

Metropolitana da Secretaria Municipal de Segurança Urbana, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei;

RESOLVE:

ACOLHER a defesa apresentada pelo profissional da Guarda Civil Metropolitana, Carlos Alberto Rodrigues dos Santos – RF. 653.875.400, Cargo Classe Distinta, lotado na Inspeção Regional Consolação Pacaembu, com base no artigo 92, II, combinado com o artigo 124, III, da Lei 13.530 de 14 de março de 2003.

PORTARIA 105/IR-AP/15 de 04 de dezembro de 2015.

Ref. MD 060/IR-AP/15 – TID nº 14449661.

O Comandante Regional interino Marcus José de Almeida, da Inspeção Regional Avenida Paulista, pertencente a Guarda Civil Metropolitana da Secretaria Municipal de Segurança Urbana, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei;

RESOLVE:

ACOLHER a defesa apresentada pelo profissional da Guarda Civil Metropolitana, Márcio José Oliveira da Silva Reis – RF. 674.559.800, Cargo Classe Especial, lotado na Inspeção Regional Avenida Paulista, com base no artigo 92, II, combinado com o artigo 124, III, da Lei 13.530 de 14 de março de 2003.

PORTARIA 091/IR-AP/15 de 25 de novembro de 2015.

Ref. MD 066/IR-AP/15 – TID nº 14455474.

A Comandante Regional Kátia Cilene Medaglia, da Inspeção Regional Avenida Paulista, pertencente a Guarda Civil Metropolitana da Secretaria Municipal de Segurança Urbana, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei;

RESOLVE:

ACOLHER a defesa apresentada pelo profissional da Guarda Civil Metropolitana, Paulo Américo da Silva – RF. 770.911.100, Cargo 2º Classe, lotado na Inspeção Regional Avenida Paulista, com base no artigo 92, II, combinado com o artigo 124, III, da Lei 13.530 de 14 de março de 2003.

REPRENSÃO**PORTARIA 104/IR-AP/15 de 04 de dezembro de 2015.**

Ref. MD 061/IR-AP/15 – TID nº 14449628.

O Comandante Regional interino Marcus José de Almeida, da Inspeção Regional Avenida Paulista, pertencente a Guarda Civil Metropolitana da Secretaria Municipal de Segurança Urbana, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei;

RESOLVE:

Aplicar ao Profissional da Guarda Civil Metropolitana, Márcio José Oliveira da Silva Reis – R.F. 674.559.800, Cargo Classe Especial, lotado na Inspeção Regional Avenida Paulista, a pena de REPRENSÃO, com base no artigo 100 e seguintes, por ter violado o artigo 7º, incisos I e XI, combinado com o artigo 15, todos da Lei nº 13.530 de 14/03/2003.

PORTARIA 101/IR-AP/15 de 04 de dezembro de 2015.

Ref. MD 079/IR-AP/15 – TID nº 14449606.

O Comandante Regional interino Marcus José de Almeida, da Inspeção Regional Avenida Paulista, pertencente a Guarda Civil Metropolitana da Secretaria Municipal de Segurança Urbana, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei;

RESOLVE:

Aplicar ao Profissional da Guarda Civil Metropolitana, Marcelo Cavalcanti Monteiro – R.F. 771.513.700, Cargo 2º Classe, lotado na Inspeção Regional Avenida Paulista, a pena de REPRENSÃO, com base no artigo 100 e seguintes, por ter violado o artigo 7º, incisos I, II e XI, combinado com o artigo 15, todos da Lei nº 13.530 de 14/03/2003.

PORTARIA 158/IR-CP/15 de 05 de novembro de 2015.

Ref. MD 152/IR-CP/15 – TID nº 14174534.

O Comandante Regional Rubens Aparecido da Silva, da Inspeção Regional Consolação Pacaembu, pertencente a Guarda Civil Metropolitana da Secretaria Municipal de Segurança Urbana, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei;

RESOLVE:

Aplicar ao Profissional da Guarda Civil Metropolitana, Flávio da Silva Lima – R.F. 771.029.100, Cargo 2º Classe, lotado na Inspeção Regional Consolação Pacaembu, a pena de REPRENSÃO, com base no artigo 100 e seguintes, por ter violado o artigo 7º, incisos I e XI, combinado com os artigos 15 e 18, VIII, todos da Lei nº 13.530 de 14/03/2003.

