



TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO

PORTARIA PRESI 130

Aprova o Manual de Perícias em Saúde da Justiça Federal da 1ª Região e altera a Portaria Presi 300 de 23 de agosto de 2016, que dispõe sobre a realização de perícia médica oficial e a reavaliação médica periódica no âmbito do Tribunal e seccionais vinculadas.

O PRESIDENTE DO TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, tendo em vista o que consta dos autos do PAe 0016392-81.2015.4.01.8000,

CONSIDERANDO:

- a) o disposto na [Resolução CJF 159, de 8 de novembro de 2011](#), que dispõe sobre as licenças para tratamento da própria saúde e por motivo de doença em pessoa da família;
- b) a edição do Manual de Perícias em Saúde da Justiça Federal da 1ª Região;
- c) a necessidade de se alterar a [Portaria Presi 300 de 23 de agosto de 2016](#) para compatibilizá-la com os termos do Manual de Perícias,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Manual de Perícias em Saúde da Justiça Federal da 1ª Região na forma do anexo desta Portaria (3840076).

Art. 2º Revisar a Portaria Presi 300 de 23 de agosto de 2016, que passa a vigorar com as seguintes alterações:

[...]

Art. 2º [...]

I – perícia médica singular oficial: ato médico pericial realizado por apenas um médico ou um odontólogo;

II – junta médica oficial: órgão técnico composto de, no mínimo, três médicos ou de três cirurgiões-dentistas designados para a realização de perícias médicas;

[...]

Art. 3º A junta médica oficial será composta de, no mínimo, 3 (três) médicos do órgão, contratados ou credenciados para essa finalidade, independente da especialidade, exceto se a legislação para o caso em questão o exigir.

§ 1º (Revogado.)

§ 2º Na hipótese de não existência de médico contratado especialista na doença que acometeu o inspecionado no órgão, a unidade de saúde deverá solicitar o apoio de especialista ocupante de cargo de provimento efetivo ou titular de emprego na Administração Pública.

[...]

Art. 4º Fica dispensada de perícia médica singular a licença para tratamento da própria saúde com período inferior a 15 (quinze) dias, dentro de 1 (um) ano.

[...]

Art. 6º [...]

§ 3º A licença que exceder o prazo de 120 (cento e vinte), dias, consecutivos ou não, no período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de afastamento, será concedida mediante avaliação por junta médica oficial.

[...]

Art. 11. [...]

I (Revogado.)

II – servidor removido por motivo de saúde ou pessoa da família que, em razão da sua saúde,

ensejou a remoção do servidor, no lapso temporal definido por laudo médico não superior a 2 (dois) anos da remoção;

Art. 12. As pessoas cujas situações encontrem-se relacionadas no inciso II do art. 11 serão dispensadas de nova reavaliação médica quando satisfizerem uma das seguintes condições:

[...]

Art. 13. (Revogado.)

Art. 14 (Revogado.)

Art. 15. Serão adotados os critérios de avaliação constantes do Manual de Perícia em Saúde da Justiça Federal da 1ª Região para:

[...]

§ 1º Além da observância das orientações constantes no Manual de Perícias em Saúde da Justiça Federal da 1ª Região, a junta médica deverá, no caso do inciso IV deste artigo, manifestar-se de forma objetiva e conclusiva sobre os quesitos constantes do Anexo I desta Portaria, sem prejuízo de formulação pela unidade técnica de recursos humanos de outros quesitos que entender pertinentes.

[...]

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a [Portaria Presi/Secbe 231 de 14 de junho de 2010](#).

Desembargador Federal **HILTON QUEIROZ**

Presidente do Tribunal Regional Federal da 1ª Região



Documento assinado eletronicamente por **Hilton Queiroz, Presidente do TRF - 1ª Região**, em 04/04/2017, às 09:18 (horário de Brasília), conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://portal.trf1.jus.br/portaltrf1/servicos/verifica-processo.htm> informando o código verificador **3839902** e o código CRC **C2F8F9FB**.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 1ª REGIÃO

MANUAL DE PERÍCIAS EM SAÚDE DA JUSTIÇA FEDERAL

POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Introdução

A Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário foi institucionalizada pelo Conselho Nacional de Justiça por meio da resolução 207/2015, com o objetivo de promover a saúde e prevenir riscos e doenças, bem como zelar pelas condições de saúde de magistrados e servidores, com vistas ao bem-estar e à qualidade de vida no trabalho, assegurando a todos os trabalhadores, independentemente do regime jurídico a que estejam submetidos, o direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.

A referida Resolução estabeleceu indicadores e informações sobre gestão do absenteísmo e de doenças — que devem ser comunicados anualmente ao CNJ — com vistas à consolidação de parâmetros e dados que permitam a execução de programas de proteção e promoção da saúde.

Em vista da necessidade de se colocar em prática a Política de Atenção Integral à Saúde, incumbiu-se às unidades de saúde:

- a) realizar ações de promoção, prevenção e vigilância voltadas à saúde, tais como campanhas, pesquisas e ações de divulgação;
- b) realizar ou gerir exames periódicos de saúde;
- c) proceder à análise ergonômica dos ambientes, processos e condições de trabalho;
- d) realizar perícias oficiais administrativas em saúde, promovendo a normatização e a uniformização dos critérios e procedimentos;
- e) realizar exames médicos admissionais e, quando necessário, de retorno ao trabalho e demissionais;
- f) emitir ou homologar laudos de insalubridade e periculosidade;
- g) participar das análises de acidentes em serviço e doenças ocupacionais;
- h) produzir e analisar dados estatísticos, tomando-os como subsídios para a propositura de novas ações na área de saúde.

Desse modo, a fim de consolidar a Política de Atenção Integral à Saúde, várias ações estratégicas foram tomadas, entre as quais a publicação deste *Manual de Perícia Oficial em*

Saúde, que tem por finalidade orientar as unidades de gestão de pessoas das seções judiciárias que integram a Justiça Federal da 1ª Região quanto aos procedimentos relativos à perícia médica de que trata o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União (Lei 8.112/1990), bem como as perícias administrativas relacionadas ao Pro-Social – Programa de Assistência aos Magistrados e Servidores da Justiça Federal de Primeiro e Segundo Grau da Primeira Região.

O presente Manual buscou contemplar as diversas situações em que se faz necessária a manifestação de junta médica ou perito singular.

Exame admissional

Legislação

Lei 8.112/1990 – art. 206-A;

Portaria Presi 257 de 24/06/2015.

Conceito

Os exames médicos admissionais são aqueles realizados com vista à garantia de que os futuros servidores e magistrados estão em condições físicas e mentais de exercer o cargo para o qual são admitidos. É a forma de a administração pública se resguardar e demonstrar que está contratando uma pessoa plenamente capaz para aquele cargo.

Sua função não é focar unicamente em características impeditivas para o cargo pretendido, mas também avaliar a saúde do servidor de forma geral. Outra finalidade é orientar as pessoas em condições especiais de saúde que preencherão o cargo.

De acordo com o cargo para o qual o servidor é admitido, um rol de exames é apresentado, conforme lista a seguir:

GRUPO 1 – Procedimentos gerais aplicáveis a candidatos a quaisquer cargos/especialidades

- a) hemograma completo;
- b) glicemia;
- c) lipidograma;
- d) creatinina;
- e) tipagem do grupo sanguíneo e fator RH;
- f) raios x de tórax – AP e perfil com laudo;
- g) ECG com laudo;
- h) atestado de saúde mental (expedido por médico psiquiatra, devidamente inscrito como especialista no conselho de classe).

GRUPO 2 – Procedimentos específicos, aplicáveis por cargo/especialidade

Analista Judiciário, Apoio Especializado. Especialidade: Medicina

Analista Judiciário, Apoio Especializado. Especialidade: Enfermagem

Técnico Judiciário, Apoio Especializado. Especialidade: Enfermagem

- a) HBs-Ag;
- b) anti-HBs;
- c) anti-HBc;
- d) anti-HCV.

Analista Judiciário, Apoio Especializado. Especialidade: Odontologia

- a) pesquisa de mercúrio;
- b) HBs-Ag;
- c) anti-HBs;
- d) anti-HBc;
- e) anti-HCV.

Técnico Judiciário, Apoio Especializado. Especialidade: Artes Gráficas

- a) bilirrubina;
- b) fosfatase alcalina;
- c) TGO;
- d) TGP;
- e) audiometria vocal e tonal.

Técnico Judiciário, Área Administrativa. Especialidade: Segurança e Transporte

- a) teste ergométrico e ECG – em caso de impedimento de realização do teste, solicitar parecer de cardiologista;
- b) audiometria vocal e tonal;
- c) exames oftalmológicos:
 - c.1) tonometria;
 - c.2) fundo de olho;
 - c.3) acuidade visual.

Técnico Judiciário, Serviços Gerais. Especialidade: Telefonista

Audiometria vocal e tonal.

Técnico Judiciário, Apoio Especializado. Especialidade: Taquigrafia

Audiometria vocal e tonal.

I – PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE

A perícia oficial em saúde, de natureza administrativa, é a atividade realizada por médicos, odontólogos, bem como juntas médicas e odontológicas, para avaliação de saúde do servidor ou de seus dependentes.

1. Conceitos básicos de perícia oficial em saúde

1.1 Perícia oficial em saúde

É o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do servidor, por médico ou odontólogo formalmente designado, com a finalidade de atestar a condição de saúde do servidor ou magistrado, com vista ao pleno exercício dos direitos e deveres previstos na legislação aplicável.

A perícia oficial em saúde produz informações para fundamentar as decisões da Administração conforme previsto na Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e alterações posteriores.

A perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

- a) junta oficial em saúde: perícia oficial em saúde realizada por grupo de três médicos ou de três cirurgiões-dentistas;
- b) perícia oficial singular em saúde: perícia oficial em saúde realizada por apenas um médico ou um odontólogo.

A Resolução 5/2008 do Conselho da Justiça Federal expressa, em seu art. 14, § 2º, que, no âmbito da Justiça Federal: **“A Junta Médica será composta por, no mínimo, 03 (três) médicos”**.

1.2 Perito oficial em saúde

É o médico ou cirurgião-dentista que realiza ato pericial com o objetivo de subsidiar a administração pública federal na formação de juízos a que está obrigada. É responsável pelo estabelecimento da correlação entre o estado mórbido e a capacidade laborativa do servidor, assim como pelo nexos entre a morbidade e o trabalho, bem como pela avaliação de pensionistas e dependentes nas hipóteses previstas legalmente.

O objetivo do perito não é o diagnóstico para fins de tratamento da doença, que é de responsabilidade do profissional assistente. O perito analisa o diagnóstico e tratamento para estabelecer a relação de causalidade existente entre os agravos de saúde e a extensão dos efeitos sobre a capacidade laborativa do servidor e seu prognóstico; realiza enquadramentos técnicos e legais e identifica os critérios clínicos para concessão de determinados benefícios legais.

A equipe de perícia oficial em saúde é o grupo de profissionais designados para auxiliar a

Administração em questões administrativas e legais relacionadas à saúde. Todos os profissionais da área de saúde e segurança do trabalho poderão contribuir para a avaliação pericial com pareceres técnicos específicos de sua área de atuação, compondo uma equipe multiprofissional, mas a atividade pericial oficial em saúde é prerrogativa do médico e do cirurgião-dentista designados como peritos.

1.3 Perícia externa

A inspeção médica, quando necessária, será realizada na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar onde se encontrar internado, de acordo com a avaliação da unidade administrativa responsável pela perícia.

1.4 Visitas técnicas

As visitas técnicas externas têm por finalidade dirimir eventuais dúvidas sobre a capacidade laboral dos servidores e sobre a necessidade de concessão de benefícios solicitados. Podem ser de assistência social, psicologia, segurança do trabalho ou para o Pro-Social

1.4.1 Visita técnica da assistência social

Recurso utilizado pela junta médica oficial com o objetivo de avaliar a situação do servidor quanto à sua vulnerabilidade social, possíveis conflitos no ambiente de trabalho, necessidade de acompanhamento de familiar e remoção por motivo de saúde ou outras questões identificadas que estejam relacionadas ao quadro de saúde do servidor e que possam interferir em sua capacidade laborativa. O parecer social é realizado por meio de visitas institucionais ao local de trabalho e ao domicílio do servidor.

1.4.2 Visita técnica da psicologia

Recurso utilizado pela junta médica oficial com o objetivo de avaliar a saúde psíquica do servidor e suas possíveis repercussões na capacidade laboral. O procedimento visa também a verificar o estado psíquico de servidores internados ou em afastamento laboral prolongado, a fim de subsidiar homologação da licença médica pela perícia ou junta médica.

1.4.3 Visita técnica dos profissionais de segurança do trabalho

Recurso utilizado pela área de segurança do trabalho para análise do posto de trabalho, a fim de identificar riscos, incorreções, promover ações corretivas e de orientação, que têm por objetivo prevenir acidentes e esclarecer sobre o impacto das condições e do ambiente de trabalho nas atividades laborais desenvolvidas pelo servidor. Dá origem ao relatório que subsidiará a administração na correção dos problemas identificados.

1.5 Capacidade laborativa

É a condição física e mental do servidor para o exercício de atividade produtiva. A avaliação da capacidade laborativa deve registrar a capacidade do examinado em desempenhar as atividades

inerentes ao cargo, função ou emprego. O servidor analisado é considerado capaz para exercer determinada atividade ou ocupação quando reúne condições físicas e psíquicas adequadas ao desempenho de pelo menos 70% das atribuições do cargo e/ou função que ocupa.

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

O servidor que, no curso da licença, julgar-se apto a retornar à atividade deverá solicitar à unidade de gestão de pessoas a reavaliação da sua capacidade laborativa. Caso se configure a ausência da incapacidade que gerou o afastamento, será emitido novo laudo pericial determinando a data de retorno ao trabalho.

1.6 Incapacidade laborativa

É a impossibilidade de o servidor desempenhar as atribuições definidas para os cargos, funções ou emprego, provocada por alterações patológicas decorrentes de doenças ou de acidentes. A avaliação da incapacidade laborativa deve registrar a possibilidade de a continuação do trabalho acarretar o agravamento da doença, bem como o risco à vida do servidor ou de terceiros.

A avaliação deve compreender e registrar os seguintes parâmetros: grau, duração e abrangência de comprometimento das atribuições previstas para o cargo.

1.6.1 Quanto ao grau, a incapacidade laborativa pode ser:

- a) parcial – o grau de incapacidade que limita o desempenho das atribuições do cargo não apresenta risco de morte ou agravamento, embora não permita atingir a média de rendimento atingida em condições normais;
- b) completa – o grau de incapacidade gera impossibilidade de desempenho das atribuições do cargo, função ou emprego.

1.6.2 Quanto à duração, a incapacidade laborativa pode ser:

- a) temporária – incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível;
- b) permanente – *incapacidade insusceptível de recuperação* com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.

1.6.3 Restrição de atividade laboral

É a recomendação temporária para suspensão de uma ou mais das atividades decorrentes das atribuições do cargo, função ou emprego, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença que acomete o servidor ou cause riscos a terceiros.

1.6.4 Quanto ao tipo de comprometimento do desempenho das atividades do cargo, a incapacidade laborativa pode ser:

- a) restrita – permite ao servidor desempenhar acima de 70% das suas atividades. Indicação: restrição de atividade. O impedimento alcança apenas uma atividade;
- b) moderada – o impedimento abrange diversas atividades profissionais;
- c) total – implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa.

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

1.7 Doença incapacitante

É a enfermidade capaz de produzir incapacidade para desempenhar as tarefas da vida diária e as atividades laborais do ser humano. A doença incapacitante pode ser passível de tratamento e controle com recuperação total ou parcial da capacidade laborativa, não resultando obrigatoriamente em invalidez.

1.8 Atividades da vida diária

Atividades da vida diária – AVD – são as tarefas pessoais concernentes a autocuidados e também a outras habilidades pertinentes ao cotidiano de qualquer pessoa.

1.9 Invalidez

Invalidez é a incapacidade laborativa total, permanente e insusceptível de recuperação ou readaptação profissional, em consequência de doença ou acidente. A incapacidade permanente ou invalidez acarreta a aposentaria, por tornar o servidor incapaz de realizar a atividade laboral para a qual foi admitido por intermédio de concurso público.

No âmbito da administração pública federal, entende-se por invalidez do servidor a incapacidade permanente e total para o desempenho das atribuições do cargo, função ou emprego.

Considera-se também invalidez quando: a) o desempenho das atividades acarreta risco à vida do servidor ou de terceiros; b) ocorre o agravamento da doença do servidor ou c) a produtividade do servidor não atende ao mínimo exigido para as atribuições do cargo, função ou emprego.

Considera-se inválido o dependente ou pessoa designada quando constatada a incapacidade de prover seu próprio sustento, em consequência de doença ou lesão.

1.10 Acidente em serviço

Acidente em serviço é aquele que ocorre com o servidor ou magistrado, no exercício do cargo, função ou emprego, no ambiente de trabalho ou no exercício de suas atividades a serviço da Administração Pública federal, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou mental, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido, conforme previsto no art. 212 da Lei 8.112/1990.

São também considerados acidentes em serviço os eventos que ocorrem no percurso entre a residência e o trabalho do servidor/magistrado e vice-versa.

A prova do acidente em serviço, conforme previsto no art. 214 da Lei 8.112/1990, será feita no prazo de 10 (dez) dias, prorrogáveis quando as circunstâncias o exigirem. Será aceito como prova qualquer documento que comprove o acontecimento do fato, a exemplo de boletim de ocorrência, fotografia, relato de profissional socorrista ou congêneres e testemunhas, entre outros meios que registrem o fato ocorrido.

1.10.1 Acidente em serviço – cargos em comissão

Acidente do trabalho e doença do trabalho referentes aos ocupantes de cargos em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública federal, contratados por tempo determinado, contribuintes e segurados do Regime Geral de Previdência Social – RGPS, são regidos pela regras previstas na Lei 8.213, de 24 de julho de 1991,

A comprovação do acidente do trabalho compete exclusivamente à perícia do INSS. Compete aos órgãos da Administração Pública federal tão somente a emissão e o envio da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT-RGPS), nos prazos legais.

Os servidores ocupantes de cargos em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública federal, os contratados por tempo determinado, quando vítimas de acidente de trabalho, serão encaminhados ao INSS, a partir do 16º dia de afastamento do trabalho (conforme art. 75, § 2º, do Decreto 3.048, de 6 de maio de 1999).

Cabe, nesses casos, ao INSS a realização de perícia e a responsabilidade pela remuneração do período que exceder aos 15 dias dos casos previstos em lei. Por sua vez, cabe aos serviços de perícia do TRF e seccionais a inspeção desses servidores referente aos primeiros 15 dias de afastamento para concessão da licença para tratamento de saúde.

1.11 Readaptação

É a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, após avaliação pericial. A readaptação deverá ser efetivada em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, o nível de escolaridade e a equivalência de vencimentos (Lei 8.112, art. 24, § 1º e § 3º).

