação: um conjunto de sintomas e sinais decorrentes de exposição de corpo inteiro a alta dose de radiação por curto espaço de tempo; é um evento determinístico que e desenvolve quando um limite de dose é ultrapassado (0,8 a 1,0 Gy);

2 • Síndrome cutânea da radiação: um conjunto de sintomas e sinais decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

São necessariamente quadros de síndrome aguda da radiação aqueles decorrentes de evento considerado determinístico, no qual o limite de dose de 0,8 a 1,0 Gy tenha sido ultrapassado, a saber:

1• Hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose;

2 • Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrolítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e

3 • Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

Os quadros clínicos decorrentes do acúmulo de pequenas doses de exposição por longo período de tempo não são considerados quadros de síndrome aguda da radiação. Nestes casos, a perícia oficial em saúde deverá considerar os mesmos parâmetros de avaliação estabelecidos para a síndrome aguda da radiação.

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

1 • Grau I ou leve (exposição de 8,0 Gy a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação;

2 • Grau II ou moderada (exposição > 12,0 Gy a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;

3 • Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose;

4 • Grau IV ou muito grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

Diagnóstico

Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da síndrome aguda da radiação e da síndrome cutânea da radiação são:

1 • História clínica, com dados evolutivos da doença;
2 • Exame clínico;
3 • Dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);
4 • Dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);
5 • Avaliação hematológica;
6 • Avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase lática, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);
7 • Dosimetria citogenética;
8 • Tomografia computadorizada;
9 • Ressonância magnética;
10 • Termografia;
11 • Avaliação fotográfica seriada;
12 • Estudos cintilográficos;
13 • Estudos Doppler.

Critérios de Enquadramento

Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita anteriormente, serão considerados pela perícia como acometidos de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado.

A perícia oficial em saúde fará o enquadramento por síndrome aguda da radiação do servidor que se enquadrar em uma das seguintes condições:

1 • Apresentar alterações físicas e mentais de mau prognóstico no curto prazo;

2 • Apresentar alterações físicas e mentais que tenham durado ou têm expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 meses;

3 • Apresentar sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do servidor para executar atividades básicas.