SUSPENSÃO**PORTARIA 095/IR-AP/15 de 26 de novembro de 2015.**

Ref. MD 048/IR-AP/15 – TID nº 14455492.

A Comandante Regional Kátia Cilene Medaglia, da Inspeção Regional Avenida Paulista, pertencente a Guarda Civil Metropolitana da Secretaria Municipal de Segurança Urbana, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei;

RESOLVE:

Aplicar ao Profissional da Guarda Civil Metropolitana, Paulo Américo da Silva – R.F. 770.911.100, Cargo 2º Classe, lotado na Inspeção Regional Avenida Paulista, a pena de 01 (um) dia de Suspensão, com base no artigo 100 e seguintes, por ter violado o artigo 7º, incisos II e XI, combinado com o artigo 15, todos da Lei nº 13.530 de 14/03/2003.

RECONSIDERAÇÃO DE ATO

TID 14048563 – Michelle Lopes – R.F. 734.122.900 – Reconsideração de ato

O Comandante Regional Jair Jorge Melanda Júnior, da Inspeção Regional S6, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, resolve:

À vista dos elementos constantes às fls. 19, conheço da reconsideração de ato interposta pela GCMF Michelle Lopes – R.F. 734.122.900, por ser tempestivo e no mérito **DOU PROVIMENTO**, ante a existência de argumentos, fatos ou elementos capazes de modificar a decisão proferida no MD nº 047/IR-SE/15 – Portaria nº 087/IR-SE/15, publicada em D.O.C de 18/09/2015.

TID 14286496 – Marcos dos Santos Queiroz – R.F. 733.487.700 – Reconsideração de ato

O Comandante Operacional Wilson Aparecido Prattes, do Comando Operacional Centro, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, resolve:

À vista dos elementos constantes às fls. 13/21, conheço da reconsideração de ato interposta pelo Inspetor de Divisão Marcos dos Santos Queiroz – R.F. 733.487.700, por ser tempestivo e no mérito **NEGO PROVIMENTO**, ante a inexistência de argumentos, fatos ou elementos capazes de modificar a decisão proferida no MD nº 018/COC/15 – Portaria nº 039/COC/15, publicada em D.O.C de 29/10/2015.

DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS**REMANEJAMENTOS**

DE ACORDO COM DELIBERAÇÃO DO SENHOR SECRETÁRIO DE SMSU, FICAM OS SERVIDORES ABAIXO RELACIONADOS, REMANEJADOS CONFORME SEGUE:

DE: 38000101000000	DIVISÃO TEC.RECURSOS HUMANOS
PARA: 38000400000000	CORREGEDORIA GERAL DA GCM
680.572.8	CLAUDIA REGINA GONCALVES MARTINS
DE: 38000700000000	NUCLEO TEC.ANALISE E PLANEJAMENTO
PARA: 3800110030030000	INSP.REG. DA Y.MARIA/GUILHERME/CANIL
737.911.1	JOSEFA SOARES DA SILVA
DE: 3800100501100000	INSP.REG. DE SAPOEMBIA
PARA: 38000700000000	NUCLEO TEC.ANALISE E PLANEJAMENTO
709.114.1	FABIANO RIBEIRO ANDRADE

COMUNICADO DE FALECIMENTO

RF.: 586.443.7 NELSON LUIZ PEIXOTO

CARGO: CLASSE DISTINTA PADRÃO QTG 05 - E
DA: INSPETORIA REGIONAL DE VL MARIA/VL GUILHERME/CANIL
ENQUADRAMENTO: 750009 EH: 380010030030000
FALECEU EM: 04/12/2015
EXPIEDIENTE: 086/SMSU/CAF/DTRH/2015.