Após constatação da incapacidade do servidor para as atribuições do seu cargo, será solicitada a lista das atribuições inerentes ao cargo à área de recursos humanos, para avaliação dos itens que podem ou não ser realizados pelo servidor.

A junta oficial em saúde recomendará aqueles que poderão e que não poderão ser realizados pelo servidor, devido à limitação imposta pela doença ou lesão que gerou a incapacidade.

Caso o servidor seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, configurase caso de restrição de atividades, devendo ele retornar ao trabalho no seu próprio cargo, mesmo que seja necessário evitar algumas atribuições.

Caso o servidor não consiga atender ao mínimo de 70% das atribuições de seu cargo, deverá ser sugerida sua readaptação para um cargo afim, nos termos da legislação vigente.

O processo será encaminhado à área de recursos humanos para indicação dos cargos afins e suas atribuições, respeitadas as habilitações exigidas para o ingresso no serviço público federal, retornando à junta oficial, que indicará em qual das opções de cargo deverá o servidor ser readaptado, ficando a cargo da área de recursos humanos a publicação do ato de readaptação.

Caso não haja cargo para o qual o servidor possa ser readaptado, compatível com suas limitações, a junta oficial deverá sugerir a aposentadoria por invalidez.

2. Perícia para constatação de deficiência

2.1 Legislação

Decreto Legislativo 186, de 9 de julho de 2008;

Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com as alterações do Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004;

Resolução CNJ 75/ 2009 CNJ modificada pela Resolução CNJ 118, de 3 de agosto de 2010 – arts. 73 a 80;

Lei 12.764, de 27 de dezembro de 2012;

Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, art. 98, § 3º;

Súmula STJ 377/2009

2.2 Definição

É considerada pessoa portadora de deficiência aquela que se enquadra nas categorias de deficiência física, auditiva, visual, mental ou múltipla, conforme definido legalmente.

2.2.1 Deficiência física

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

2.2.2 Deficiência auditiva

Perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

2.2.3 Deficiência visual

Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°, ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições.

2.2.4 Deficiência mental

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer;
- h) trabalho.

2.2.5 Deficiência múltipla

Associação de duas ou mais deficiências.

3. Perícia homologatória de atestados

3.1 Legislação

Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990

Resolução 159, de 8 de novembro de 2011, do Conselho da Justiça Federal – CJF

Resolução CFM 1.658/2002

3.2 Atestado médico e odontológico

O atestado médico ou odontológico é um documento fornecido pelo médico ou cirurgião-dentista em que são declaradas as condições de saúde, com o objetivo de justificar licença ou falta em serviço do servidor.

3.2.1 Tipos de atestado

- atestado médico ou odontológico (para licença para tratamento da própria saúde);
- atestado de acompanhamento (para licença por motivo de doença em pessoa da família);
- atestado de comparecimento (para comprovação da ausência do servidor para realização de consultas médicas e odontológicas ou de exames no horário de seu expediente).

3.2.2 Informações obrigatórias

O atestado médico ou odontológico, emitido com vistas a justificar o afastamento do servidor, deve conter necessariamente as seguintes informações:

- a) identificação do servidor (nome legível);
- b) nome, assinatura e registro do profissional emitente no respectivo conselho de classe;
- c) diagnóstico ou o Código Internacional de Doenças – CID (quando autorizados pelo paciente);
- d) número de dias de afastamento, indicado pelo médico assistente;
- e) data do atestado;

3.2.3 Informações adicionais

- para atestado de acompanhamento de pessoa da família - relatório médico descrevendo a imprescindibilidade da assistência direta pelo servidor e a incompatibilidade da assistência ao familiar e o exercício da atividade profissional; nome do familiar e grau de parentesco.
- Outras informações podem ser solicitadas, a critério do médico perito ou da junta médica, tais como relatórios, exames complementares, prognóstico, medicações em uso etc.
- Ao servidor é assegurado o direito de não autorizar a especificação do diagnóstico no atestado, hipótese em que o paciente deverá submeter-se à perícia oficial antes do término do período de afastamento, independentemente do prazo da licença.

3.2.4 Não serão homologados os atestados:

- de comparecimento;
- de outros profissionais, que não médicos ou odontológicos (art. 6º da Resolução CFM 1.658/2002);
- que não definam tempo de licença, rasurados ou ilegíveis;
- de doação de sangue (deverão ser entregues diretamente à SECGP);
- de licença-maternidade.

3.2.5 Prazo de entrega

O atestado deverá ser apresentado pelo servidor na unidade de saúde de sua lotação no prazo máximo de três dias, contados da data do início de seu afastamento, conforme o § 2º do art. 5º da Resolução CJF 159/2011, alterada pela Resolução 314/2014.

O atestado deverá ser entregue na Divisão de Saúde Ocupacional – Disao, no Tribunal, ou na Seção de Bem-Estar – Sebes, nas seccionais, ainda que o atestado tenha sido emitido por médico da própria instituição.

No ato da entrega do atestado, deverá ser informado o número da matrícula, telefone atualizado (ramal, celular e/ou residencial), endereço, *e-mail* institucional e pessoal, informação quanto ao tipo de vínculo com a Justiça Federal.

3.2.6 Cadastro do atestado

A área administrativa da Disao, no Tribunal, e o Nucre, nas seccionais, efetuarão o cadastro do atestado no sistema do prontuário eletrônico (CIT Saúde) e, caso necessário, o encaminharão para avaliação preliminar da perícia médica.

3.2.7 Análise documental prévia

A área administrativa da Disao, ou do Nucre, nas seccionais, verificará o cômputo total dos dias de licença por motivo de saúde nos últimos 12 (doze) meses.

a) Se a soma dos dias de licença registrados for igual ou superior a 15 (quinze) dias, será agendada inspeção ou perícia singular;

b) Se a soma dos dias de licença for igual ou superior a 120 (cento e vinte) dias de licença para tratamento de saúde ou 30 (trinta) dias no caso de acompanhamento de familiar, será agendada inspeção por junta médica no ato da entrega do atestado.

Nos casos em que não seja realizado agendamento de inspeção no ato da entrega do atestado, o documento apresentado (atestado médico ou odontológico, relatório médico) será objeto de análise pelos peritos, que verificarão a adequação da dispensa de perícia presencial, podendo a homologação ser feita pela análise documental.

3.2.8 Convocação do servidor

O agendamento da inspeção ocorrerá, preferencialmente, no ato da entrega do atestado. Caso não seja possível, será feito mediante:

a) contato por telefone;

b) *e-mail* institucional ou *e-mail* pessoal, se existente e disponibilizado pelo servidor;

c) convocação com AR (aviso de recebimento), quando não for possível o contato pelos meios anteriores.

Todas as tentativas de contato com o servidor (telefônicas e por *e-mail*) serão registradas documentalmente.

3.2.9 Convocação para inspeção singular

A convocação será automática nos casos de servidores que apresentarem atestados de afastamentos por 15 (quinze) dias ou mais.

3.2.10 Convocação para inspeção por junta médica

A convocação será automática nos casos de servidores que apresentarem atestados de afastamentos por 120 (cento e vinte) dias ou mais para tratamento da própria saúde, bem como os que apresentarem atestados com sugestão de 30 (trinta) dias de licença para acompanhamento de familiar.

Servidores que somarem 120 (cento e vinte) dias de licença para tratamento da própria saúde nos últimos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias ou 30 (trinta) dias de licença para acompanhamento de familiar nos últimos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias serão convocados para inspeção por junta médica.

Servidores que apresentarem atestados de afastamento por tempo inferior a 120 dias, mas que apresentarem afastamentos prolongados, por causas não usuais, por patologias graves, potencialmente graves ou agravadas pelo trabalho, poderão ser convocados para inspeção por junta médica.

3.2.11 Inspeção pericial

É vedado ao médico ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com quem tenha relações capazes de influir em seu trabalho, ou ainda de empresa em que atue ou tenha atuado (Código de Ética Médica, art. 93, CFM).

É vedado ao médico intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório (Código de Ética Médica, art. 94, CFM).

O não comparecimento à perícia agendada implica a não homologação do atestado. Neste caso, será necessário que o servidor formule solicitação de nova inspeção.

O servidor que recusar-se a comparecer injustificadamente à(s) perícia(s) agendada(s) estará sujeito à penalidade prevista no art. 130, § 1º, da referida lei, respeitado o direito ao contraditório e à ampla defesa.

3.2.12 Adequação da duração da licença médica

O atestado médico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por médico da instituição ou perito, de acordo com o art. 6º da Resolução CFM 1.658/2002, § 3º.

Todavia, o tempo de afastamento proposto deve guardar compatibilidade com a patologia que o determinou.

Eventuais discrepâncias entre a patologia e o número de dias de licença podem ser avaliadas por meios dos parâmetros previsto no Manual SIASS, disponível em <https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/listaDocumentosPorTipo.xhtml>.

3.2.13 Sistemas de prontuário, SARH, Forponto e notificação automática

O sistema de prontuário eletrônico possui interface com o Sistema de Administração de Recursos Humanos - SARH. Assim que um atestado é homologado, o SARH gera, automaticamente, a licença no registro funcional do servidor e emite um aviso, por correio eletrônico, para o servidor e para a chefia imediata.

O sistema de ponto eletrônico (Forponto) também possui interface com o SARH para identificação automática das licenças que se iniciam na data da homologação e dos dias subsequentes a ela. Entretanto, não há correção automática das faltas registradas no Forponto relativas aos dias de licença que se iniciam antes da data da homologação. O ajuste no sistema Forponto deve ser feito pela própria chefia após a notificação do SARH, ou por solicitação direta aos gestores do Forponto.

3.2.14 Conclusão pericial

A conclusão da avaliação pericial poderá indicar:

a) a necessidade de afastamento do trabalho pelo número de dias de incapacidade indicados no atestado;

- b) não necessidade de afastamento e retorno imediato ao trabalho;
- c) retorno ao trabalho imediatamente após o término da licença e por necessidade de nova inspeção ao término da licença atual;
- d) retorno ao trabalho somente após expressa anuência da junta médica, quando constatada a necessidade de nova inspeção pericial.

4 Licenças por motivo de saúde

As licenças por motivo de saúde são aquelas previstas na Lei 8.112/1990, atestadas por médico ou odontólogo, e serão objeto de avaliação pericial pela administração, mediante inspeção singular ou por junta médica.

Legislação

Lei 8.112/1990;

Lei 8.213/1991;

Lei 12.269/2010;

Lei 11.770/2008;

Decreto 6.690/2008;

Decreto 7.052/2009;

Resolução CJF 30/2008;

Resolução CJF 2/2008;

Resolução CJF 159/2011, alterada pela Resolução 314/2014.

4.1 Tipos de licença por motivo de saúde (Lei 8.112/1990)

- licença para tratamento de saúde (arts. 202, 203, 204);
- licença por motivo de doença em pessoa da família (art. 83);
- licença à gestante, à adotante e licença-paternidade (art. 207);
- licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional (arts. 211 e 212).

4.1.1 Licença para tratamento de saúde

É a licença concedida para o servidor que, por motivo de doença comprovada, esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções. Permite-lhe ausentar-se, sem prejuízo da remuneração a que faz jus, enquanto durar a limitação laborativa.

O início da licença por motivo de saúde do servidor deverá corresponder à data do início do afastamento de suas atividades laborais (contanto que amparado por atestado homologado pela perícia), independentemente do tipo de jornada de trabalho.

A licença concedida dentro de 60 (sessenta) dias do término de outra da mesma espécie será considerada como prorrogação, independentemente do diagnóstico.

O prazo de licença para tratamento de saúde do servidor será considerado como de efetivo exercício até o limite de 24 meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo. Após esse prazo, a licença para tratamento da própria saúde contará apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade.

Apenas os primeiros 15 dias de licença serão remunerados pelo órgão empregador para os servidores ocupantes de cargos comissionados sem vínculo com o serviço público e os contratados por tempo determinado, que se vinculam ao Regime Geral de Previdência Social.

4.1.1.1 Operacionalização da concessão da licença

O atestado médico ou odontológico deverá ser apresentado à unidade competente do órgão para homologação, no prazo de três dias a partir da data de início do afastamento. Caberá ao perito avaliar se o servidor deverá ou não ser convocado para inspeção pericial ou homologação documental.

O servidor convocado para perícia médica deverá comparecer à unidade competente com exames/relatórios médicos que comprovem a patologia que ensejou o afastamento.

Encontrando-se o servidor impossibilitado de locomover-se ou estando hospitalizado, o exame pericial poderá ser realizado em sua residência ou na entidade nosocomial (perícia externa).

A critério da avaliação pericial, o servidor terá a licença concedida no todo ou em parte ou negada.

Será submetido a perícia singular o servidor que necessitar de afastamento:

- a) e optar por não especificar o diagnóstico de sua doença, codificado ou não, no atestado, independentemente do prazo de licença;
- b) quando o número total de dias de licença, consecutivos ou não, for igual ou superior a 15 dias, a contar da data do primeiro afastamento, no período de 12 meses;
- c) por prazo que não ultrapasse 120 dias, ininterruptos ou não, no período de 12 meses. Após ultrapassar os 120 dias, a perícia, obrigatoriamente, será realizada por junta oficial em saúde.

4.1.2 Licença por motivo de doença em pessoa da família

É o benefício concedido ao servidor efetivo com o objetivo de assistência familiar. Considera-se pessoa da família:

- a) cônjuge ou companheiro;
- b) padrasto ou madrasta;
- c) pais;
- d) filhos;
- e) enteados;
- f) dependente que viva às suas expensas e que conste de seu assentamento funcional.

Este benefício não é devido a servidores com contrato temporário ou comissionados, em virtude de não haver amparo legal na legislação previdenciária vigente. Servidores requisitados só fazem jus se o órgão de origem for da Administração Pública federal.

A licença somente será deferida quando a assistência pessoal do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente ao exercício do cargo ou mediante compensação de horário.

Fica a critério do médico perito solicitar avaliação do Assistente Social quanto à real necessidade de acompanhamento familiar.

A licença para acompanhamento de pessoa da família, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida a cada período de 12 meses, nas seguintes condições:

- a) por até 60 dias, consecutivos ou não, mantida a remuneração do servidor;
- b) por até 90 dias, consecutivos ou não, sem remuneração.

4.1.2.1 Operacionalização da concessão da licença

O atestado médico ou odontológico deverá ser apresentado à unidade competente do órgão para homologação, no prazo de três dias a partir da data de início do afastamento. Caberá ao perito avaliar se o servidor deverá ou não ser convocado para inspeção pericial ou homologação documental

O servidor convocado para perícia médica deverá comparecer à unidade competente munido de exames/relatórios médicos que comprovem a patologia que originou atestado e, se necessário, o familiar enfermo também poderá ser convocado.

Será submetido obrigatoriamente a perícia singular o servidor que necessitar de afastamento:

- a) e optar por não especificar o diagnóstico de sua doença no atestado independentemente do prazo de licença;
- b) quando o número total de dias de licença, consecutivos ou não, for igual ou superior a 15 dias, a contar da data do primeiro afastamento, no período de 12 meses;

4.1.3 Licença à gestante, à adotante e licença-parternidade

É a Licença concedida à servidora gestante pelo período de 120 (cento e vinte) dias consecutivos, sem prejuízo da remuneração, a partir do parto ou no 1º dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica. Destina-se à proteção da gravidez, à recuperação pós-parto, à amamentação e à proteção da relação do binômio mãe-filho.

A prorrogação da licença à gestante por mais 60 dias será concedida administrativamente, desde que requerida pela servidora até o trigésimo dia, a contar do dia do parto (§ 1º do art. 2º do Decreto 6.690/2008).

De acordo com a Resolução 30/2008 do CJF, a prorrogação da licença à gestante será aplicada a magistradas, servidoras ocupantes de cargos efetivos e servidoras ocupantes de função comissionada ou cargo em comissão, inclusive sem vínculo efetivo.

As servidoras sem vínculo com a Administração Pública federal deverão apresentar o atestado ou a certidão de nascimento ao INSS para homologação dos 120 (cento e vinte) dias iniciais e requerer a prorrogação da licença dentro dos primeiros 30 dias do nascimento. A Justiça Federal arcará com as despesas decorrentes dos últimos 60 (sessenta) dias de afastamento.

A licença à adotante será concedida à servidora que adotar ou obtiver guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade que terá assegurada a concessão de 90 (noventa) dias de licença remunerada.

A adoção ou guarda judicial de criança com mais de 1 (um) ano de idade assegura o direito a licença de 30 (trinta) dias.

A licença paternidade, de 5 (cinco) dias consecutivos, será concedida ao servidor em razão do nascimento ou a adoção de filhos.

4.1.3.1 Operacionalização

Para concessão da licença, é indispensável a apresentação do atestado à unidade competente do órgão para homologação.

A licença à gestante pode ser concedida administrativamente ou por perícia oficial, observados os seguintes aspectos:

- a) Sem avaliação pericial – quando tiver seu início na data do parto, comprovado pelo aviso ou registro de nascimento ou atestado médico, sem que seja necessária a avaliação médico-pericial;
- b) Com avaliação pericial.

No caso de qualquer intercorrência clínica proveniente do estado gestacional verificada no transcurso do nono mês de gestação, deverá ser concedida, de imediato, a licença à gestante.

Nos casos de natimorto, a servidora será submetida a exame médico 30 dias após o parto e, se julgada apta, reassumirá o exercício de seu cargo.

No caso de a perícia decidir pela inaptidão da servidora para reassumir o exercício do cargo, a licença continua fundamentada no art. 207.

Para fins do previsto neste manual, considera-se parto a expulsão, a partir do quinto mês de gestação, de feto vivo ou morto. No caso de aborto (art. 207, § 4º, da Lei 8.112/1990) comprovado por perito oficial, a servidora fará jus a 30 dias de repouso remunerado, improrrogáveis.

Decorrido esse período de afastamento, a servidora que se julgar incapaz de reassumir suas funções deverá requerer nova avaliação pericial.

Nos casos de nascidos vivos que venham a falecer no decurso da licença à gestante, a servidora terá o direito de permanecer afastada durante os 120 dias.

Na hipótese de surgimento de intercorrências geradoras de incapacidade durante a gravidez ou após a licença à gestante, ainda que dela decorrentes, o afastamento será processado como licença para tratamento de saúde, observado o que dispõe o item sobre licença para tratamento de saúde do servidor.

A licença à gestante e a licença para tratamento de saúde são espécies diferentes de licença, não podendo ser concedidas concomitantemente.

A licença à gestante não pode ser interrompida, exceto no caso de natimorto.

O parto é a expulsão de feto vivo ou morto a partir de 20 semanas.

Natimorto é o feto nascido morto ou morto durante o parto.

Aborto é a expulsão do concepto, vivo ou morto, antes da 20ª semana ou com menos de 500g, ou menor que 25cm.

As servidoras ocupantes de cargos comissionados, sem vínculo efetivo com a Administração Pública federal (seguradas do RGPS – art. 71 da Lei 8.213/1991) terão a licença-maternidade concedida nos termos do RGPS.

No caso de o perito oficial, durante a avaliação pericial, constatar que a gestante ou lactante encontra-se exposta a fatores de risco, caberá a ele informar a situação à unidade de recursos humanos da servidora.

A concessão e o registro da licença à adotante e licença-paternidade são feitos mediante a apresentação às unidades de recursos humanos da documentação comprobatória da adoção.

4.1.4 Licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional

Legislação

1. Lei 8.112/90, art. 212;
2. 8.213/1991, ART. 20.

Configura acidente em serviço o dano físico ou mental sofrido pelo servidor no exercício do cargo, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido, provocando lesão corporal ou perturbação funcional ou que possa causar a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Equipara-se ao acidente em serviço o dano decorrente de agressão sofrida e não provocada pelo servidor no exercício do cargo; o sofrido no percurso da residência para o trabalho e vice-versa.

Equiparam-se ao acidente de serviço aquele que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a redução ou perda da capacidade do servidor para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação.

4.14.1 Operacionalização

Todo e qualquer acidente de trabalho, que provoque ou não lesões no servidor, é registro obrigatório, mediante formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho do Serviço Público – CAT/SP, para que sejam analisadas as condições em que ocorreu o acidente e se intervenha de forma a reduzir ou mesmo impedir novos casos, além de se resguardarem os direitos do servidor acidentado em serviço.

A prova do acidente será feita em 10 (dez) dias, prorrogáveis quando as circunstâncias assim o exigirem (art. 214 da Lei nº 8.112 /1990).

Considera-se como data do acidente em serviço a da ocorrência do fato.

No caso de doença do trabalho, será considerada a data da comunicação (CAT/SP) à instituição ou a data de entrada do pedido de licença.

O servidor acidentado encaminhará a documentação comprobatória do acidente em serviço à unidade de recursos humanos (Nucre, nas seccionais, e SECGP, no Tribunal, a qual solicitará a realização de junta médica, que estabelecerá o nexo de causa e efeito entre o acidente e a lesão.

Os afastamentos por motivo de acidente em serviço ou por doença profissional deverão ser submetidos à perícia oficial em saúde, independentemente do quantitativo de dias de licença.

Os servidores ocupantes de cargos em comissão, sem vínculo efetivo com a Administração Pública federal, vítimas de acidente de trabalho, deverão ser encaminhados ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a partir do 15º dia de afastamento do trabalho.

Nota: Para efeito de contagem das licenças, serão considerados os somatórios dos períodos concedidos dentro da mesma espécie de licença. As espécies de licença compreendem as categorias já citadas: por motivo de doença em pessoa da família, para tratamento da própria saúde, licença à gestante e licença por acidente em serviço. Não será considerada espécie diferente de licença aquela motivada por patologias distintas, ou seja, ainda que o servidor seja acometido de doença clínica diversa ou patologia cirúrgica distinta, os afastamentos decorrentes delas serão considerados como pertencentes à mesma espécie de licença: licença para tratamento da própria saúde. No caso de acidente em serviço ou doença profissional, a espécie de licença é diferente da licença usufruída para tratamento da própria saúde e terá abordagem distinta.

II – METODOLOGIA DE REALIZAÇÃO DA PERÍCIA OFICIAL

A realização dos diversos exames médico-periciais dos servidores da Justiça Federal da 1ª Região é de competência das Sebes nas seções judiciárias e da equipe de perícia médica da saúde ocupacional no TRF.

Os exames periciais deverão ser realizados nas unidades periciais mais próximas ao local onde reside o servidor.

A junta médica deve ser composta de três ou mais médicos, independentemente da especialidade, exceto se a legislação apresentar exigência contrária.

1 Principais atribuições da equipe de perícia médica/odontológica

- emitir parecer especializado, privilegiando a clareza e a concisão, para subsidiar as decisões administrativas e as relativas ao Pro-Social;
- propor capacitação e atualização de profissionais em perícia;
- acompanhar o tratamento de saúde do servidor ou de pessoa da sua família, quando necessário e indicado pela perícia;
- avaliar as atividades do servidor no local de trabalho;
- acompanhar o cumprimento das recomendações em caso de restrição de atividades.

2 Situações que exigem exame pericial por junta médica

- aposentadoria por invalidez;
- Reavaliação de aposentadoria por invalidez;
- auxílio pré-escolar;
- Horário especial para servidor portador de deficiência ou para seu dependente;
- integralização de proventos de aposentadoria;
- isenção de Imposto de Renda;
- desconto diferente do plano de previdência social para portador de doença incapacitante;
- pedido de reconsideração e recurso;
- remoção de servidor por motivo de saúde;
- readaptação funcional;
- concessão de pensão a beneficiária inválida ou portadora de deficiência;
- informação em processos administrativos disciplinares.

2.1_Aposentadoria por invalidez

É o benefício indicado para o servidor considerado inválido para todas as funções do cargo e para o serviço público em geral de forma definitiva, verificada a impossibilidade de readaptação, de acordo com a legislação vigente.

A invalidez ocorre quando o servidor é acometido de doença que o incapacita total ou parcialmente para o desempenho das atribuições do cargo.

A invalidez total e permanente para o trabalho é a incapacidade definitiva para o exercício do cargo, função ou emprego em decorrência de alterações provocadas por doença ou acidente, sem a possibilidade de reabilitação, apesar dos recursos tecnológicos existentes.

Quando o servidor não tiver as condições de saúde necessárias à execução das atividades do cargo, deverá ser afastado para tratamento. Caso seja constatada, a qualquer tempo, a impossibilidade de reversão da condição e não for possível a readaptação, ou ainda, expirado o prazo de 24 meses de afastamento por enfermidades correlatas, ininterruptos ou não, será indicada a aposentadoria por invalidez. A enfermidade ensejadora da invalidez deve ser a mesma que motivou as licenças para tratamento de saúde nesses 24 meses ou enfermidades correlatas.

No caso de servidor nomeado em vaga de deficiente, a limitação que levou ao seu ingresso em órgão público não poderá ser motivo de aposentadoria, exceto quando o exercício do cargo levar ao seu agravamento ou à invalidez.

A junta oficial em saúde emitirá o laudo de aposentadoria por invalidez, que deverá ser corretamente preenchido e assinado por três membros participantes.

Nos casos de doença enquadrada no § 1º do art. 186 da Lei 8.112/1990 e nos acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais, deverá constar no laudo o nome da doença por extenso.

O lapso de tempo compreendido entre o término da licença e a publicação do ato da aposentadoria será considerado como prorrogação da licença.

2.1.1 Legislação

CF, art. 40;

Lei Complementar 412/2008;

Lei 8.112/1990, arts. 186, 188, 190 e 205;

Lei 11.907/2009.

2.1.2 Operacionalização

O servidor deverá enviar requerimento à Secretaria de Gestão de Pessoas – SECGP, no caso do Tribunal, e ao Nucre, no caso das seções judiciárias, e anexar ao processo exames/relatórios médicos que comprovem a patologia. Tal documentação será encaminhada à junta médica, que elaborará o laudo pericial.

A critério da junta, o servidor poderá ser convocado para exame pericial.

Considerando que a aposentadoria por invalidez sempre será precedida de licença para tratamento de saúde, os procedimentos descritos neste benefício também se aplicam àquele, salvo

quando, para conclusão final e por determinação da supervisão médica, o servidor seja agendado para avaliação por junta médica, a fim de definir o benefício indicado pelo médico assistente ou pelo médico perito que anteriormente tenha atendido servidor em exame pericial para avaliação de capacidade laborativa e que constatou a impossibilidade de retorno ao trabalho.

O laudo médico que concluir pelo indicativo da aposentadoria por invalidez será encaminhado, assinado pelos médicos que integraram a junta médica, à unidade de recursos humanos, que adotorá as providências quanto à assinatura e publicação do ato de aposentadoria. No caso de indeferimento do benefício, o servidor tem direito a pedido de reconsideração pericial.

2.2 Reavaliação de aposentadoria por invalidez

O servidor aposentado por invalidez será submetido a reavaliação médica, cuja periodicidade seguirá o determinado no laudo médico que constatou a invalidez, ou, na ausência de prazo determinado, a cada 2 anos. A perícia verificará se persistem as condições que causaram a incapacidade laboral, conforme definido em regulamento. Verificada a insubsistência dos motivos geradores da incapacidade, cessar-se-á o benefício.

2.2.1 Legislação

Lei 8.112/1990, arts. 25, I, e 188, § 5º.

2.2.2 Operacionalização

O servidor aposentado será convocado pela SECGP, que atuará o processo e o encaminhará à Secbe/Disao, para verificação da capacidade laboral. O agendamento será realizado pela Secbe/Disao. A junta médica emitirá parecer que definirá se persiste a invalidez ou se houve recuperação da capacidade laboral.

O servidor será dispensado de reavaliação médica quando satisfizer uma das seguintes condições:

I – possuir idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos, se homem, ou 60 (sessenta) anos, se mulher;

II – contar com tempo de contribuição previdenciária igual ou superior a 35 (trinta e cinco) anos, se homem, ou 30 (trinta) anos, se mulher;

III – quando for declarado por junta médica incapaz para o desempenho das atribuições do cargo ou função pública, bem como em razão de haver adquirido doença grave ou incurável especificada em lei após a aposentadoria ou a concessão de pensão.

2.3 Auxílio pré-escolar

Assistência prestada aos dependentes dos servidores públicos da Administração Pública federal. A assistência pré-escolar tem por objetivo oferecer aos servidores, durante a jornada de trabalho, condições de atendimento aos seus dependentes.

O auxílio pré-escolar será pago a cada criança na faixa etária compreendida entre o nascimento e o mês em que completar 6 (seis) anos de idade, inclusive, cuja relação com o servidor se enquadre nas seguintes condições:

- a) filho;
- b) enteado, desde que comprovada a dependência econômica;
- c) menor sob guarda ou tutela.

Tratando-se de dependentes excepcionais, ainda que frequentem estabelecimento especializado, será considerada, como limite para o atendimento, a idade mental correspondente à fixada no *caput* deste artigo, comprovada mediante laudo médico homologado pela área competente do Órgão.

O auxílio pré-escolar será concedido:

- a) somente a 1 (um) dos cônjuges, quando ambos forem servidores da Administração Pública federal;
- b) ao cônjuge que detiver a guarda legal dos dependentes, em caso de pais divorciados;
- c) somente em relação ao vínculo mais antigo, se o servidor acumular cargos ou empregos na Administração Pública federal.

O servidor perderá o benefício:

I – no mês subsequente àquele em que o dependente completar 6 (seis) anos de idade cronológica ou mental;

II – quando perder a guarda ou tutela do menor;

III – nos afastamentos que não sejam considerados de efetivo exercício ou que ocorram com perda da remuneração;

IV – quando requerer o cancelamento da inscrição;

V – em caso de óbito do dependente;

VI – na ocorrência de situação de vedação de recebimento do benefício.

O auxílio pré-escolar será devido a partir do mês em que for feita a inscrição do dependente, não sendo pagos valores relativos a meses anteriores.

2.3.1 Legislação

CF, art. 7º;

Resolução 4, de 14 de março de 2008, do Conselho da Justiça Federal, com a redação dada pela Resolução 346, de 2 de junho de 2015;

Decreto 977/1993, art. 4º;

Ofício SRH/MP 132/1998.

2.3.2 Operacionalização

O servidor deverá fazer requerimento à Secbe, no caso do Tribunal, ou à Sebes, no caso das seções judiciárias, e anexar ao processo a documentação relativa ao beneficiário do auxílio pré-

escolar. No caso do dependente portador de deficiência mental, faz-se necessário também o laudo médico comprobatório da deficiência mental. A critério da junta médica, o servidor poderá ser convocado para exame pericial do dependente.

2.4_Horário especial para servidor portador de deficiência ou para seu dependente

Trata-se de uma concessão ao servidor com necessidades especiais, independentemente de compensação de horário, desde que comprovada a necessidade por junta médica oficial e a impossibilidade do cumprimento da jornada de trabalho a que o servidor está submetido.

Ao servidor que tenha dependente portador de deficiência física, quando comprovada a necessidade por junta médica, será concedido horário especial mediante compensação a ser estabelecida pela chefia imediata.

Compete à junta médica oficial, mediante parecer conclusivo, qualificar o tipo de deficiência apresentada pelo servidor, assim como especificar a capacidade para o exercício das atribuições do seu cargo efetivo, definindo, inclusive, a jornada de trabalho que pode suportar em razão da incapacidade parcial para o cumprimento de sua jornada de trabalho.

Quando os pais ou responsáveis pelo deficiente forem cônjuges e ambos servidores públicos federais, o horário especial deverá ser concedido somente a um deles.

2.4.1 Legislação

Lei 8.112/1990, art. 98;

Resolução 5, de 14 de março de 2008, do CJF;

Ofício SRH/MP 30/2002;

Norma Técnica SRH/MP 511/2010;

Decreto 5.296/2004, art. 5º;

Decreto 3.298/1999, art. 3º.

2.4.2 Operacionalização

O servidor deverá dirigir requerimento à área de gestão de pessoas e anexar ao processo laudos médicos que comprovem a deficiência. A critério da junta médica, o servidor e/ou seu dependente poderão ser convocados para exame pericial.

As deficiências deverão ser comprovadas por pareceres, laudos médicos e exames especializados indicados para cada caso.

À perícia caberá a avaliação para fins de constatação da deficiência.

O servidor ou familiar será avaliado pela junta médica, que poderá requerer exames complementares ou a avaliação do caso por médico especialista.

A Lei 8.112/1990 não prevê alteração remuneratória no caso de horário especial.

Os documentos enviados à junta médica deverão ser originais, sem rasuras, com carimbo e assinatura do médico. Atestados emitidos por familiares médicos dos servidores não serão aceitos.

2.5_Integralização de proventos de aposentadoria

O servidor aposentado por invalidez com os proventos proporcionais tem direito à revisão da sua aposentadoria para incorporação, alteração de benefícios, vantagens ou integralização de proventos se acometido de doença especificada em lei. A avaliação médica pericial é realizada por junta médica, e seu parecer, de acordo com a legislação em vigor, será favorável nos casos em que houver comprovação de doença incapacitante que assegure proventos integrais prevista em lei.

O servidor aposentado com provento proporcional ao tempo de serviço, se acometido de qualquer das moléstias especificadas em lei, passará a perceber provento integral.

A comprovação de que o inativo é portador de doença especificada em lei acarreta, também, sua isenção do imposto de renda.

2.5.1 Legislação

CF, art. 40, §§ 4º e 5º;

Lei 8.112/1990, arts. 110, I; 186, § 1º; 189 e parágrafo único; 190, 224 e 250.

2.5.2 Operacionalização

O servidor deverá enviar requerimento à área de gestão de pessoas e anexar ao processo exames/relatórios médicos que comprovem a patologia. Tal documentação será encaminhada à junta médica.

Caberá à junta médica realizar avaliação clínica e dos exames complementares, a fim de confirmar o diagnóstico alegado e sua conformidade com as doenças de que trata o art. 186 da Lei 8.112/1990. Feito isso, concluirá pelo deferimento ou não do benefício pleiteado.

Os aposentados e pensionistas farão jus a quaisquer benefícios ou vantagens posteriormente concedidas aos servidores em atividade, inclusive quando decorrentes da transformação ou reclassificação do cargo ou função em que se deu a aposentadoria ou que era ocupado pelo instituidor da pensão, na forma da lei e até o limite estabelecido por ela.

Os efeitos financeiros da integralização de proventos, até então proporcionais, pela superveniência de doença especificada em lei, vigorarão a partir da data de constatação da doença, confirmada por junta médica oficial.

2.6 Isenção de Imposto de Renda

Benefício concedido ao servidor aposentado ou pensionista que apresente doença que conste do rol das especificadas no dispositivo legal em vigor (acrescidas das especificadas no art. 1º da Lei 11.052/2004), ainda que esta tenha sido adquirida após a aposentadoria.

A isenção de imposto de renda é exclusiva dos (ou para os) proventos de aposentadoria, reforma ou pensão, não podendo ser isentos os servidores que não estejam aposentados.

2.6.1 Legislação

Lei 7.713/1988, com a redação dada pela Lei 8.541/1992 e alterada pelas Leis 9.250/1995 e 11.052/2004.

2.6.2 Operacionalização

O servidor deverá remeter requerimento à Secbe, no caso do Tribunal, e à Sebes, no caso das seções judiciárias, e anexar ao processo exames/relatórios médicos que comprovem a patologia. Tal documentação será encaminhada à junta médica, que concluirá o laudo pericial.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificada em lei, a data em que a enfermidade foi comprovada por relatório, exames e/ou cirurgia e a data de início da doença.

A doença deverá ser atestada por laudo pericial. A perícia fixará o prazo de validade do laudo pericial, marcando reavaliação nos casos de doenças passíveis de controle e/ou recuperação (art. 30, § 1º, da Lei 9.250/1995).

No caso de pensionista, exclui-se a moléstia profissional.

A apresentação de laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios reconhecendo ser o servidor portador de uma das moléstias relacionadas poderá dispensá-lo de exame pericial (Ato Declaratório Cosit 19, de 25 de outubro de 2000, da Secretaria da Receita Federal).

2.7 Desconto diferente do plano de previdência social para portador de doença incapacitante

Benefício previsto para servidor que comprovar ser portador de doença especificada em lei.

2.7.1 Legislação

Lei 8.112/1990, arts. 25, I, e 188, § 5º.

2.7.2 Operacionalização

O servidor aposentado que apresentar uma das referidas doenças poderá requerer o benefício, cujos aspectos periciais serão avaliados por junta médica, que verificará a presença ou não da enfermidade.

A doença deverá ser atestada por laudo pericial. A perícia fixará o prazo de validade do laudo pericial, marcando reavaliação nos casos de doenças passíveis de controle e/ou recuperação (art. 30, § 1º, da Lei 9.250/1995).

2.8 Pedido de reconsideração e recurso

Direito assegurado ao servidor caso não concorde com a decisão pericial.

O servidor terá o direito de interpor, uma única vez, pedido de reconsideração, que será dirigido à autoridade que houver proferido a primeira decisão.

Na hipótese de novo indeferimento, poderá recorrer, como última instância administrativa, à junta oficial em saúde, cujos peritos são distintos daqueles que analisaram o pedido de reconsideração.

2.8.1 Legislação

Art. Lei 8.112/1990, arts. 106, 107 e 108.

2.8.2 Operacionalização

O servidor deverá endereçar requerimento à Secbe, no caso do Tribunal, ou à Sebes, no caso das seções judiciárias, e anexar ao processo fatos clínicos novos, devidamente justificados e aceitos pela supervisão médica, confirmada a procedência e a idoneidade dos documentos. Tal documentação será encaminhada à junta médica, que, a seu critério, poderá convocar o servidor para exame pericial.

O prazo para interposição de pedido de reconsideração ou de recurso é de 30 dias, a contar da publicação ou da ciência da decisão pelo interessado (art. 108 da Lei 8.112/1990).