COMUNICAÇÃO**GABINETE DO SECRETÁRIO****INDEFERIMENTO DE FÉRIAS POR NECESSIDADE DE SERVIÇO – EXERCÍCIO 2015**

RF.	NOME	DIAS
311.682.4	ADILSON TRAJAI	30
316.415.2	ANA MARIA DE CILLO MARTINEZ	30
570.584.3	ARMANDO FORTI	30
587.530.7	IVANA FRANCISCO DE SANT'ANNA	30
791.603.5	LILIAN JUZUMAS DE LIMA	10
540.845.8	LUIZ FRANCISCO G. MARIANO DO REGO	30
136.009.4	MARIA APARECIDA PIETRAGALLA	15
810.268.6	MARIA ELVIRA STEFANELLI	30
651.405.8	NADIR MARIA DE OLIVEIRA	30
736.736.8	ROSELI SARZANA	20
596.981.6	SONIA REGINA DE AZEVEDO	20
587.589.7	VERA LUCIA DA SILVA	15

DEFERIMENTO DE FÉRIAS

RF.	NOME	CARGO	DIAS	A PARTIR DE	EXERCÍCIO
812.213.0	ADRIANA APARECIDA CURY	ASSESSOR ESPECIAL	10	06/01/2016	2015
818.824.6	CAMILA SOUSA DE JESUS	ASSISTENTE TÉCNICO I	15	04/01/2016	2015
811.672.5	DEBORA CRISTINA RODRIGUES DE MOURA	COORDENADOR II	20	04/01/2016	2015
819.152.2	LAURA LEAL COSTA	OFICIAL DE GABINETE	20	04/01/2016	2015
791.603.5	LILIAN JUZUMAS DE LIMA	ASSISTENTE TÉCNICO II	10	04/01/2016	2015
809.860.3	LUCAS MENDES PIMENTA	ASSESSOR TECNICO	10	13/01/2016	2015
540.845.8	LUIZ FRANCISCO G. MARIANO DO REGO	ASSISTENTE TÉCNICO I	30	04/01/2016	2016
733.101.1	NELSON RICARDO M. GUILHAMATI	COORDENADOR GERAL	20	04/01/2016	2016
135.467.1	ORLANDO DE ALMEIDA	COORDENADOR II	15	04/01/2016	2016
815.993.9	PATRICIA COPPETE TOMASCO LEBRÃO	ASSISTENTE TÉCNICO II	15	06/01/2016	2015
815.993.9	PATRICIA COPPETE TOMASCO LEBRÃO	ASSISTENTE TÉCNICO II	15	21/01/2016	2016
786.758.1	SIMONE MOURÃO LEMOS	ASSESSOR TECNICO	10	04/01/2016	2016

DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA**GABINETE DO SECRETÁRIO****PROCESSO Nº. 2015-0.275.000-3**

Afastamento por participação no “36º Congresso de Técnicos Contabilistas e Orçamentistas Públicos”, em Lindóia – SP, realizado no período de 09 a 13 de novembro de 2015.

Em face dos elementos de convocação constantes do presente processo, considerando ainda a apresentação dos documentos de fls. 17 a 37 e autorização de fls. 13, no uso da competência que me foi delegada pelo art. 4º, inciso II do Decreto Municipal nº 48.743/07, **DOU POR JUSTIFICADO** o afastamento da servidora **DÉBORA EDUARDA REZENDE SINDONA**, RF. 579.973.2, Supervisor Técnico II, Ref. DAS 12, lotada na Supervisão de Execução Orçamentária e Financeira, sem prejuízo de vencimentos, direitos e demais vantagens do cargo que titulariza, por participação no “36º Congresso de Técnicos Contabilistas e Orçamentistas Públicos”, em Lindóia – SP, realizado no período de 09 a 13 de novembro de 2015.

PROCESSO Nº. 2015-0.284.735-0

Afastamento por participação no Seminário “Novos fluxos de trabalhadores migrantes para o Brasil – Desafios para Políticas”, realizado no período de 22 de outubro de 2015, em Brasília – DF.

Em face dos elementos de convocação constantes do presente processo, considerando ainda a apresentação dos documentos de fls. 16 e 17 e a autorização de fl. 02, no uso da competência que me foi delegada pelo art. 4º, inciso II do Decreto Municipal nº 48.743/07, **AUTORIZO E DOU POR JUSTIFICADO** o afastamento do servidor **PAULO ILLES**, RF. 810.702.5, Coordenador Geral, Ref. DAS 14, lotado na Coordenação de Políticas para Migrantes, sem prejuízo de vencimentos, direitos e demais vantagens do cargo que titulariza, por participação no Seminário “Novos fluxos de trabalhadores migrantes para o Brasil – Desafios para Políticas”, realizado no período de 22 de outubro de 2015, em Brasília – DF.

PROCESSO Nº. 2015-0.289.273-8

Afastamento por participação em Reunião com representantes do Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho e Previdência Social, no período de 28 de outubro de 2015, em Brasília – DF.