O pedido de reconsideração ou de recurso do resultado pericial deve ser despachado no prazo de cinco dias e decidido dentro de 30 dias, submetendo-se o requerente a novo exame pericial (art. 106 da Lei 8.112/1990).

Em caso de deferimento do pedido de reconsideração ou do recurso, os efeitos da decisão retroagirão à data do ato impugnado. Em caso contrário, os dias em que o servidor não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas não justificadas, podendo ser compensadas de acordo com o previsto em lei (art. 44 da Lei 8.112/1990).

2.9 Remoção de servidor por motivo de saúde

É o ato de deslocamento do servidor de um órgão do serviço público federal para outro, independentemente da mudança da sede funcional. A remoção, a pedido do interessado, para outra área de atividade, por motivo de saúde do servidor ou de pessoa da família, está condicionada à comprovação da necessidade pela perícia médica.

Os servidores sem vínculo efetivo não fazem jus a remoção.

Considera-se pessoa da família, para efeito de remoção por motivo de acompanhamento:

- cônjuge;
- companheiro;
- dependente que viva às suas expensas e conste de seu assentamento funcional.

2.9.1 Legislação

Lei 8.112/1990, art. 36.

2.9.2 Operacionalização

O servidor deverá requerer sua remoção ao titular da unidade de recursos humanos ou à unidade de atenção à saúde do servidor, acompanhado do parecer do médico assistente indicando a necessidade da remoção.

O servidor será submetido a junta médica, que emitirá laudo indispensável à análise do pedido de remoção e deverá, necessariamente, atestar a doença que fundamenta o pedido, bem como informar:

- a) as razões objetivas para a remoção;

b) se a localidade onde reside o servidor ou seu dependente legal é agravante de seu estado de saúde ou prejudicial à sua recuperação;

c) se, na localidade de lotação do servidor, não há tratamento adequado;

d) se a doença é preexistente à lotação do servidor na localidade e, em caso positivo, se houve evolução do quadro que justifique o pedido;

e) quais os benefícios do ponto de vista médico que advirão dessa remoção, com justificativas detalhadas;

f) quais as características das localidades recomendadas;

g) se a mudança de domicílio pleiteada terá caráter temporário e, em caso positivo, qual o prazo para nova avaliação médica;

h) qual o prejuízo ou agravo para a saúde do servidor ou de seu cônjuge, companheiro ou dependente caso residam em localidades distintas da localidade de lotação do servidor;

i) se o tratamento sugerido é de longa duração e se não pode ser realizado na localidade de lotação do servidor;

j) se o servidor é o único parente do seu dependente legal com condições de dar-lhe assistência, devendo ser ouvido, neste caso, o parecer do serviço social e ser observada a indissolubilidade da unidade familiar.

O laudo deverá ser conclusivo quanto à necessidade da mudança pretendida pelo servidor. Reserva-se à Administração Pública federal indicar qualquer localidade de lotação que satisfaça às necessidades de saúde do servidor e resguarde os interesses da Administração, não sendo competência da junta médica a especificação da futura lotação.

No caso de indeferimento do benefício, o servidor tem direito a pedido de reconsideração pericial, que deve ser formulado por escrito (com justificativa técnica) e encaminhado à consideração superior, que concluirá pelo indeferimento definitivo ou pelo reagendamento com junta médica.

2.10 Informação em processos administrativos disciplinares

A administração poderá solicitar manifestação da junta médica quando entender necessários esclarecimentos médicos acerca da saúde de servidor ou magistrado que estejam respondendo a processo administrativo disciplinar.

III – DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

As doenças especificadas no § 1º do art. 186 da Lei 8.112/1990 permitem aos seus portadores a concessão de alguns benefícios.

O servidor acometido por essas enfermidades e que seja considerado inválido terá direito a aposentadoria por invalidez com proventos integrais (§ 3º do art. 186 da Lei 8.112/1990).

Essas doenças, acrescidas das especificadas no art. 1º da Lei 11.052/2004, permitem aos seus portadores a isenção de imposto de renda sobre proventos de aposentadoria, reforma ou pensão.

A constatação das doenças especificadas, abaixo relacionadas, baseia-se 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.

Doenças especificadas no § 1º do art. 186 da Lei 8.112/1990:

- a) alienação mental;
- b) cardiopatia grave;
- c) cegueira posterior ao ingresso no serviço público
- d) doença de Parkinson;
- e) esclerose múltipla;
- f) Espondiloartrose anquilosante;
- g) estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante);
- h) hanseníase;
- i) nefropatia grave
- j) neoplasia maligna;
- k) paralisia irreversível e incapacitante;
- l) síndrome de Imunodeficiência Adquirida – Aids.
- m) tuberculose ativa;

1 Alienação mental

Considera-se alienação mental todo caso de distúrbio mental grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, a autodeterminação do pragmatismo e tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho, podendo representar riscos para si e para terceiros.

O indivíduo torna-se incapaz de responder legalmente por seus atos na vida civil, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros quanto às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade.

1.1 Critérios de enquadramento

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

- a) seja grave e persistente;
- b) seja refratária aos meios habituais de tratamento;
- c) comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação;
- d) torne o servidor inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

1.2 São passíveis de enquadramento

- esquizofrenias nos estados crônicos e residuais;
- outras psicoses graves nos estados crônicos e residuais;
- estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson etc.);
- retardos mentais graves e profundos.

1.3 São excepcionalmente considerados casos de alienação mental

- transtornos afetivos ou do humor quando comprovadamente cronificados e refratários a tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível do funcionamento mental;
- quadros epiléticos com sintomas psicóticos quando caracterizadamente cronificados e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
- outros transtornos psicóticos orgânicos decorrentes de lesão e disfunção cerebral quando caracterizadamente cronificados e refratários a tratamento, ou quando configurarem quadro irreversível de demência;
- transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), nas formas graves.

1.4 Quadros não passíveis de enquadramento

- transtornos da personalidade;
- transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), nas formas leves e moderadas;

- retardos mentais leves e moderados;
- transtornos relacionados ao estresse e somatoformes (reação de ajustamento, reação ao estresse);
- transtornos mentais orgânicos agudos e transitórios (estados confusionais reversíveis);
- transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

2 Cardiopatia grave

Cardiopatia grave, no âmbito médico-pericial, é 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 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 à diminuição da capacidade física e laborativa, a despeito 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.

2.1 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, dispneia 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, dispneia 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, dispneia ou angina de peito.

Classe IV

Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispneia 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 a gravidade da cardiopatia, sendo necessária a avaliação conjunta de dados de anamnese, exame físico e exames complementares.

De acordo com a avaliação dos parâmetros indicados para o estudo pericial, a conceituação final de cardiopatia grave será definida em função da presença de uma ou mais das síndromes que se seguem.

2.1.1 Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva

- sinais de disfunção ventricular, baixo débito cardíaco, dispneia de esforço e em repouso (Classe Funcional III e VI da NYHA), fenômenos tromboembólicos, tontura, síncope, precordialgia;
- fração de ejeção <40%;
- dilatação e hipocontratibilidade ventricular vistas no estudo hemodinâmico ou ecocardiograma.

2.1.2 Síndrome de insuficiência coronariana

Quadro clínico de forma crônica

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

Cinecoronarioventriculografia – meio de diagnóstico empregado na avaliação da capacidade do coração, para investigação de:

- 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 <40%;
- hipertrofia e dilatação ventricular esquerda;
- áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia;
- aneurisma de ventrículo esquerdo;
- complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

2.1.3 Síndromes de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundários a uma cardiopatia

2.1.4 Arritmias complexas e graves

Arritmias que cursam com instabilidade elétrica do coração, complexas, refratárias a tratamento, sintomáticas (síncope, fenômenos tromboembólicos).

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

- a) cardiopatias isquêmicas;
- b) cardiopatias hipertensivas;
- c) cardiomiopatias primárias ou secundárias;
- d) cardiopatias valvulares;
- e) cardiopatias congênitas;
- f) cor pulmonale crônico;
- g) arritmias complexas e graves;
- h) hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas, com lesões irreversíveis em órgãos-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

2.2 Critérios de enquadramento

A perícia oficial em saúde irá se basear nos diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca) e na classe funcional para o enquadramento legal da lesão incapacitante e concluir pela existência ou não de cardiopatia grave.

Cardiopatia grave é uma entidade médico-pericial. O enquadramento de uma patologia cardíaca como cardiopatia grave baseia-se nos aspectos de severidade da doença relacionados com a capacidade laborativa e com o prognóstico do indivíduo.

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:

- a) síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (Classes III e IV da NYHA);
- b) síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (Classes II a IV da NYHA);
- c) arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassístolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
- d) cardiopatias congênitas nas Classes III e IV da NYHA ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
- e) 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.

Os pacientes coronariopatas, após evento agudo, devem aguardar em licença médica por um período de 1 (um) a 6 (seis) meses para serem avaliados, dependendo das complicações existentes e do tratamento realizado.

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 quanto aos 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 servidores pós-infartados, mantendo-se os critérios do enquadramento anteriormente descritos para a invalidez.

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

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

3 Cegueira posterior ao ingresso no serviço público

Cegueira total ou amaurose é a completa falta de percepção visual de forma e de luz devido a fatores fisiológicos ou neurológicos, clinicamente registrada como NLP, uma abreviação para *no light perception* (sem percepção de luz – SPL). A palavra cegueira é frequentemente usada para descrever a deficiência visual grave, com visão residual. Aqueles descritos como tendo apenas percepção de luz têm apenas a capacidade de diferenciar o claro do escuro e a direção de uma fonte de luz.

3.1 Situações equivalentes à cegueira

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

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

3.2 Graus de perda parcial da visão

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;

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;

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;

Grau IV: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com a 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 enquadrados nos Graus I, II e III os pacientes que tiverem redução do campo visual, no melhor olho, entre 20° e 10°, entre 10° e 5° e menor que 5°, respectivamente.

3.4 Critérios de enquadramento

A perícia concluirá pela incapacidade definitiva e invalidez por cegueira dos portadores de:

a) perda total de visão (amaurose) nos dois olhos, sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado – cegueira total;

b) cegueira do servidor que apresentar 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;

c) deficiência visual comparável à 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 (campo tubular), ou ocorrência de ambos, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico cirúrgico, com base em parecer especializado – cegueira legal.

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 a cegueira”.

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

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso, conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

4 Doença de Parkinson

A doença de Parkinson é um distúrbio degenerativo do sistema nervoso central, idiopático, lentamente progressivo, decorrente de 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) oligocinesia: diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente 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.

4.1 A avaliação segundo a 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. Rigidez grave no pescoço e ombros.	2
A 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 atizador. 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 a 75 cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encurtada para passada com 30 a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encurtada agora com 15 a 30 cm. 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 artelhos e faz os giros muito lentamente.	3
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 autoalimentação 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 espessa.	3
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 um 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
TOTAL =	
ANÁLISE	
1 – 10 = Início da doença	
11 – 20 = Incapacidade moderada	
21 – 30 = Doença grave ou avançada	

4.2 Critérios de enquadramento

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

a) 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;

b) com base na pontuação da tabela de Webster, todos os que apresentarem doença grave ou avançada. Os portadores de incapacidade moderada serão avaliados, considerando-se a condição clínica e sua atividade laboral;

c) 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.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença por extenso conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

5 Esclerose múltipla

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.

5.1 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 também 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.

5.2 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.

5.3 Diagnóstico

É indireto, por dedução, por meio 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:

- a) exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;
- b) ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostrar as placas;
- c) potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

5.4 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. O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

6 Espondiloartrose anquilosante

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.

6.1 Critérios de enquadramento

A perícia oficial em saúde procederá ao enquadramento legal dos portadores de espondilite anquilosante pela invalidez permanente acarretada por essa doença. A perícia, ao firmar seus laudos, deverá fazer constar:

- a) o diagnóstico nosológico;
- b) a citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
- c) a citação dos segmentos da coluna 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 da bacia (articulações sacroilíacas);

- b) cintilografia óssea;
- c) teste sorológico específico HLA – B 27;
- d) tomografia computadorizada das articulações sacroilíacas e coluna.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

7 Mal de Paget

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, várias partes do esqueleto.

7.1 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, em que são comuns fraturas com consolidação rápida;
- b) fase de relativa inatividade, com formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado, em que as fraturas têm retardo de consolidação.

Os estados avançados do mal 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.

7.2 Critérios de enquadramento

As formas localizadas do mal de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina ou as oligossintomáticas não serão consideradas doenças enquadradas em lei. A perícia enquadrará em incapacidade definitiva por estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante) o servidor que apresentar 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.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

8 Hanseníase

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.

8.1 Sinais cardinais da hanseníase

- a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade;
- b) acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- c) baciloscopia positiva.

8.2 Classificação

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

- a) paucibacilares (PB) – casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; tratamento de seis meses; a. Indeterminada (I); b. Tuberculoide (T);
- b) 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:

- a) Dimorfa (D);
- b) Virchowiana (V);
- c) Não Especificada (NE).

O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

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.

8.3 Formas clínicas de hanseníase – classificação de Madri

- hanseníase indeterminada (HI) CID A30. 0 – considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque, na ausência de tratamento, pode evoluir para a forma tuberculoide ou para a virchowiana;
- hanseníase tuberculoide (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;
- 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;

- 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.

8.4 Neuropatia hanseniana – 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:

- a) face – trigêmeo e facial;
- b) braços – radial, ulnar e mediano;
- c) pernas – fibular comum e tibial.

8.5 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.

8.5.1 Grau de incapacidade física de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS

GRAU	CARACTERÍSTICAS
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: lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana central, acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6 cm de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, pé caído, contratura do tornozelo.

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.
	4 Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.
Diminuída	3 Realiza o movimento completo contra a gravidade.
	2 Realiza o movimento parcial.
	1 Contração muscular sem movimento.
Paralisada	0 Paralisia (nenhum movimento).

8.6 Critérios de enquadramento

A doença, por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laborais, 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 laborais 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 (parestésias e hipoestésias) 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.

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.

Serão considerados temporariamente incapacitados aqueles que:

- a) manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;
- b) manifestarem dor neuropática;
- c) tiverem de 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 de 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.

Serão considerados inválidos aqueles que forem classificados no grau 2 da tabela de incapacidade física e nos graus 0 e 1 da tabela de exploração da força muscular.

As demais situações clínicas dependerão da correlação com as atividades laborais. A perícia oficial em saúde concluirá pela invalidez quando os servidores apresentarem sequelas incapacitantes sem possibilidade de recuperação.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

9 Nefropatia grave

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:

- a) os sintomas clínicos;
- b) as alterações bioquímicas.

9.1 Quadro clínico

Manifestações clínicas:

- a) ectoscópicas: palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;
- b) cardiovasculares: pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;
- c) gastrointestinais: soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias;
- d) digestivas: diarreia ou obstipação;
- e) neurológicas: cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;
- f) oftalmológicas: retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;
- g) pulmonares: pulmão urêmico e derrame pleural;
- h) urinárias: nictúria.

Alterações nos exames complementares:

- a) alterações laboratoriais;
- b) diminuição da filtração glomerular;
- c) diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
- d) aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico;
- e) distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
- f) acidose.

Alteração nos exames por imagem.

9.2 Doenças renais crônicas – estadiamento e classificação*

ESTÁGIO	FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ML/MIN)	CREATININA (MG/DL)	GRAU DE IRC
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.

9.3 São consideradas nefropatias graves

- as nefropatias incluídas no estágio 3, desde que o periciado apresente sintomas e sinais que estejam produzindo incapacidade laborativa;
- as nefropatias incluídas nos estágios 4 e 5.

9.4 Critérios de enquadramento

As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve, estágio 2, não são enquadradas como nefropatias graves.

As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, estágio 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, estágios 4 e 5, são enquadradas como nefropatias graves.

A perícia deverá, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia, seguido da indicação da presença ou não de nefropatia grave.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

10 Neoplasia maligna

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 Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

10.1 Avaliação diagnóstica e estadiamento

O diagnóstico e o estadiamento da neoplasia maligna podem ser determinados, entre outros, pelos seguintes meios propedêuticos:

- a) exame clínico especializado;
- b) exames radiológicos;
- c) exames ultrassonográficos;
- d) exames de tomografia computadorizada;
- e) exames de ressonância nuclear magnética;
- f) exames cintilográficos;
- g) exames endoscópicos;
- h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- i) biópsia da lesão com exame histopatológico;
- j) exames citológicos;
- k) exames de imunohistoquímica;
- l) estudos citogenéticos em casos específicos.

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

10.2 Prognóstico

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

- a) grau de diferenciação celular;
- b) grau de proliferação celular;
- c) grau de invasão vascular e linfática;
- d) estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
- e) resposta a terapêutica específica;
- f) estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

10.3 Objetivos da avaliação pericial

A avaliação pericial objetiva comprovar:

- a) o diagnóstico da neoplasia por meio de exame histopatológico ou citológico;
- b) a extensão da doença e a presença de metástases;
- c) o tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico;
- d) o prognóstico da evolução da doença, em consonância com as estatísticas de sobrevida para cada tipo de neoplasia;
- e) o grau de incapacidade parcial ou total, temporária ou permanente;
- f) a correlação da incapacidade com as atribuições do servidor.

10.4 Critérios de enquadramento

A perícia fará o enquadramento da invalidez permanente por neoplasia maligna do servidor quando for constatada incapacidade para o trabalho em consequência de:

- a) neoplasias com mau prognóstico em curto prazo;
- b) neoplasias incuráveis;
- c) sequelas do tratamento, mesmo quando erradicada a neoplasia maligna;
- d) recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

A perícia deverá citar no registro da avaliação pericial:

- a) o tipo histopatológico da neoplasia;
- b) sua localização;
- c) a presença ou não de metástases;
- d) o estadiamento clínico pelo sistema TNM, podendo ser utilizada outra classificação, em casos específicos, não contemplada por este sistema;
- e) a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

O servidor portador de neoplasia maligna detectada pelos meios propedêuticos e submetido a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico será considerado portador dessa enfermidade durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, mesmo que o estadiamento clínico indique bom prognóstico.

O carcinoma basocelular, por seu caráter não invasivo, não metastático e de excelente prognóstico, não se enquadra nesta situação. As neoplasias que apresentarem comportamento similar devem ser tratadas da mesma forma.

O servidor portador de neoplasia maligna submetido a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico que, após cinco anos de acompanhamento clínico, não apresentar evidência de doença ativa, será considerado não portador 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.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

11 Paralisia irreversível e incapacitante

Incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos resultante de lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, causada pela 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 o trofismo.

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

11.1 Classificação das paralisias

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

- a) paralisia isolada ou periférica – quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
- b) monoplegia – quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
- c) hemiplegia – quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
- d) paraplegia ou diplegia – quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores simultaneamente;
- e) triplegia – quando resulta da paralisia de três membros;
- f) tetraplegia – quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

11.2 Critérios de enquadramento

Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante de um dos tipos descritos no item 11.1, satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados impossibilitados para qualquer trabalho de forma total e permanente.