Em face dos elementos de convocação constantes do presente processo, considerando ainda a apresentação dos documentos de fls. 12 a 14 e a autorização de fl. 04, no uso da competência que me foi delegada pelo art. 4º, inciso II do Decreto Municipal nº 48.743/07, **AUTORIZO E DOU POR JUSTIFICADO** o afastamento do servidor **PAULO ILLES**, RF. 810.702.5, Coordenador Geral, Ref. DAS 14, lotado na Coordenação de Políticas para Migrantes, sem prejuízo de vencimentos, direitos e demais vantagens do cargo que titulariza, por participação em Reunião com representantes do Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho e Previdência Social, no período de 28 de outubro de 2015, em Brasília – DF.

CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO**GABINETE DO SECRETÁRIO****SUPERVISÃO GERAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS - SGAF****SUPERVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS FÉRIAS INDEFERIDAS DO EXERCÍCIO DE 2015 POR NECESSIDADE DE SERVIÇO**

R e g. F u n - N o m e c i o n a l	Carg	Ref.	Quant.
612.720.7/1	Maria Lucia Palma Latorre	Coordenador	DAS10
660.980.5/2	Sonia Maria de Mello	Supervisor Técnico II	DAS12
753.840.5/1	Daniel Gaspar de Carvalho	Assessor Especial	DAS14
755.433.8/4	Carlos Roberto Barretto	Controlador Adjunto	CAD
787.264.0/2	Maria Elise Sacomano dos Santos	Assessor Técnico II	DAS12
789.026.5/1	Marcello Gadotti Neto	Encarregado de Equipe	DAI07
817.881.1/3	Daniel de Paula Lamounier	Chefe de Gabinete	CHG
818.175.6/2	Mário Jorge D'Almeida Muralha	Assessor Técnico II	DAS12
818.486.1/1	Diogo de Carvalho Vello	Coordenador	DAS10

GESTÃO**GABINETE DO SECRETÁRIO****PORTARIA DE SUBSTITUIÇÃO**

Portaria 68/SMG-G/2015, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2015

VERA LUCIA SANTORO BEZERRA, R.F. 633.008.8, ANA-LISTA DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL - CONTADOR, EFETIVO, para exercer o cargo de Assessor Técnico II, Padrão/Ref. DAS-12, do Gabinete do Coordenador, da Coordenadoria de Administração e Finanças, da Secretaria Municipal de Gestão, em substituição a ZELIA SETTI THADEU LEMOS SOARES R.F. 500.837.9, ASSESSOR TÉCNICO II, Padrão/Ref. DAS-12, COMISSIONADA, durante o impedimento legal por férias, no período de 13/10/2015 a 01/11/2015.

Portaria 67/SMG-G/2015, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2015

LIGIA DANTAS SEGALLA, R.F. 604.109.4, ASST GEST P PUBLICAS, Padrão/Ref. M11, EFETIVO, para exercer o cargo de Diretor de Divisão Técnica, Ref. DAS-12, da Divisão Técnica do Almoxarifado Central e Depósito de Bens Inservíveis, do Departamento de Gestão de Suprimentos e Serviços, da Coordenadoria de Gestão de Bens e Serviços, da Secretaria Municipal de Gestão, em substituição a ROBERTO EXPEDITO CANDIDO, R.F. 600.920.4, ASST GEST P PUBLICAS, Padrão/Ref. M10, EFETIVO, durante o impedimento legal por férias, no período de 07/12/2015 a 21/12/2015.

PERMANÊNCIA DE GRATIFICAÇÃO DE GABINETE

577.638.4/2 - VERA LUCIA FREITAS GONÇALVES 50/GG/2015

30% DA-11 a partir de 28/10/2015
Defiro a permanência de Gratificação de Gabinete a servidora acima relacionada e com bases indicadas, com cadastro providenciado para o mês de dezembro/2015.

PERMANÊNCIA DE GRATIFICAÇÃO DE GABINETE

631.343.4 - MARIA ISMÊNIA DE ALMEIDA SOCHETTI 51/GF/2015

160% QPA01A a partir de 10/09/2015
Defiro a permanência de Gratificação de Função a servidora acima relacionada e com bases indicadas, com cadastro providenciado para o mês de dezembro/2015.

COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS**DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS****COORDENADORIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS – COAFI****DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS - COAFI-4 CONVOCAÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE HORAS SUPLEMENTARES**

RF	NOME	PERÍODO	QTE DE HORAS
625.536.1	JOSE FERREIRA DE LUCENA	18	01/12/2015 A 31/12/2015
804.250.1	LUIS CARLOS PEREIRA	34	01/12/2015 A 31/12/2015
613.605.2	EVANILDO MAXIMIANO	30	01/12/2015 A 31/12/2015
811.321.1	ELIANE BISPO DO NASCIMENTO	16	01/12/2015 A 31/12/2015
645.824.6	ALEX MOREIRA DA SILVA	34	01/12/2015 A 31/12/2015
552.392.3	CARLOS ANTONIO AUGUSTO	40	01/12/2015 A 31/12/2015
621.318.9	RICARDO CAMARGO SANTOS	40	01/12/2015 A 31/12/2015

ACÚMULO DE CARGO

RF: 716.275.8 MARGARIDA MARIA RODRIGUES CASTELAR DE ALMEIDA
Expediente 14/2015 - COAFI-4
Considero o acúmulo lícito, de acordo com a legislação em vigor.

RETIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO DO DIA 10/12/15
pág.35, IEIA-SE como consta e não como constou
LICENÇA MÉDICA DO SERVIDOR – RECOMENDAÇÃO DO HSPM

Concedido(s) 03dias, nos termos do artigo 143, da Lei nº 8.989, de 1979, na forma prevista no artigo 31, do Decreto 55.290, de 2014.

NOME	RF	A PARTIR DE
MARINETE MARIA TRAVENZOLI	604.034.9	09/12/2015

LICENÇA NOJO
RF562.539.4, RICARDO TADEU PALTRINIERI MIRANDA, 08 dias de licença nojo em virtude do falecimento de sua Mãe no período de 29/11/2015 a 06/12/2015.

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**COMUNICADO COGEP-GAB Nº 021/2015**

DIRIGIDO: A TODOS OS SERVIDORES DA PMS
ASSUNTO: PROTOCOLOS TÉCNICOS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO SERVIDOR – DESS - REVISÃO DE 2015

Em atenção ao princípio da transparência, o Departamento de Saúde do Servidor (DESS) e a Coordenadoria de Gestão de Pessoas (COGEP) da Secretaria Municipal de Gestão (SMG) tornam público à atualização dos Protocolos Técnicos utilizados pelo Departamento de Saúde do Servidor (DESS) para: exames médicos periciais de Ingresso, concessão de Licenças Médicas, caracterização de Acidente e Doença do Trabalho, avaliação de Readaptação Funcional, avaliação para Aposentadoria por Inabilidade, concessão de Isenção de Imposto de Renda, Pensão Mensal e Salário Família.

CONSIDERANDO QUE

- o objetivo do exame médico-pericial de Ingresso é avaliar a capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades para as quais está se propondo, tendo em conta os riscos inerentes a cada cargo e o prognóstico de algumas patologias estabelecendo critérios únicos para todos os candidatos;

- o objetivo das perícias médicas para Licença Comum e por Acidente de Trabalho é avaliar o servidor e conceder o afastamento das suas funções pelo tempo necessário para que recupere sua capacidade laboral, independente do período de tratamento e/ou cura da patologia em questão;

- o objetivo das avaliações de Readaptação Funcional é restrição do rol de atividades inerentes ao cargo/função do servidor;

- o objetivo das avaliações de Aposentadoria é a verificação da incapacidade laborativa para o serviço público;

- o objetivo das avaliações para Pensão Mensal e Salário Família é a verificação da incapacidade para o trabalho antes do óbito do servidor e antes da maioridade respectivamente;

- o objetivo das avaliações para Isenção de Imposto de Renda é o enquadramento da patologia apresentada nas leis federais que regularizam o assunto;

Foram elaborados estes Protocolos Técnicos pelos médicos do trabalho e especialistas nas diversas áreas do Departamento de Saúde do servidor, com base em documentos e publicações técnico-científicas atuais, bem como em dados epidemiológicos do Departamento.

Os parâmetros estabelecidos neste protocolo subsidiam o perito na produção do respectivo laudo pela análise específica de cada caso.

I - PROTOCOLOS PARA EXAMES MÉDICO-PERICIAIS PARA INGRESSO

Os protocolos técnicos a seguir referem-se às principais patologias geradoras de inaptidão nos exames médicos de ingresso.