A perícia deverá especificar, no relato da avaliação pericial, 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 a Paralisia Irreversível e Incapacitante” quando concluírem pela invalidez do inspecionado portador das lesões que se equiparam a paralisia, satisfeitas todas as condições constantes desses itens.

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

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

12 Síndrome da imunodeficiência adquirida – Sida ou Aids

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por imunodeficiência grave, que se manifesta clinicamente através do aparecimento de doenças oportunistas, neoplasias malignas ou lesões neurológicas associadas ao HIV.

12.1 Classificação

A infecção pelo HIV em adultos pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos T-CD4, conforme descrito a seguir. Quanto às manifestações clínicas, os indivíduos pertencem às categorias abaixo.

Categoria A

Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, assintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

- a) Infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;
- b) linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia envolvendo duas ou mais regiões extrainguinais, com duração de pelo menos três meses, associada à sorologia positiva para o HIV;
- c) infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e/ou esplenomegalia. Nesta fase, a sorologia para o HIV pode ser 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:

- a) angiomatose bacilar;
- b) candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;
- c) candidíase orofaríngea;
- d) sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração).

Categoria C

Indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:

- a) candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
- b) criptococose extrapulmonar;
- c) câncer cervical uterino;
- d) retinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;
- e) herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
- f) histoplasmose disseminada;
- g) isosporíase crônica;
- h) micobacteriose atípica;
- i) tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- j) pneumonia por *P. carinii*;

- k) pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
- l) bacteremia recorrente por bactérias do gênero “salmonella”;
- m) toxoplasmose cerebral;
- n) leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- o) criptosporidiose intestinal crônica;
- p) sarcoma de Kaposi;
- q) linfoma de Burkitt imunoblástico ou primário de cérebro;
- r) encefalopatia pelo HIV;
- s) síndrome consumptiva pelo HIV (perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente, excluída a tuberculose como causa básica);
- t) reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite).

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

Grupo 1 – indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³;

Grupo 2 – indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³;

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

12.3 Critérios de enquadramento

Utilizando-se a tabela de associação das categorias clínicas com os grupos de contagem de linfócitos T CD4, chega-se ao quadro abaixo.

Quadro de classificação clínica e laboratorial

Grupos	LT-CD4+	Categorias clínicas		
		A	B	C
1	> 500/mm ³	A1	B1	C1
2	200-499/mm ³	A2	B2	C2
3	< 200/ mm ³	A3	B3	C3

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

Serão considerados temporariamente incapazes para o serviço os servidores classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes, devendo 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 incapacitados para o retorno ao trabalho, serão aposentados.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

13 Tuberculose ativa

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, que pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas, possuindo predileção pelo pulmão. A evolução, após o contato com o bacilo, depende do hospedeiro. A suscetibilidade à infecção é praticamente universal. A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a primoinfecção e desenvolve imunidade parcial à doença, no entanto alguns bacilos permanecem vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo.

Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento, entre os quais se destacam a infecção pelo HIV, doenças ou tratamentos imunodepressores, idade menor que 2 anos ou maior que 60 e desnutrição.

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primoinfecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos, e mesmo décadas.

13.1 Critérios de enquadramento

A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa. O que deve ser considerado é a situação do paciente em relação à fase de transmissão da doença, a repercussão geral no indivíduo e no desempenho das suas atividades.

Como recomendação, para conter a cadeia de transmissão da doença e pela questão do controle de infecção, o indivíduo com TB bacilífera (baciloscopia positiva) deve permanecer afastado do trabalho até conseguir duas análises laboratoriais de baciloscopia negativas consecutivas e ocorrer recuperação clínica favorável, 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, o perito deverá reavaliar o periciado ao término do tratamento, que tem a duração de seis meses, e basear suas conclusões em observações clínicas e exames subsidiários. O parecer definitivo a ser adotado pela perícia para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente sequelares 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, bem como aquele sobre quem ainda houver dúvida quanto ao estado evolutivo das lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão aposentados.

Fica abrangido pelo enquadramento legal o servidor que:

a) tenha adquirido ou venha a desenvolver formas resistentes de bacilos da TB, refratárias aos esquemas terapêuticos existentes;

b) na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possa ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho. Como exemplo, a sequela pulmonar em que ocorre importante redução da capacidade funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponha importante limitação física ao indivíduo;

c) for portador de lesões tuberculosas extrapulmonares, o qual será avaliado pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nesta norma e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

d) apresentar outras sequelas das lesões tuberculosas, irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva.

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 avaliado de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave deste manual.

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.

Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

IV – Doenças não especificadas em lei

Art. 1º da Lei 11.052/2004 e Ato Declaratório Interpretativo SRF 11/2006

1 Hepatopatia grave

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 laborais 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, edemas, veias abdominais dilatadas, hálito hepático, asterixe, encefalopatia e coma são sinais e sintomas presentes em maior ou menor grau nas doenças hepáticas.

1.1 Características

- Quadro clínico:
 - a) emagrecimento;
 - b) icterícia;
 - c) ascite;
 - d) edemas periféricos;
 - e) fenômenos hemorrágicos;
 - f) alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pelos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas;
 - g) alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

- Quadro laboratorial:
 - a) alterações hematológicas: pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia;
 - b) distúrbios da coagulação: hipoprotrombinemia e queda dos fatores da coagulação (V, VII, fibrinogênio).

- Alterações bioquímicas:
 - a) hipoglicemia predominante;
 - b) hipocolesterolemia;
 - c) hiponatremia.

- Testes de função hepática alterados:
 - a) retenção de bilirrubinas;
 - b) transaminases elevadas;

- c) fosfatase alcalina e gama-GT elevadas;
- d) albumina reduzida.

- Nos exames por imagem, são observadas as seguintes alterações:

a) ultrassonografia: alterações estruturais do fígado e baço, ascite, dilatação das veias do sistema porta;

b) tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética abdominal: alterações dependentes da doença primária;

c) endoscopia digestiva alta: presença de varizes esofagianas e de gastropatia hipertensiva;

d) cintilografia hepática: redução da captação hepática, forma heterogênea, com aumento da captação esplênica e na medula óssea.

- São causas etiológicas das hepatopatias graves:

a) hepatites fulminantes: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;

b) cirroses hepáticas: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;

c) doenças parasitárias e granulomatosas;

d) tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos;

e) doenças hepatobiliares e da vesícula biliar levando a cirrose biliar secundária.

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

De acordo com o total de pontos obtidos, os prognósticos dividem-se em:

Classe	Total de pontos
A	5 a 6
B	7 a 9
C	10 a 15

O escore de Child-Pugh é calculado somando-se 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 subclínicos 1 e 2, enquanto a pontuação grave, os estágios 3 e 4.

1.4 Critérios de enquadramento

A hepatopatia classificada na classe A de Child-Pugh não é considerada grave.

A hepatopatia classificada na classe B de Child-Pugh será considerada hepatopatia grave quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante.

A hepatopatia classificada na classe C de Child-Pugh será considerada 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.

O servidor que desenvolver formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e for submetido a transplante hepático de urgência será considerado incapacitado temporário, sendo acompanhado 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.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

2 Contaminação por radiação ionizante

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, por caráter físico-motor, 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 devidamente documentada.

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.

2.1 Síndromes possíveis

a) síndrome aguda da radiação: 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 se desenvolve quando um limite de dose é ultrapassado (0,8 a 1,0 Gy);

b) síndrome cutânea da radiação: conjunto de sintomas e sinais decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas, de tecidos e de estruturas subjacentes.

2.2 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:

a) hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição a 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;

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

c) 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.

2.3 Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

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

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

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

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

2.4 Diagnóstico

Os meios de diagnóstico para a avaliação da síndrome aguda da radiação e da síndrome cutânea da radiação são:

a) história clínica, com dados evolutivos da doença;

b) exame clínico;

c) dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);

d) dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);

e) avaliação hematológica;

f) avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, transaminases glutâmico-oxalacética e pirúvica);

g) dosimetria citogenética;

h) tomografia computadorizada;

i) ressonância magnética;

j) termografia;

k) avaliação fotográfica seriada;

l) estudos cintilográficos;

m) estudos Doppler.

2.5 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.

Fica abrangido pelo enquadramento legal o servidor que apresentar:

a) alterações físicas e mentais de mau prognóstico no curto prazo;

b) alterações físicas e mentais persistentes ou que tenham expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 meses;

c) sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do servidor para executar atividades básicas.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

3 Fibrose cística

A fibrose cística, também conhecida como mucoviscidose, é um distúrbio autossômico recessivo que faz com que determinadas glândulas exócrinas produzam secreções anormais, acarretando vários sintomas, afetando principalmente o trato digestivo e os pulmões. A fibrose cística é a causa mais comum de doença pulmonar crônica grave em adultos jovens e o distúrbio hereditário fatal mais comum entre indivíduos caucasianos nos EUA. Não existem estudos epidemiológicos ou triagem neonatal abrangente que permitam estimar a incidência de fibrose cística nas diversas regiões do Brasil. Há estimativas de que 10% do total anual de afetados são diagnosticados, o que confere uma impressão errônea de baixa incidência na população brasileira.

É uma doença rara e afeta ambos os sexos igualmente.

A doença é causada por anormalidades no transporte de cloro e água através da superfície apical das células epiteliais, resultando em um muco cerca de 30 a 60 vezes mais viscoso. Quase todas as glândulas exócrinas produzem muco anormal, que obstrui a glândula e os ductos, resultando em dilatação glandular e dano tissular.

Embora o sistema de transporte mucociliar não seja afetado, há diminuição na capacidade de transporte de secreção tão viscosa, levando a acúmulo de muco, com aumento do número de bactérias e fungos nas vias aéreas, podendo levar a infecção crônica nos pulmões.

Os pulmões são normais no nascimento, mas, a partir daí, os distúrbios respiratórios podem ocorrer a qualquer momento. As secreções brônquicas espessas obstruem as pequenas vias aéreas, produzindo inflamação. À medida que a doença evolui, as paredes brônquicas tornam-se espessas, as vias aéreas enchem-se de secreções infectadas, áreas do pulmão contraem (atelectasia) e os linfonodos aumentam de tamanho. Todas essas alterações reduzem a capacidade dos pulmões de transferir oxigênio para o sangue.

As manifestações pulmonares em adultos incluem bronquite crônica e aguda, bronquiectasia, pneumonia, atelectasia e cicatrização peribrônquica e parenquimatosa.

Pneumotórax e hemoptise são comuns. Hipoxemia, hipercapnia e *cor pulmonale* ocorrem em casos avançados. Também podem ocorrer cálculos biliares e cirrose hepática. Quase todos os homens com fibrose cística têm ausência congênita bilateral dos vasos deferentes, com azoospermia. As mulheres apresentam diminuição da fertilidade em razão da viscosidade das secreções cervicais, porém muitas conseguem ter gravidez a termo.

Cerca de 2% a 3% dos indivíduos com fibrose cística apresentam diabetes insulínica, pois o pâncreas cicatrizado é incapaz de produzir uma quantidade suficiente de insulina.

Os portadores dessa enfermidade têm risco aumentado de doença maligna do trato gastrointestinal, osteopenia e artropatias.

Comumente, a morte é decorrente da combinação de insuficiência respiratória e insuficiência cardíaca, causadas pela doença pulmonar subjacente.

3.1 Considerações

Os achados clínicos na fibrose cística compreendem:

a) sinais e sintomas: a fibrose cística deve ser suspeitada em um adulto jovem com uma história de doença pulmonar crônica (especialmente bronquiectasia), pancreatite ou infertilidade. Tosse com produção de escarro, diminuição da tolerância ao exercício e hemoptise recorrente são

queixas típicas. Os pacientes também se queixam, com frequência, de dor nos seios da face e secreção nasal purulenta. Esteatorreia, diarreia e dor abdominal também são comuns. Nos recém-nascidos, a fibrose cística pode provocar obstrução ileomeconial;

b) achados laboratoriais: o estudo dos gases arteriais frequentemente revela hipoxemia e, em casos avançados, acidose respiratória crônica compensada. Os estudos de função pulmonar mostram um padrão misto restritivo e obstrutivo. Há uma redução da capacidade vital forçada, da velocidade de fluxo aéreo e da capacidade pulmonar total. A retenção de ar (elevada taxa de volume residual em relação à capacidade pulmonar total) e a redução na capacidade de difusão pulmonar são comuns;

c) estudos por imagem: a hiperinsuflação é vista no início do processo da doença. Constrição peribrônquica, tampão mucoso, bronquiectasia (anéis e cistos), aumento das estrias intersticiais, opacidades periféricas pequenas arredondadas e atelectasias focais podem ser vistas separadamente ou em várias combinações. Pneumotórax também pode estar presente. A tomografia computadorizada (TC) em secções finas pode confirmar a presença de bronquiectasia.

3.2 Diagnóstico

a) Teste do suor: a iontoforese quantitativa da transpiração estimulada pela pilocarpina (teste do suor) revela níveis elevados de sódio e cloro (>60 mEq/L) no suor de pacientes com fibrose cística. É específico para diagnóstico de fibrose cística, porém um teste normal não exclui o diagnóstico, sendo necessários dois testes em dias diferentes para um diagnóstico acurado.

Se o teste for repetidamente negativo, mas ainda assim houver elevada suspeita clínica da doença, deve ser realizada a tipagem do genótipo ou outros testes alternativos (medida da diferença do potencial de membrana nasal, análise do sêmen ou avaliação da função pancreática). A tipagem do genótipo identifica apenas os tipos mais frequentes da doença, porque as mutações do gene são muitas e os *kits* são padronizados. Mesmo assim, esse teste cobre aproximadamente 80% dos casos.

Como a fibrose cística pode afetar diversos órgãos, vários outros testes auxiliam o médico no estabelecimento do diagnóstico. Um exame de fezes pode revelar redução ou desaparecimento das enzimas digestivas tripsina e quimiotripsina ou concentrações elevadas de gordura, conseqüente à redução das enzimas pancreáticas. Se a secreção de insulina estiver reduzida, a glicemia estará elevada.

b) teste do pezinho: feito rotineiramente em recém-nascidos para rastreamento de doenças congênitas.

3.3 Sinais de exacerbação da doença pulmonar

- a) aumento da tosse;
- b) aumento da produção de catarro;
- c) febre;
- d) anorexia e perda de peso;
- e) absenteísmo escolar ou do trabalho;
- f) novos achados na ausculta pulmonar;
- g) novos achados nos raios X de tórax;
- h) diminuição na tolerância aos exercícios;

- i) diminuição na saturação arterial de oxigênio (SaO₂);
- j) modificação em mais de 10% no volume expiratório forçado no primeiro minuto (VEF1).

3.4 Prognóstico

A longevidade dos pacientes com fibrose cística está aumentando e a sobrevida média é, atualmente, de 31 anos. A morte ocorre por complicações pulmonares ou como resultado de insuficiência respiratória crônica terminal e *cor pulmonale*.

A gravidade da fibrose cística varia muito de pessoa para pessoa, independentemente da idade. Ela é determinada em grande parte pelo grau de comprometimento pulmonar. No entanto, a deterioração é inevitável, acarretando um estado de debilidade e, finalmente, a morte. Apesar disso, as perspectivas vêm melhorando progressivamente ao longo dos últimos 25 anos, sobretudo porque atualmente os tratamentos conseguem retardar algumas das alterações que ocorrem nos pulmões.

3.5 Critérios de enquadramento

Serão enquadrados os casos com diagnóstico comprovado por laudos médicos especializados e exames complementares.

O laudo pericial deverá conter o nome da doença conforme especificado em lei, a data de início da doença e se há necessidade de reavaliação.

V – PERÍCIAS RELATIVAS AO PRO-SOCIAL

Além das perícias funcionais dos servidores, compete, ainda, à junta médica do Tribunal e das seccionais, bem como aos médicos peritos/auditores, a realização de perícias e avaliações com vistas à autorização prévia de procedimentos previstos no Regulamento-Geral do Pro-Social – Programa de Assistência aos Magistrados e Servidores da Justiça Federal de Primeiro e Segundo Grau da Primeira Região, instituído pela Resolução 2/1989; posteriormente reestruturado pela Resolução Presil/Secbe 6, de 04/06/2003, e pela Resolução Presi/Secbe 6, de 30/04/2013; e, atualmente, pela Resolução Presi/Secbe, 9, de 23/04/2014, alterada pela Resolução Presi/Secbe 13, de 13/04/2016.

Além das normas gerais fixadas no Regulamento-Geral, o qual estabelece os direitos e deveres dos beneficiários e dependentes vinculados, o Pro-Social observa as normas das entidades reguladoras das atividades ligadas à saúde no país, como Agência Nacional de Saúde – ANS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, Conselho de Saúde Suplementar – Consu, Conselhos Regional e Federal de Enfermagem (Coren/Cofen), Conselho Federal de Medicina – CFM, Conselhos Regionais de Medicina – CRMs, entre outras.

Relacionam-se a seguir os procedimentos que exigem autorização prévia, bem como as respectivas rotinas de processamento, tanto no âmbito do TRF1 quanto das seccionais.

Os procedimentos ora detalhados são apenas exemplificativos, podendo ser acrescentados outros conforme a oportunidade e conveniência da administração do Programa.

Gastroplastia (cirurgia bariátrica)

Legislação

1. Resolução Normativa 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de 09/01/2007, Anexo II;
2. Resolução Normativa ANS 387, de 28/10/2015;
3. Resolução CFM 2.131, de 12/11/2015;
4. Resolução Presi/Secbe 30, de 17/12/2013 – dispõe sobre os procedimentos e critérios para a cobertura de despesas com OPMEs, exclusivamente para procedimentos cirúrgicos;
5. Resolução Presi/Secbe 15, de 16/07/2014 – altera os arts. 8º e 9º da Resolução Presi/Secbe 30 de 17/12/2013.

Critérios

Para realização de cirurgia bariátrica, serão observados os parâmetros estabelecidos pela Resolução Normativa 167 da ANS e pela Resolução 2.131/2015, do Conselho Federal de Medicina, bem como as normas próprias do Pro-Social, não sendo autorizada para menores de 16 anos.

Precauções para indicação da cirurgia

Laudo médico atestando o não uso de drogas ilícitas ou alcoolismo.

Laudo médico atestando ausência de transtorno de humor grave, quadros psicóticos em atividade ou demenciais.

Declaração de compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e das mudanças de hábitos inerentes à cirurgia bariátrica e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, a longo prazo.

O balão intragástrico poderá ser autorizado como adjuvante do tratamento de perda de peso no preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC acima de 35 kg/m²), com associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida.

Rotina para autorização

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secre, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional.