Considera-se que o objetivo do exame médico admissional de ingresso é avaliar a capacidade física e mental do candidato para exercer as atividades para as quais está se propondo, tendo em conta os riscos inerentes a cada cargo e o prognóstico de algumas patologias apresentadas pelos candidatos.

Os critérios foram estabelecidos também, levando-se em consideração a função que o candidato irá exercer e os dados epidemiológicos que apontaram patologias responsáveis por licenças prolongadas, readaptações funcionais e aposentadoria precoce por invalidez.

Importante salientar que o “Protocolo do Ingresso” poderá ser complementado por diretrizes específicas e soberanas, que constem em editais de concurso para ingresso nos quadros funcionais em seus diversos cargos dentro da Municipalidade de São Paulo.

OBSERVAÇÃO

-Os candidatos portadores de necessidades especiais e que tenham se inscrito dentro da cota de deficientes, terão suas deficiências caracterizadas através de exame médico pericial especializado do DESS, conforme Lei do Deficiente 13.398/2002 (que dispõe sobre o acesso de pessoas portadoras de deficiência a cargos e empregos públicos da Prefeitura do Município de São Paulo);

-A compatibilidade da Deficiência Física (caracterizada conforme os critérios descritos acima) com a função / cargo pleiteado, será avaliada por uma “Com

O perito poderá solicitar mais exames que subsidiem sua conclusão (Rx tórax, provas de função pulmonar, saturação de O2).

Nos casos duvidosos o candidato poderá ser encaminhado para parecer de especialista.

E - EXAME CARDIOVASCULAR

O candidato será considerado INAPTO, nos casos em que apresentar:

a) Insuficiência cardíaca congestiva em Classe Funcional III ou IV da NYHA; e em classe funcional I e II para funções que exijam esforço físico. Todos os candidatos com estes diagnósticos deverão ser avaliados por especialista em cardiologia do DESS

b) doença coronariana não compatível com funções que exijam esforço físico, miocardiopatis, hipertensão arterial sistêmica (parâmetros abaixo), hipertensão pulmonar; pericardite;

c) cardiopatia congênita, (ressalvada a CIA, a CIV e a PCA corrigidos cirurgicamente, e alterações da válvula aórtica bicúspide, que não promovam repercussão hemodinâmica); valvulopatia adquirida, (ressalvado o prolapso de válvula mitral com ausência de repercussão funcional);

d) arritmia cardíaca: ressalvados os candidatos considerados aptos pelo especialista do DESS;

e) Insuficiência venosa periférica – varizes (parâmetros abaixo); linfedema; fístula artério-venosa; angiodisplasia; arteriopatia oclusiva crônica;

f) arteriosclerose obliterante, tromboangite obliterante, arterites; arteriopatia não oclusiva - aneurismas, mesmo após correção cirúrgica; arteriopatia funcional - doença de Reynaud,acrociânose, distrofia simpático-reflexa; síndrome do desfalecimento torácico.

Casos não previstos acima terão a conclusão a critério médico pericial.

Hipertensão arterial sistêmica

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

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

Função de risco e sem patologia associada – solicitar exames:

Exames normais - APTO.

Exames alterados - Encaminhar para cardiologista, que avaliará o tipo de alteração, podendo considerar APTO ou INAPTO.

Função de risco e com patologia associada - INAPTO

Outras funções e sem patologia associada – APTO.

Outras funções e com patologia associada – SOLICITAR EXAMES

Exames normais - APTO

Exames alterados - Encaminhar para cardiologista, que avaliará o tipo de alteração, podendo considerar APTO ou INAPTO.

1- O candidato que apresentar PA de 170 x 110 mmHg ou acima desta

medida, será classificado em uma das seguintes situações:

Função de risco, com ou sem patologia associada, será considerado INAPTO.

Outras funções, patologia associada - INAPTO.

Outras funções, sem patologia associada – Solicitar exames.

Exames normais - APTO

Exames alterados - Encaminhar para cardiologista, que avaliará o tipo de alteração, podendo considerar APTO ou INAPTO.

OBSERVAÇÕES: São consideradas funções de risco relacionadas com alterações da pressão arterial: Guarda Civil Metropolitana, Agente de Apoio (Motorista, Eletricista, Operador de Máquina de Grande Porte) e qualquer atividade que possam colocar em risco a saúde em geral e a integridade física do candidato.