Critérios obrigatórios (necessário o atendimento a todos os itens):

- requerimento;
- pedido médico original em que conste o CID;
- cópia de exames recentes;
- relatório atualizado do endocrinologista constando a indicação do procedimento e destacando a inexistência das situações referenciadas;
- parecer do cardiologista sobre o risco cirúrgico;
- parecer do cirurgião assistente relativo ao procedimento cirúrgico

- relatório do nutricionista destacando conhecimento prévio da situação do paciente, constando o tempo de acompanhamento e as terapêuticas usadas, bem como os resultados obtidos;
- relatório do psicólogo/psiquiatra sobre as condições do paciente em relação ao procedimento cirúrgico em questão;
- parecer da junta médica do Tribunal ou do médico auditor/perito ou auditor da seccional.

Balão intragástrico

Legislação

1. Resolução Presi/Secbe 30, de 17/12/2013 – dispõe sobre os procedimentos e critérios para a cobertura de despesas com OPMEs, exclusivamente para procedimentos cirúrgicos.
2. Resolução Presi/Secbe 15, de 16/07/2014 – altera os arts. 8º e 9º da Resolução Presi/Secbe 30/2013.

Finalidade

A colocação de balão por via endoscópica, com cerca de 500 ml de líquido, tem por objetivo diminuir a capacidade gástrica do paciente, provocando a saciedade e diminuindo o volume residual disponível para os alimentos.

Importante esclarecer que o balão deve ser retirado no prazo recomendado pelo fabricante.

Critérios obrigatórios (necessário o atendimento a todos os itens):

- recomendação médica de preparo pré-operatório de pacientes com superobesidade (IMC mínimo de 35 kg/m²) como adjuvante do tratamento de perda de peso;
- presença de associação de patologias agravadas e/ou desencadeadas pela obesidade mórbida;
- idade entre 18 e 65 anos;
- falha no tratamento clínico realizado por, pelo menos, 2 anos e obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos;
- parecer médico que comprove a inexistência das situações descritas nos subitens anteriores.

A colocação do balão intragástrico será negada nos casos de:

- esofagite de refluxo;
- hérnia hiatal;
- estenose ou divertículo de esôfago;
- lesões potencialmente hemorrágicas, como varizes e angiodisplasias;
- cirurgia gástrica ou intestinal de ressecção;
- doença inflamatória intestinal;

- uso de anti-inflamatórios, anticoagulantes, álcool ou drogas;
- presença de transtornos psíquicos graves.

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- requerimento
- pedido médico original constando o CID;
- cópia de exames recentes;
- relatório atualizado do endocrinologista constando a indicação do procedimento e destacando a inexistência das situações referenciadas;
- parecer do cardiologista sobre o risco cirúrgico;
- parecer do cirurgião assistente relativo ao procedimento cirúrgico temporário (balão intragástrico) e definitivo (cirurgia bariátrica);
- relatório do nutricionista destacando conhecimento prévio da situação do paciente;
- relatório do psicólogo/psiquiatra sobre as condições do paciente em vista do procedimento cirúrgico em questão;
- parecer da junta médica do Tribunal ou do médico auditor/perito/auditor da seccional.

Cirurgia plástica reparadora

Legislação

Resolução Presi/Secbe 9, de 23/04/2014, art.24 – Regulamento-Geral do Pro-Social.

Finalidade

O Programa tem cobertura para a realização de cirurgias plásticas reparadoras em casos de deformidades congênicas ou de deformidades adquiridas por doenças desfigurantes ou sequelas de traumatismos.

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- pedido médico original em que conste o CID ou o diagnóstico;
- laudos de exames complementares;
- relatório do médico assistente descrevendo a cirurgia proposta e justificando sua necessidade;
- parecer do cardiologista sobre o risco cirúrgico;
- parecer da junta médica do Tribunal ou do médico auditor/perito/auditor da seccional.

A administração atuará o processo administrativo com a documentação apresentada e o encaminhará para análise da junta médica.

A critério da junta médica, podem ser solicitadas fotografias relacionadas à cirurgia pretendida, e o servidor poderá ser convocado para exame pericial.

As cirurgias estéticas e cosméticas não são passíveis de autorização pelo Programa.

Tipos de cirurgias reparadoras cobertas pelo Pro-Social:

Dermatocálase e ptose palpebral

Blefarocalásia

Blefarocalásia é uma condição rara, de causa desconhecida, algumas vezes familiar, que se assemelha a edema angioneurótico. Repetidos ataques começam perto da puberdade e diminuem durante a vida adulta, causando atrofia das estruturas periorbitais. A pele da pálpebra parece magra, enrugada e redundante e é descrita como semelhante a papel de cigarro. Um aspecto de aprofundamento é o resultado da atrofia da gordura. Envolvimento da aponeurose do músculo levantador produz ptose moderada a grave. O tratamento médico é limitado ao tratamento sintomático de edema, à correção cirúrgica de deiscência do músculo elevador da pálpebra e à excisão de pele redundante. É mais provável se obter sucesso após os ataques terem diminuído.

Dermatocálase

Dermatocálase é a redundância de pele da pálpebra e a perda de elasticidade, geralmente como resultado do envelhecimento. Na pálpebra superior, a pele preseptal e o músculo orbicular, que normalmente formam um vinco perto da fronteira tarsal superior em caucasianos, pairam sobre

a parte pré-tarsal da pálpebra (imagem abaixo). Quando o dermatocálase é grave, o campo visual superior fica obstruído. A fraqueza do septo orbital faz com que as bolsas de gordura medial e pré-aponeurótica fiquem protuberantes. As bolsas na região pré-septal da pálpebra inferior representam hérnia de gordura orbital.

A blefaroplastia pode ser indicada por razões visuais ou cosméticas. A blefaroplastia inferior da pálpebra é considerada cirurgia estética, a menos que uma extrema redundância contribua para ectrópio da margem palpebral.

Blefaroptose

A pálpebra superior normalmente repousa aproximadamente a meio caminho entre o limbo superior e a margem pupilar. Ptose palpebral, ou "ptose", como é mais comumente chamada, é a condição em que uma ou ambas as pálpebras superiores assumem uma posição anormalmente baixa.

Ptose aponeurótica

Também conhecida como ptose senescente ou involutiva, é o tipo mais comum de ptose adquirida. É o resultado de desinserção parcial ou deiscência da aponeurose do músculo elevador da placa tarsal, que ocorre com a idade. Normalmente existem suficientes anexos residuais para o tarso manter a excursão completa da pálpebra com o olhar para cima. O afinamento da pálpebra também pode ocorrer. Ptose devido a blefarocalásia (e não a dermatocálase) também é geralmente devido à desinserção da aponeurose do músculo levantador.

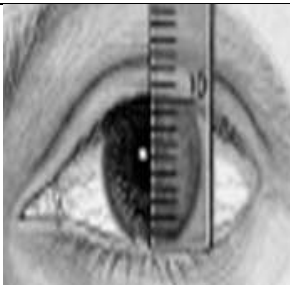
Pseudoptose

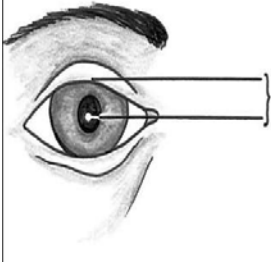
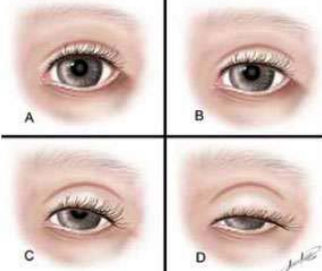
Em dermatocálase grave, o excesso de pele da pálpebra superior pode esconder a margem da pálpebra e dar a aparência de ptose. Alternativamente, a retração contralateral da pálpebra superior pode ser erroneamente interpretada como ptose ipsilateral.

Imagens antes e após correção de ptose unilateral

Requisitos para avaliação pela junta médica

Utilizam-se os critérios oftalmológicos da semiologia da pálpebra para a autorização da cirurgia de correção de ptose, conforme índices abaixo.

	Parâmetro	Normal	Alterado
	Fenda palpebral medida entre a margem palpebral superior e a margem palpebral inferior, na região central da fenda palpebral.	8 - 10 mm	< 8 - 10 mm

	<p>Margem palpebral superior. Distância entre a margem palpebral superior e o centro da pupila</p>	<p>3,5 - 4 mm</p>	<p>< 3,5 - 4 mm</p>			
	<p>Presença de ptose medida em mm da parte da pupila coberta pela pálpebra</p>	<p>Normal</p>	<p>Leve</p>	<p>Moderado</p>	<p>Grave</p>	
		<p>A < 2 mm</p>	<p>B 2–4 mm</p>	<p>C 4-6 mm</p>	<p>D > 6 mm</p>	

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- pedido médico original constando o CID ou o diagnóstico;
- laudos de exames complementares;
- relatório do médico assistente descrevendo a cirurgia proposta e justificando a sua necessidade;
- relatório do médico assistente solicitando e justificando o procedimento;
- Parecer do cardiologista sobre o risco cirúrgico;
- exame de campimetria (imagens e laudo);
- inspeção pela junta médica para avaliação de sintomas e aferição de medidas.

Mamoplastia

Legislação

1. Resolução Normativa ANS 167, de 09/01/2007.
2. Lei 9.797, de 06/05/1999, alterada pela Lei 12.802, de 24/04/2013.

Cobertura

O Programa permite aos seus beneficiários a realização de mamoplastia redutora no caso de gigantomastia (definição abaixo) e de mamoplastia reconstrutora no caso de mastectomia decorrente de processos patológicos.

- mamoplastia redutora bilateral em mulheres que apresentam gigantomastia;
- mamoplastia reparadora bilateral nos casos de mulheres submetidas à mastectomia total ou parcial decorrente de neoplasia maligna.

Mamoplastia redutora bilateral

A mamoplastia redutora (cirurgia plástica para diminuição da mama) é realizada em mulheres com quadro de hipertrofia acentuada de mamas (gigantomastia) que, além de alteração estética, causem:

- sobrecarga na coluna vertebral e na musculatura da cintura escapular ocasionando dor local e depressão da musculatura supraescapular;
- vício postural importante com alterações de alinhamento (escoliose, lordose);
- alterações de pele recorrentes em áreas de atrito e de dobras cutâneas (intertrigo).

Critérios para autorização

Para avaliação das dimensões das mamas, é adotado o índice de Sacchini, segundo o qual o volume mamário é classificado em hipomastia, normal e hipertrofia.

A cirurgia reparadora de mama é autorizada quando a mastectomia, total ou parcial, for decorrente de neoplasia maligna, podendo ser efetuada no mesmo tempo cirúrgico, quando existirem condições técnicas. No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia após alcançar as condições clínicas que permitam a realização da cirurgia.

A autorização será feita pela junta médica do Tribunal ou pelo médico auditor/perito da seccional, no pedido original, o qual deverá ser apresentado ao hospital.

Índice de Sacchini

Média entre as distâncias X e Y:

- X – entre a papila mamária e a margem lateral do esterno;
- Y – entre a papila mamária e o sulco mamário.

Resultados:

- hipomastia: <9 cm;
- mama normal: 9-11 cm;
- hipertrofia: > 11 cm.

Para caracterização do grau de hipertrofia mamária, são adotados índices antropométricos que envolvem: distância intermamilar (DI) >35 cm; distância dos mamilos ao umbigo (DMU) <25 cm; circunferência mamária (CM) >55 cm; circunferência torácica (CT) >110 cm e distância dos ombros aos mamilos (DOM) >30 cm.

Gravidade

Para que a hipertrofia seja considerada acentuada (gigantomastia), é necessário que pelo menos quatro desses índices estejam de acordo com os valores especificados.

Medidas	Leve	Moderada	Grave
DI – distância intermamilar	≤ 30 cm	30,1 - 35 cm	> 35 cm
DMU – distância dos mamilos à linha umbilical	> 30 cm	25,1 – 30 cm	< 25 cm
CM – circunferência mamária	≤ 50 cm	50,1 – 55 cm	> 55 cm
CT – circunferência torácica	≤ 100 cm	100,1 – 110 cm	> 110 cm
DOM – distância do ombro ao mamilo	≤ 25 cm	25,1 – 30 cm	> 30 cm

Mamoplastia reparadora bilateral

A cirurgia reparadora de mama é autorizada quando a mastectomia (cirurgia para retirada da mama) for decorrente de neoplasia maligna, devendo ser realizada imediatamente após o ato cirúrgico de retirada das mamas, caso as condições clínicas sejam favoráveis, de acordo com a legislação citada, ou tão logo a paciente apresente condições clínicas adequadas à realização da cirurgia.

Autorização prévia

Requer-se a autorização prévia da administração do Programa para cobertura do procedimento, tanto na modalidade livre escolha quanto na rede credenciada.

A autorização será feita, no pedido médico original, pela junta médica do Tribunal ou pelo médico auditor/perito na seccional, o qual deverá ser apresentado ao hospital onde será realizada a cirurgia.

A realização da cirurgia sem autorização prévia é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de reembolso.

Rotina

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- pedido médico original constando o CID ou o diagnóstico;
- laudos de exames complementares;
- laudo do médico assistente descrevendo a cirurgia proposta (ou a já realizada, nos casos de reconstrução tardia) justificando sua necessidade;
- parecer do cardiologista sobre o risco cirúrgico;
- exames complementares recentes;
- relatório atualizado com as medidas antropométricas de acordo com o índice de Sacchini, no caso da mamoplastia redutora bilateral;
- Exames complementares, incluindo o histopatológico, necessário à comprovação do diagnóstico;
- relatório atualizado com as medidas antropométricas citadas acima, no caso de mamoplastia redutora bilateral.

Observações

1. Não serão autorizadas as mamoplastias reparadoras em decorrência de nódulo ou tumor benigno. Outras lesões extensas serão passíveis de avaliação da junta médica para verificação dos critérios, conforme instruções relativas à cirurgia plástica reparadora, por não estarem amparadas pela Lei 9.797, de 06/05/1999, alterada pela Lei 12.802, de 24/04/2013, que trata da rotina de mamoplastia.
2. A plástica de mama contralateral àquela operada por neoplasia maligna (nos casos de neoplasia unilateral) é sempre considerada reparadora. Há necessidade de simetrização, que não haveria não fosse a ocorrência da doença.

Implante de Anel de Ferrara

Definição

O anel intraestromal (Anel de Ferrara – AF) é um dispositivo médico (uma órtese composta de dois segmentos semicirculares, dois microanéis) implantável no estroma corneano.

Visa à regularização de deformações corneanas causadas por patologias do tecido e à correção ou diminuição de erros refracionais associados, possibilitando a correção ótica com óculos ou lentes de contato, além de impedir ou retardar a evolução do ceratocone (doença que provoca o afinamento e a deformação progressiva da córnea).

Código utilizado

- 9.00.30.70-2 – cirurgia de anel corneano (corneal ring, anel de ferrara, anel intraestromal) – monocular – pacote.

Autorização prévia

O procedimento requer a prévia autorização da administração do Programa, tanto na modalidade livre escolha quanto na rede credenciada.

A autorização será feita no pedido médico original, o qual deverá ser apresentado pelo beneficiário ao hospital onde será realizada a cirurgia.

A realização da cirurgia sem autorização prévia é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de posterior reembolso.

Rotina

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- pedido médico original constando o CID ou o diagnóstico;
- laudos de exames complementares;
- relatório médico circunstanciado do médico assistente, justificando o material proposto.

Cirurgia de catarata (facectomia)

Legislação

1. Resolução Presi/Secbe 30, de 17/12/2013 – dispõe sobre os procedimentos e critérios para a cobertura de despesas com OPMEs, exclusivamente para procedimentos cirúrgicos;
2. Resolução Presi/Secbe 15, de 16/07/2014 – altera os arts. 8º e 9º da Resolução Presi/Secbe 30 de 17/12/2013.

Definição

A facectomia consiste no procedimento de remoção da lente natural do olho, o cristalino, e colocação de lente sintética em seu lugar, visando à correção de catarata.

Cobertura

A cobertura destina-se ao procedimento, à lente intraocular nacional (LIO) — constante da tabela do Programa — e à internação (hospital dia).

Códigos utilizados

- 9.00.30.04-4 – facectomia com implante de lente intraocular (facoemulsificação) – pacote (anestesia – código 90.03.076-1) – monocular;
- 9.00.31.67-1 – facectomia sem implante de lente intraocular.

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- pedido médico constando o CID ou o diagnóstico;
- laudos de exames complementares;
- relatório médico circunstanciado do médico assistente justificando o material proposto.

Cirurgia refrativa

Definição

A cirurgia refrativa é o procedimento cirúrgico destinado a corrigir problemas que afetam o estado refrativo do olho, que podem causar distúrbios de visão bastante comuns, como miopia, hipermetropia e astigmatismo.

Atualmente, o tipo mais comum de cirurgia refrativa utiliza *laser* (Lasik ou PRK) para remodelar a córnea e eliminar as alterações dos distúrbios oculares.

Códigos utilizados

- 9.00.30.052 – cirurgia refrativa de miopia e astigmatismo (lasik) – pacote – monocular
- 9.00.30.060 – cirurgia refrativa de miopia e astigmatismo (PRK) – pacote – monocular
- 9.00.30.079 – cirurgia refrativa de astigmatismo (AK) – pacote – monocular

Indicações

A Resolução Normativa ANS 387, de 28 de outubro de 2013 atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde e passa a estabelecer em seu Anexo II, item 13 que a cobertura de cirurgia refrativa é obrigatória para pacientes maiores de 18 (dezoito) anos com grau estável há pelo menos 1 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- Miopia moderada e grave, de graus entre 5,0 a 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;
- Hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

O Pro-Social autorizará a correção de acordo com a indicação do médico assistente.

Autorização prévia

O procedimento requer a autorização prévia da administração do Programa, tanto na modalidade livre escolha quanto na rede credenciada.

A autorização será feita no pedido médico original, o qual deverá ser apresentado pelo beneficiário ao hospital onde será realizada a cirurgia.

A realização da cirurgia sem autorização prévia é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de posterior reembolso.

Rotina

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- pedido médico original constando o CID ou o diagnóstico;
- laudos de exames complementares;
- relatório médico justificando o procedimento, devendo constar o grau de ametropia do paciente atendidos os critérios estabelecidos na Resolução Normativa ANS 387, de 28/10/2015 (citados acima).

Cirurgia ortognática

Legislação

1. Resolução Presi/Secbe 30/2013 – dispõe sobre os procedimentos e critérios para a cobertura de despesas com OPMEs, exclusivamente para procedimentos cirúrgicos.
2. Resolução Presi/Secbe 15/2014 – altera os arts. 8º e 9º da Resolução Presi/Secbe 30 /2013.

Indicações

Pacientes que não possuem a relação normal entre a maxila e a mandíbula, acarretando a incorreta oclusão dos dentes. O procedimento cirúrgico é indicado nos casos mais acentuados, não corrigidos pelo uso de aparelho ortodôntico.

A cirurgia ortognática também pode ser indicada em casos de acidentes e traumas que levem à fratura da maxila ou mandíbula e deve ser realizada em ambiente hospitalar, por dentista especialista em cirurgia bucomaxilofacial, com uso de anestesia e de implementos odontológicos – OPMEs (ex. placas e parafusos de titânio).

No Tribunal e nas seccionais, o beneficiário será submetido a avaliação pelo auditor odontólogo (perícia inicial) e deverá apresentar a seguinte documentação:

- relatório do ortodontista informando que já foi feito o tratamento ortodôntico necessário e que o paciente já está preparado para ser submetido à cirurgia;
- relatório do cirurgião contendo a proposta de cirurgia, os códigos da tabela a serem utilizados, a previsão de internação (local, data e período de internação, inclusive se há previsão de UTI) e o material previsto;
- Guia de tratamento odontológico – GTO preenchida pelo cirurgião com o código da tabela odontológica (pacote apropriado ao caso).

A data da cirurgia somente deve ser marcada após a aprovação do tratamento pela Seção de Odontologia no TRF1, ou pela autorização do perito odontólogo nas seccionais.

DIU – dispositivo intrauterino

Definição

O dispositivo intrauterino – DIU consiste em um dispositivo contraceptivo a ser colocado no útero da mulher, com a finalidade de impedir a fecundação.

Cobertura

A cobertura abrange os honorários médicos e o dispositivo, limitada aos valores constantes das tabelas adotadas pelo Pro-Social.

Códigos utilizados

- 3.13.03.26-9: implante de dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal;
- 3.13.03.29-3: implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal.

O dispositivo será coberto exclusivamente por meio de reembolso.

Autorização prévia

O procedimento requer a autorização prévia pela administração do Programa, tanto na modalidade livre escolha quanto na rede credenciada.

A autorização será feita no pedido médico original, o qual deverá ser apresentado pelo paciente ao hospital onde será realizado o procedimento.

A realização do procedimento sem autorização prévia é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de reembolso.

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- pedido médico original constando o CID ou o diagnóstico;
- relatório médico justificando o procedimento.

Esterilização cirúrgica (laqueadura tubária ou vasectomia)

Legislação

1. Lei 9.263, de 12/01/1996 – regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências;
2. Resolução Normativa ANS 387, de 28/10/2015.

Definição

A laqueadura tubária e a vasectomia são métodos contraceptivos, realizados por meio de cirurgia voluntária, em geral, adequados a casais que estão seguros e desejosos da contracepção permanente.

Códigos Utilizados

- 31.30.401-0 – laqueadura tubária;
- 31.20.507-0 – vasectomia.

Indicações

A Resolução Normativa ANS387, de 28/10/2015 atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde e estabelece, em seu Anexo II, itens 11 e 12, as condições e os critérios para cobertura dos métodos contraceptivos, por meio de cirurgia voluntária de laqueadura tubária ou vasectomia, conforme segue:

- em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, para os devidos aconselhamentos e informações;
- em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro filho, registrado em relatório assinado por dois médicos.

Obrigatoriedades

Deve ser apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade do(a) beneficiário(a), após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

É necessário o consentimento expresso do cônjuge/do(a)companheiro(a), em documento escrito e firmado, para a realização da vasectomia ou da laqueadura.

Avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do beneficiário.

O beneficiário deverá ter conhecimento do caráter de difícil reversibilidade do procedimento, bem como de seus riscos e eventuais complicações.

Autorização prévia

O procedimento requer a autorização prévia da administração do Programa, tanto na modalidade livre escolha quanto na rede credenciada.

A autorização será feita no pedido médico original, o qual deverá ser apresentado pelo beneficiário ao hospital onde será realizada a cirurgia.

A realização da cirurgia sem autorização prévia é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de posterior reembolso.

Vedações

É vedada a realização de laqueadura tubária e vasectomia nos seguintes casos:

- em mulheres que manifestem a vontade de esterilização cirúrgica durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade por cesarianas sucessivas anteriores;
- esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea, indicada para fim exclusivo de esterilização;
- quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura ou vasectomia) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial.

O Programa não cobre a reversão do procedimento.

Compete ao médico assistente observar o prazo estabelecido no inciso I do art. 10 da Lei Federal 9.263, de 12 de janeiro de 1996¹.

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento à Diasa/Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- pedido médico original e justificativa;
- comprovante de idade superior a 25 (vinte e cinco) anos ou cópia da certidão de nascimento de no mínimo 2 (dois) filhos vivos;
- formulário preenchido e assinado pelo beneficiário em que declare a expressa vontade de submeter-se ao procedimento solicitado (anexo a esta rotina);
- consentimento expresso do cônjuge/do(a) companheiro(a), formalizado pela assinatura no formulário “Termo de Consentimento”;
- cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável.

A documentação será anexada ao prontuário eletrônico do(a) beneficiário(a).

O pedido médico original será encaminhado à Divaf para autorização.

A autorização será assentada no pedido médico original, (por perícia singular), a qual deverá ser apresentada pelo beneficiário na ocasião da cirurgia, juntamente com o termo de consentimento e demais documentos solicitados pela equipe médica ou pelo hospital.

Optando o beneficiário pela utilização da livre escolha, quanto ao profissional e/ou clínica/hospital, e cumprida a tramitação relativa à autorização prévia do procedimento, terá direito ao reembolso, limitado ao valor constante das tabelas adotadas pelo Programa, no prazo máximo de 180 dias.

Observação: Preencher o formulário “Termo de Consentimento”.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

Eu, abaixo assinado, procurei por minha livre e espontânea vontade o(a) Dr(a).
_____ para ser submetido à cirurgia de esterilização permanente, VASECTOMIA.

Antes da cirurgia, foi-me informado o que se segue.

A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, por meio da secção dos ductos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozoides para o líquido

¹ Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o **prazo mínimo de sessenta dias** entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

ejaculado. Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso a condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada de pontos, dependendo do material utilizado.

Complicações que podem ocorrer: hematoma (sangramento interno), manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer quaisquer dessas situações ou outras não descritas ou ainda se restar qualquer dúvida ou problema, o médico e/ou sua equipe deverão ser contatados.

A reversão desta cirurgia pode ser tentada. No entanto, quanto maior o tempo menor é o índice de sucesso em readquirir fertilidade. A reversão cirúrgica não é coberta pelo Pro-Social.

Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2.000 cirurgias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados, permitindo, assim, e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.

O método não interfere na libido nem causa disfunção erétil. Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.

A atividade sexual poderá ser retomada sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoide no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações, número necessário para se “esvaziar” o trato genital a jusante.

Diante do exposto, eu, _____, documento de identidade: _____, idade _____ anos, estou ciente dos esclarecimentos e manifesto que desejo ser submetido à vasectomia, por minha livre e espontânea vontade.

Local	e	data:
<hr/>		
Assinatura	do	beneficiário:
<hr/>		
Nome	do	cônjuge/da
<hr/>		
Assinatura	do	cônjuge/da
<hr/>		

Atenção: Apesar de seu médico poder lhe dar todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA

Eu, abaixo assinada, procurei, por minha livre e espontânea vontade, o(a) Dr.(a) _____, para ser submetida a uma operação de esterilização permanente, LAQUEADURA.

Antes da operação, foi-me informado o que se segue.

A laqueadura é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina que consiste no fechamento das tubas uterinas. Nela as trompas são seccionadas e suas extremidades amarradas de tal forma que a passagem dos espermatozoides, feita no sentido ascendente, e a do óvulo, no sentido descendente, ficam bloqueadas. Tal procedimento pode ser realizado pelo método aberto, também chamado de laparotomia, ou por videolaparoscopia, onde não há exposição da cavidade abdominal.

Apesar de se tratar de um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea das trompas, com retorno da fertilidade e possibilidade de gravidez.

A reversão cirúrgica dessa operação é possível, contudo, não é coberta pelo Pro-Social. É importante salientar que tal procedimento não garantirá o sucesso em readquirir a fertilidade.

Diante do exposto, eu, _____,
Documento de Identidade: _____, idade _____ anos, estou ciente dos esclarecimentos e manifesto que desejo ser submetida à laqueadura, por minha livre e espontânea vontade.

Local e data: _____

Assinatura do beneficiário: _____

Nome do cônjuge/companheira: _____

Assinatura do cônjuge/companheira: _____

Atenção: Apesar de seu médico poder lhe dar todas as informações necessárias e aconselhá-la, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

Tratamentos seriados

Legislação

1. Regulamento-Geral do Pro-Social – Resolução Presi/Secbe 9/2014;
2. IN-18-07 TRF1 – Benefícios Sociais/Assistência à Saúde.

Conceito

Os tratamentos seriados constituem a assistência complementar à saúde por meio de tratamentos que são realizados em várias sessões. No âmbito do Pro-Social, registram-se as seguintes coberturas:

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| a) acupuntura; | f) hidroterapia; |
| b) escleroterapia; | g) ortoptia; |
| c) fisioterapia; | h) pilates; |
| d) fisioterapia Domiciliar; | i) psicologia; |
| e) fonoaudiologia; | j) psiquiatria; |

- k) condicionamento físico;
- l) reeducação postural global – RPG;
- m) terapia ocupacional.

Observação: Outros tratamentos poderão ser incluídos na TABJUD – Tabela própria do Pro-Social.

Autorização

Os tratamentos seriados serão autorizados em 10 sessões mensais, à exceção de psicologia e psiquiatria, que têm regramento próprio.

A ampliação do número de sessões mensais de tratamentos seriados pode ser requerida pelo beneficiário, condicionada ao cumprimento dos critérios previstos e à apresentação de documentação necessária para avaliação da junta médica.

Caso o beneficiário realize sessões acima do limite estipulado pela junta médica do TRF1 ou das seccionais, arcará com o custeio integral das despesas.

Autorizações da junta médica do TRF1 não têm efeito retroativo para autorizar despesas realizadas acima do número permitido ou sem autorização prévia, as quais estarão sujeitas ao custeio integral.

Após a consulta inicial, o beneficiário deverá apresentar o pedido médico original (não sendo aceitas cópias) à Secbe, no Tribunal, ou à Sebes/Nubes, na seccional, para autorização prévia do tratamento seriado.

O tratamento seriado em psicologia ou psiquiatria exige o preenchimento obrigatório, pelo psicólogo/psiquiatra, do formulário “Plano de Tratamento”, o qual deverá ser apresentado pelo beneficiário à unidade de assistência à saúde do TRF ou da seccional, para autorização prévia, no formulário “Autorização de Tratamento”.

O tratamento autorizado deverá ser objeto de avaliação a cada período de 6 (seis) meses.

O início do tratamento somente deverá ocorrer após essa autorização.

Observação: As consultas não demandam autorização prévia.

Fisioterapia domiciliar

Cobertura

A fisioterapia domiciliar é a modalidade de tratamento seriado para pacientes sem possibilidade de locomoção.

Não se aplica a pacientes em uso regular de cadeiras de rodas, os quais, apesar das dificuldades que enfrentam, podem ser transportados.

Rotina

O beneficiário deverá submeter o pedido médico original (não serão aceitas cópias) à Diasa, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, para autorização prévia do tratamento.

Será realizada visita do médico auditor ou perito ao beneficiário, previamente à autorização, para avaliar a pertinência do procedimento, a comprovação da imprescindibilidade do tratamento domiciliar, bem como o preenchimento dos critérios para concessão.

Após a autorização, o beneficiário poderá dar início ao tratamento.

Em caso de recurso, ou de pedido de sessões em número superior ao previsto nas regras do Programa, a administração encaminhará para análise da junta médica, que informará o número de sessões necessárias, o tempo previsto para o tratamento e a periodicidade de reavaliações quando for o caso.

A fim de respaldar sua decisão, a junta médica poderá solicitar parecer especializado da unidade de fisioterapia do TRF1.

OPMEs (órteses, próteses, materiais especiais médico-hospitalares)

Legislação

1. Resolução Presi/Secbe 30, de 17/12/2013 – dispõe sobre os procedimentos e critérios para a cobertura de despesas com OPMEs, exclusivamente para procedimentos cirúrgicos.
2. Resolução Presi/Secbe 15, de 16/07/2014 – altera os arts. 8º e 9º da Resolução Presi/Secbe 30, de 17/12/2013.

Definição

OPMEs são os materiais classificados como órteses, próteses e/ou materiais especiais médico-odonto-hospitalares inerentes ao ato cirúrgico:

- órteses: peças ou aparelhos de correção e complementação de membros ou órgãos do corpo, como o marca-passo;
- próteses: peças ou aparelhos de substituição artificial de parte do corpo comprometida por doença ou acidente, como pino metálico, válvula cardíaca ou *stents* coronarianos;
- implementos médico-odonto-hospitalares: recursos internos que complementam e auxiliam no desempenho e na recuperação de funções, como o cateter duplo “J”.

Cobertura

A cobertura de despesas com OPMEs — órteses, próteses e/ou materiais especiais médico-odonto-hospitalares — se dá exclusivamente para procedimentos cirúrgicos.

O Programa não tem previsão de cobertura para palmilhas, goteiras, cadeiras de rodas, cadeiras de banho, andadores, muletas, bengalas, calçados ortopédicos, coletes ortopédicos, talas, tipoias e munhequeiras especiais para imobilização, colar cervical, calcanheira, cintas elásticas, espaldeiras, fundas, faixas elásticas, imobilizadores, óculos, lentes de contato, incluindo lente escleral pintada, lupas para visão subnormal, bolsas de ostomia e outros implementos de suporte assemelhados ou similares.

Condições para cobertura de OPMEs

O deferimento do pedido de cobertura de OPMEs é condicionado, cumulativamente a:

1. indicação do médico-assistente, acompanhada de relatório circunstanciado justificando o material proposto;
2. autorização prévia da auditoria médica do Tribunal ou da seccional para o procedimento cirúrgico proposto;
3. parecer favorável da auditoria médica para o material cirúrgico proposto;

4. decisão do diretor da Secbe, do diretor do Nubes ou do supervisor da Sebes, conforme o caso.

Autorização prévia

A cobertura requer a prévia cotação e autorização pela administração do Programa, tanto na modalidade livre escolha quanto na rede credenciada.

A autorização será feita no pedido médico original, a ser inserido no processo administrativo eletrônico, o qual deverá ser apresentado ao hospital onde será realizada a cirurgia.

A realização da cirurgia sem autorização é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de posterior reembolso.

Em situações de comprovada urgência/emergência, é admitida a utilização de OPMEs, dispensada a cotação prévia, sendo lançado o custeio devido à conta do beneficiário titular.

Rotina

O beneficiário deve apresentar à Divaf/Secbe, no Tribunal, ou às Sebes/Nubes, nas seccionais, para autorização do procedimento cirúrgico e cotação de OPMEs, os seguintes documentos:

- pedido médico;
- laudos de exames complementares;
- relatório médico circunstanciado do médico/dentista assistente, justificando o material proposto.

Quando se tratar de cirurgia odontológica, o beneficiário deve encaminhar a documentação à Seção de Odontologia – Sedon, no Tribunal, ou à respectiva unidade, na seccional, que realizará perícia por profissionais da área odontológica.

A auditoria médica ou a Sedon (no Tribunal), após a autorização do procedimento cirúrgico, encaminhará a documentação para que a Divaf providencie as cotações de preços, pesquisa composta de 3 (três) propostas com produtos de fabricantes diferentes. Quando o paciente for vinculado a seccional, a Sebes realizará as cotações necessárias.

Tanto no Tribunal quanto nas seccionais, a auditoria médica emitirá parecer, no prazo de até 72 horas, autorizando a cotação de menor valor. Na impossibilidade de realizar as três cotações, será facultada a liberação da proposta existente, justificada nos autos.

Após a decisão do diretor da Secbe (Tribunal), do diretor do Núcleo (Nubes) ou supervisor (Sebes), a autorização será encaminhada, via *e-mail*, ao hospital e ao beneficiário titular.

Nos casos de urgência/emergência, o prestador prestará a assistência ao beneficiário e posteriormente à Divaf (Tribunal) ou Sebes (seccional) a documentação referente ao atendimento prestado para a autorização do Programa.

Optando o beneficiário pela utilização da livre escolha, quanto ao profissional e/ou clínica/hospital, e cumprida a tramitação prévia relativa à autorização do procedimento pleiteado, terá direito ao reembolso, posteriormente ao procedimento, limitado ao valor constante das tabelas adotadas pelo Programa.

Remoção em UTI

Legislação

1. Portaria Presi/Secbe 187 de 23 de maio de 2014 – regulamenta a utilização do serviço de assistência de pronto-socorro móvel de emergências e urgências médicas – UTI móvel terrestre e UTI móvel aérea.
2. Resolução Presi 43 de 19/10/2016 – que dispõe sobre o tratamento fora do domicílio – TFD e sobre a utilização de serviços médico-hospitalares com tabelas especiais.

Definição

Compreende a assistência de uma equipe liderada por um médico e pessoal técnico auxiliar, com todos os equipamentos e medicamentos necessários para tratar as emergências e suas possíveis complicações, podendo trasladar o paciente para o centro de terapia hospitalar ou clínico indicado pelo beneficiário ou seu responsável.

UTI móvel terrestre

Os quadros clínicos passíveis de assistência móvel terrestre são:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| I – parada cardiorespiratória; | XII – afogamentos; |
| II – infarto agudo do miocárdio; | XIII – os choques elétricos; |
| III – angina pectoris; | XIV – as intoxicações graves; |
| IV – edema do pulmão; | XV – anafilaxias; |
| V – insuficiência respiratória aguda; | XVI – hemorragias com repercussão hemodinâmica; |
| VI – crise asmática grave; | XVII – emergências obstétricas; |
| VII – síncope; | XVIII – ferimentos profundos e múltiplos; |
| VIII – convulsão; | XIX – crises hipertensivas graves; |
| IX – coma; | XX – quadros de hipotensão arterial; |
| X – acidente vascular encefálico; | XXI – reações alérgicas agudas. |
| XI – politraumatismos; | |

Para remoção do paciente em UTI móvel terrestre, deverão ser observados os seguintes requisitos:

1. requerimento do beneficiário titular ou, na impossibilidade, de seu representante legal;
2. parecer e indicação do médico do atendimento, justificando a necessidade da remoção;
3. existência de recursos financeiros por parte do Programa.

A remoção em UTI móvel terrestre para pacientes em *home care* deverá ser autorizada pelo médico auditor ou perito auditor, tanto do hospital para o domicílio quanto do domicílio para o hospital.

UTI móvel aérea

A remoção de pacientes em UTI aérea configura tratamento fora do domicílio – TFD e estará sujeita às normas previstas no Regulamento-Geral do Pro-Social e norma específica para esse fim.

Para remoção do paciente em UTI móvel aérea, deverão ser observados os seguintes requisitos:

1. requerimento do beneficiário titular ou de seu representante legal;
2. parecer e indicação do médico assistente, acompanhado de exames complementares de diagnóstico que indiquem a gravidade do caso e a urgente remoção do paciente nesse tipo de transporte, discriminando os aparelhos indispensáveis à remoção;
3. parecer do médico auditor/perito local, quando o paciente estiver vinculado às seccionais, informando inclusive a impossibilidade de atendimento na cidade de domicílio, bem como sua urgência/emergência;
4. autorização prévia da junta médica;
5. as cotações da remoção em UTI aérea (no mínimo três) devem ser providenciadas pela Secbe ou pela Sebes à qual estiver vinculado o titular;
6. existência de recursos financeiros por parte do Programa;
7. autorização da administração da Secbe.

Rotina

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional.

A administração atuará o PAe com a documentação apresentada e o encaminhará para análise da junta médica.

A seccional que não possuir junta médica encaminhará o PAe à Secbe pelo SEI, que retornará os autos à Sebes/Nubes com a decisão baseada no parecer da junta médica, para ciência ao beneficiário titular interessado e providências pertinentes na seccional.

O traslado decorrente de atendimento é realizado por decisão exclusiva do médico do atendimento, descartando-se a possibilidade de cobertura quando houver remoção por solicitação do beneficiário ou de seus familiares sem indicação médica.

Estão fora da cobertura os traslados inter-hospitalares e aqueles entre o hospital e a residência do paciente.

Tratamento fora do domicílio – TFD

Legislação

1. Regulamento-Geral do Pro-Social – Resolução Presi/Secbe 9/2014;
2. Resolução Presi 43/2016, que dispõe sobre o tratamento fora do domicílio – TFD e sobre a utilização de serviços médico-hospitalares com tabelas especiais.

Conceito

O Tratamento Fora do Domicílio – TFD é modalidade especial de atendimento médico-hospitalar aos beneficiários em localidade diferente daquela onde tenham domicílio, por meio da rede credenciada do Programa, restrito ao território nacional.

Indicações

O TFD é prestado pela rede credenciada do Programa, nas modalidades I e II:

1. modalidade I – consiste no atendimento médico-hospitalar a ser prestado aos beneficiários, quando não existirem os meios especializados necessários ao tratamento de patologias graves ou não, na localidade de seu domicílio;
2. modalidade II – consiste no atendimento médico-hospitalar a ser prestado aos beneficiários portadores de patologias clínicas, cirúrgicas ou crônicas graves, que, devido a sua natureza, necessitem de avaliação, tratamento ou supervisão por especialistas em centros de referência.

Autorização

A autorização do TFD está condicionada ao preenchimento dos requisitos indicados ao benefício, constantes dos arts. 35 a 43 da Resolução Presi/Secbe 9 de 23/04/2014, sem o qual todas as despesas realizadas ficarão sob a inteira responsabilidade do beneficiário.

Existindo o atendimento necessário no domicílio do paciente, por meio da rede credenciada ou de livre escolha, não será autorizado o TFD.

Para a autorização do tratamento, deverá ser considerado:

- I – se inexistem recursos médicos na localidade de origem ou se estes são insuficientes;
- II – se o tratamento por livre escolha, na cidade de origem, acarretaria custos maiores do que em TFD;
- III – se não há localidade mais próxima ao domicílio do beneficiário que disponha de condições satisfatórias ao atendimento.

Fica vedada a cobertura pelo Programa de despesas de TFD relativas a passagem e hospedagem para atendimentos odontológicos e tratamentos seriados.

Requisitos

Constituem documentos necessários à emissão de parecer pela junta médica do TRF1:

- parecer e indicação do médico assistente, em formulário próprio;
- exames complementares de diagnóstico que indiquem a necessidade da assistência especializada;
- parecer do médico auditor/perito da seccional contendo, obrigatoriamente, as seguintes informações:

1. se inexistem recursos médicos na localidade de origem ou se estes são insuficientes;
2. se o tratamento por livre escolha, na cidade de origem, acarretaria custos maiores do que em TFD;
3. se não há localidade mais próxima ao domicílio do beneficiário que disponha de condições satisfatórias ao atendimento.

A junta médica definirá a necessidade do TFD com base nas informações constantes na documentação apresentada e indicará a especialidade do profissional que deverá prestar o atendimento.

A critério da junta médica, poderão ser solicitados relatórios, exames complementares e informações adicionais.

Deverão constar no laudo da junta médica os códigos de procedimento referentes às tabelas do Pro-Social.

A localidade mais próxima para o tratamento médico solicitado será definida de acordo com informações prestadas pelo médico assistente, pela Sebes/Nubes e pela administração do Programa.

As situações de urgência, bem como o meio de transporte adequado ao deslocamento do paciente (terrestre, aéreo ou UTI) também serão definidos pela junta médica do Tribunal.

Autorização para acompanhante

A junta médica indicará a necessidade de um acompanhante nos casos de:

- o paciente ser menor de 18 anos ou maior de 60 anos;
- o paciente ser portador de doença incapacitante, diagnosticada por junta médica;
- indicação de realização de procedimento em ambiente cirúrgico-hospitalar.

O acompanhante deverá ser parente próximo do paciente ou seu responsável legal e, ainda se encontrar capacitado física e mentalmente para acompanhá-lo.

Acompanhamento e continuidade do TFD

A continuidade do TFD poderá ser autorizada à critério da junta médica do Tribunal, mediante solicitação acompanhada de relatório da equipe médica/do médico assistente justificando a necessidade do tratamento.

A equipe médica poderá definir o prazo de continuidade do TFD por até 1(um).

Observação: O tratamento poderá ser autorizado também para tratamento em hospital público.

Auxílio-medicamento

Legislação

1. Regulamento-Geral do Pro-Social – Resolução Presi/Secbe 9/2014;
2. Portaria Presi/Secbe 181/2013 – dispõe sobre os procedimentos e critérios para a concessão de auxílio-medicamento em regime domiciliar aos beneficiários do Pro-Social.

Cobertura

O auxílio-medicação destina-se à cobertura parcial de despesas com medicamentos de uso contínuo em ambiente domiciliar indispensáveis ao tratamento de neoplasias malignas.

Não haverá cobertura parcial de despesas com medicamentos, quando:

1. importados não nacionalizados, produzidos fora do território nacional e sem registro na Anvisa;
2. fornecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS²;
3. de uso experimental, com eficácia ainda não reconhecida pela comunidade médica, ou que não tenham benefícios devidamente comprovados, de acordo com os princípios da Prática Clínica Baseada em Evidências;
4. fitoterápicos e homeopáticos.

Rotina

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do medicamento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- a) indicação do médico assistente;
- b) relatório circunstanciado que justifique a prescrição do medicamento;
- c) receituário médico emitido há menos de 30 dias, sem rasuras, indicando: nome do paciente; nome comercial e/ou genérico do medicamento; CID (classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde); data de emissão; dosagem; posologia; tempo estimado do tratamento; nome e assinatura do médico assistente e número de inscrição no respectivo CRM.

A administração autuará o PAe com a documentação apresentada e o encaminhará para análise da junta médica ou da auditoria médica.

A seccional que não possuir junta médica e que tenha parecer favorável do médico auditor/perito/auditor encaminhará o PAe à Secbe pelo SEI, que expedirá decisão baseada no parecer da junta médica do Tribunal, para ciência ao beneficiário titular interessado e providências pertinentes na seccional.

Internações hospitalares

Legislação

1. Resolução Presi/Secbe 9/2014 – Regulamento-Geral do Pro-Social;
2. Portaria Presi/Secbe 186/ 2014 – dispõe sobre a assistência domiciliar à saúde – *home care*

Internação eletiva

Definição

² Exceção dada ao item 2 – caso o beneficiário apresente documento emitido pela Secretaria de Saúde ou por órgão de poder equivalente, com data não superior a trinta dias de antecedência à do requerimento do auxílio, atestando que a unidade do SUS da localidade do domicílio do paciente não dispõe do medicamento pretendido, poderá perceber o auxílio-medicação (observados os procedimentos e requisitos previstos na Portaria Presi/Secbe 181, de 30/10/2013).

É aquela que ocorre por indicação médica, para a realização de procedimento cirúrgico ou para tratamento clínico-hospitalar previamente agendado.

Autorização prévia

A internação eletiva requer a autorização prévia da administração do Programa, tanto na modalidade livre escolha quanto na rede credenciada.

A autorização será feita no pedido médico original, o qual deverá ser apresentado pelo beneficiário ao hospital onde será realizado o procedimento/cirurgia.

A internação eletiva sem autorização prévia é de inteira responsabilidade do beneficiário, não sendo passível de reembolso.

Rotina

O beneficiário deverá apresentar a documentação necessária à autorização do procedimento ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes/Nubes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- pedido médico original constando o CID ou o diagnóstico;
- laudos de exames complementares;
- relatório do médico assistente descrevendo a cirurgia proposta e justificando a sua necessidade;
- parecer do cardiologista sobre o risco cirúrgico.

A administração atuará o processo administrativo com a documentação apresentada e o encaminhará para análise da junta médica.

A critério da junta médica, o servidor pode ser convocado para exame pericial.

As cirurgias estéticas e cosméticas não são passíveis de autorização pelo Programa.

A seccional que não possuir junta médica encaminhará o PAe à Secbe, que decidirá com base no parecer da junta médica do Tribunal, para ciência ao interessado (beneficiário titular) e providências pertinentes na seccional.

No Tribunal, o PAe será encaminhado à Divaf-Cotação para pesquisa de preços de OPMEs, composta de 3 (três) propostas de marcas de produtos de fabricantes diferentes. Quando o paciente for vinculado a seccional, a cotação de OPMEs será feita pela Sebes/Nubes.

Tanto no Tribunal quanto nas seccionais, a auditoria médica emitirá parecer, no prazo de até 72 horas, sobre a cotação de menor valor. Esse prazo poderá ser estendido em caso de dificuldade de cotação de preços de materiais ou em razão da complexidade da cirurgia. Na impossibilidade de realizar as três cotações, será facultada a liberação da proposta existente, justificada nos autos.

A decisão de autorização será encaminhada ao beneficiário titular, via *e-mail*, e será encaminhado ofício, também via *e-mail*, ao hospital onde será realizado o procedimento cirúrgico..

A cirurgia deve ser agendada somente após a autorização do Programa, pois poderão ser solicitados outros exames ou relatórios complementares.

A realização da cirurgia sem autorização, se o pedido for indeferido, é de inteira responsabilidade do beneficiário.

O beneficiário pode optar pela realização da cirurgia mediante livre escolha, quanto ao profissional e/ou clínica/hospital, cumprida a tramitação prévia relativa à autorização do procedimento pleiteado, com direito ao reembolso, posteriormente ao procedimento, limitado ao valor das tabelas adotadas pelo Programa.

Internação de emergência

Definição

É aquela que ocorre quando o beneficiário é internado via pronto-socorro do hospital para atendimentos de urgência/emergência. Inclui parto normal ou cirúrgico de emergência.

Rotina

O beneficiário dará entrada no pronto-socorro do hospital, e a Secbe será comunicada pela auditoria médica, somente se o tempo da internação for superior a 72 horas.

Autorização

A internação de emergência não necessita de autorização prévia da Secbe.

A internação superior a 72 horas e a prorrogação da internação inicial acima desse período requerem autorização da Secbe.

A verificação e autorização da prorrogação de internação (emergencial ou eletiva) no Tribunal e nas seccionais é feita pelo médico/enfermeiro auditor externo.

Internação psiquiátrica

A internação para tratamento psiquiátrico está condicionada à comprovação de:

- pedido médico original constando o CID ou o diagnóstico;
- laudos de exames complementares;
- laudo circunstanciado do médico assistente que caracterize a necessidade da internação justificando a necessidade de internação;
- ineficácia dos regimes de tratamento extra-hospitalares;
- consentimento do paciente ou de seu responsável legal ou, ainda, determinação judicial.

A solicitação de internação psiquiátrica será analisada pela junta médica do Tribunal para fins de autorização.

A seccional que não possuir junta médica encaminhará o PAe, via SEI, à Secbe, que decidirá com base no parecer da junta médica do Tribunal, para ciência ao interessado (beneficiário titular) e providências pertinentes na seccional.

A internação por dependência química, inclusive alcoolismo, somente será autorizada quando caracterizada a necessidade de hospitalização por motivo de abstinência ou intoxicação.

Nos casos de emergência psiquiátrica, as formalidades administrativas para autorização da internação devem ser cumpridas em até um dia útil após o atendimento.

Observação: A internação hospitalar inclui, em todos os casos, a alimentação do acompanhante, nos termos das tabelas de taxas e diárias do Programa, independentemente da idade.

Internação domiciliar – *home care*

Legislação

Portaria Presi/Secbe 186, de 23/05/2014: dispõe sobre a assistência domiciliar à saúde – *home care*

Definição

A assistência domiciliar à saúde destina-se ao atendimento dos beneficiários do Pro-Social portadores de enfermidades que demandem, obrigatoriamente, monitoramento realizado por equipe multidisciplinar, com indicação médica e avaliação da auditoria do Pro-Social.

A internação domiciliar é a modalidade de atendimento prestado ao paciente em casa por equipe multidisciplinar definida pelo médico assistente ou pelo médico da própria empresa credenciada.

A equipe multidisciplinar compreende enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros, conforme a necessidade do paciente.

O procedimento requer a autorização prévia da Secbe, no Tribunal, ou Sebes/Nubes, nas seccionais, tanto na modalidade livre escolha quanto na rede credenciada.

É obrigatória a indicação de cuidador treinado pela empresa prestadora do serviço de *home care*, que assumirá integralmente o cuidado com o paciente.

Vedações

A assistência não contempla:

I – massoterapia;

II – alimentos ou suplementos e nutrientes alimentares, inclusive as fórmulas específicas utilizadas na nutrição enteral e/ou parenteral, decorridos os 30 (trinta) primeiros dias;

III – material de higiene, de uso pessoal e cosméticos;

IV – medicamentos de uso oral, nasal, inalatórios, em *spray*, cremes, pomadas, subcutâneos e/ou de uso contínuo.

Rotina

O beneficiário titular ou seu representante legal deverá apresentar a documentação necessária à autorização da assistência ao gabinete da Secbe, se vinculado ao TRF, ou à Sebes, se vinculado a seccional, conforme segue:

- laudos de exames complementares;
- relatório médico mencionando o quadro clínico atual e as necessidades do paciente.

A administração autuará o PAe com a documentação apresentada e o encaminhará para análise da auditoria/do perito médico.

A auditoria médica analisará o relatório emitido pelo médico assistente quanto ao diagnóstico e aos cuidados previstos e realizará visita para avaliação técnica sobre a necessidade de o paciente ser atendido por assistência domiciliar, preenchendo questionário de elegibilidade.

O PAe, se necessário, será encaminhado à junta médica para análise. Nesse caso, a seccional que não possuir junta médica encaminhará o PAe à Secbe pelo SEI, que retornará os autos à Sebes com a decisão da Secbe, baseada no parecer da junta médica, para ciência ao interessado (beneficiário titular) e providências pertinentes na seccional.

A Secbe/Sebes solicitará às empresas credenciadas ou a outras que julgar pertinente a realização de visita ao paciente e ao domicílio em que será realizada a internação, bem como a emissão do plano de assistência e o respectivo orçamento pormenorizado.

A auditoria médica realizará visitas domiciliares ao paciente, sem agendamento, para acompanhamento dos atendimentos prestados.

Optando o beneficiário pela utilização da livre escolha, quanto ao profissional e/ou clínica/hospital, e estando o procedimento previamente autorizado pelo Programa, terá direito ao reembolso, limitado ao menor valor orçado.

Compete à Secbe, no Tribunal, e à Sebes/Nubes, na seccional, decidir sobre a cessação da assistência, quando configurado qualquer um dos itens do art. 10 da citada Portaria Presi/Secbe 186/2014.

Inclusão e permanência de dependente inválido no Pro-Social

Legislação

Regulamento-Geral do Pro-Social, Resolução Presi/Secbe 9, de 23/04/2014, art. 5º.

Conceito

São considerados inválidos os dependentes assim diagnosticados por profissional competente, comprovada a invalidez pela junta médica oficial do TRF1.

A perícia médica tem por objetivo a inclusão do filho(a) e/ou enteado(a) inválido(a), enquanto durar a invalidez, solteiro(a), que comprove dependência econômica do beneficiário titular, cônjuge ou companheiro(a).

Para inscrição de dependentes do servidor, é necessária a apresentação de:

- declaração de imposto de renda do beneficiário titular ou do cônjuge ou companheiro(a) para verificação de dependência;
- comprovante de renda líquida do filho(a) inválido(a)/enteado(a), não superior a dois salários-mínimos, excluída a pensão alimentícia, ou comprovante de benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS ou certidão fornecida pelo INSS, da qual conste sua situação previdenciária;
- no caso de enteado(a), declaração firmada pelo titular de residência sob o mesmo teto e dependência econômica.

A concessão do benefício está vinculada à avaliação da junta médica do Tribunal comprovando a invalidez. O laudo da junta deverá especificar o prazo de reavaliação quando for necessário.

Rotina

O servidor deverá fazer um requerimento à Secbe, no Tribunal, ou à Sebes/Nubes, na seccional, e anexar ao processo toda a documentação necessária, incluindo laudos médicos que comprovem a deficiência do dependente.

As deficiências deverão ser comprovadas por pareceres e exames especializados, indicados pela junta médica oficial, que pode requerer, ainda, exames complementares ou a avaliação do caso por médico especialista.

A junta médica aceitará somente documentos originais, sem rasuras, com carimbo e assinatura do médico. Atestados emitidos por familiares médicos dos servidores não serão aceitos.

O segurado maior inválido será submetido à avaliação médica periódica para atestar a permanência das condições que lhe asseguraram a concessão do referido benefício.

Rotina comum a todos os procedimentos cirúrgicos autorizados pelo Pro-social

A administração autuará o PAe com a documentação apresentada e o encaminhará para análise da junta médica (do Tribunal ou da seccional).

A seccional que não possuir junta médica encaminhará o PAe à Secbe,, que decidirá com base no parecer da junta médica do Tribunal, para ciência ao interessado (beneficiário titular) e providências pertinentes na seccional.

No Tribunal, o PAe será encaminhado à Divaf-Cotação para pesquisa de preços de OPMEs, composta de 3 (três) propostas de marcas de produtos de fabricantes diferentes. Quando o paciente for vinculado a seccional, a cotação de OPMEs será feita pela Sebes/Nubes.

Tanto no Tribunal quanto nas seccionais, a auditoria médica emitirá parecer, no prazo de até 72 horas, sobre a cotação de menor valor. Esse prazo poderá ser estendido em caso de dificuldade de cotação de preços de materiais ou em razão da complexidade da cirurgia. Na impossibilidade de realizar as três cotações, será facultada a liberação da proposta existente, justificada nos autos.

A decisão de autorização será encaminhada ao beneficiário titular, via *e-mail*, e será encaminhado ofício, também via *e-mail*, ao hospital onde será realizado o procedimento cirúrgico.

A cirurgia deve ser agendada somente após a autorização do Programa, pois poderão ser solicitados outros exames ou relatórios complementares.

A realização da cirurgia sem autorização, se o pedido for indeferido, é de inteira responsabilidade do beneficiário.

O beneficiário pode optar pela realização da cirurgia mediante livre escolha, quanto ao profissional e/ou clínica/hospital, cumprida a tramitação prévia relativa à autorização do procedimento pleiteado, com direito ao reembolso, posteriormente ao procedimento, limitado ao valor das tabelas adotadas pelo Programa.