São consideradas patologias associadas à Hipertensão Arterial: Diabete Mellitus, Arritmias e Obesidade.

Os exames solicitados são: Glicemia, RX de Tórax, ECG, Exame de Fundo de Olho (FO), Urina I, Dosagem de Creatinina, Uréia, Colesterol e Triglicérides.

Os exames poderão ser realizados pela Prefeitura ou pelo convênio que o candidato possuir ou particulares, com prévia comunicação e consequente concordância do Departamento.

Todos os candidatos hipertensos serão orientados para realizarem o devido tratamento.

Varizes de membros inferiores

O candidato que apresentar varizes primárias de Grau I ou II (veias com calibre até 0,5 mm), sem quadro agudo e sem sinais de insuficiência venosa crônica, será considerado = APTO, independente da função que venha exercer.

O candidato que apresentar varizes primárias de Grau III e Grau IV (veias de calibre superiores a 0,5 mm), sem quadro agudo e sem sinais de insuficiência venosa:

Função de risco - INAPTO

Outras funções - APTO

Nos demais casos de varizes encaminhar para especialista, que avaliará dentro dos seguintes critérios:

O candidato que apresentar varizes primárias Graus I, II e III, com sinais de IVC, porém sem quadro agudo:

Função de risco - INAPTO

Outras funções - APTO

O candidato que apresentar veias de grosso calibre GRAU IV (acima de 0,7 mm), sem quadro agudo, porém com sinais de Insuficiência Venosa Crônica, será considerado - INAPTO, Independente da função.

O candidato que apresentar varizes primárias com quadro agudo de insuficiência venosa será considerado INAPTO independente da função.

OBSERVAÇÕES:(

São consideradas funções de risco relacionadas com varizes: Professor, Guarda Civil Metropolitana, Professor de Desenvolvimento Infantil, Vigia, Médico-Cirurgião, Sepultadores, Agente Escolar, Agente de Apoio (Motorista, Auxiliares de Serviços Gerais) e outras que possam colocar em risco a saúde em geral e/ou a integridade física do candidato.

São consideradas patologias associadas que dificultam o tratamento:

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

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

F – OTALMOLOGIA

TODOS OS Candidatos a funções de risco ou com 50 anos ou mais, serão submetidos diretamente a exame oftalmológico.

Demais funções e com idade inferior a 50 anos, serão submetidos a exame de Acuidade visual, através de exame Snellen por profissional treinado e qualificado em DESS.

Funções de risco: são consideradas funções de risco relacionadas com alterações oftalmológicas: Guarda Civil Me-

tropolitano, Agente de Apoio (Motorista, Eletricista, Operador de Máquina de Grande Porte) e qualquer atividade que exija perfeita acuidade visual especialmente aquelas que possam colocar em risco o candidato.

OBS: Os deficientes físicos visuais serão classificados de acordo com a Portaria 053/SMA-G/2000. Agente de Apoio (Motoristas e Operadores de Máquinas de Grande Porte). Utilizam-se os critérios para motorista do DETRAN (CNH Profissional, categorias C e D).

Para ser considerado - APTO o candidato terá que apresentar acuidade visual igual ou acima de 0,8 em cada olho em separado, com ou sem correção.

O candidato que apresentar acuidade visual menor que 0,8 em cada olho em separado, com ou sem correção, será considerado - INAPTO.

Agente de Apoio (Eletricista):

Para ser considerado - APTO o candidato terá que apresentar acuidade visual igual ou acima de 0,6 em cada olho em separado, com ou sem correção.

O candidato que apresentar acuidade visual menor que 0,6 em cada olho em separado, com ou sem correção, será considerado - INAPTO.

Guarda Civil Metropolitana: para ser considerado - APTO o candidato terá que apresentar acuidade visual igual ou acima de 0,8 em cada olho em separado, com ou sem correção.

O candidato que apresentar acuidade visual menor que 0,8 em cada olho em separado, com ou sem correção, será considerado - INAPTO.

Outras funções:

O candidato que apresentar acuidade visual igual ou acima de 0,6 no melhor olho, com ou sem correção, ao exame de Snellen, será considerado APTO.

O candidato que apresentar acuidade visual igual ou menor que 0,6 no melhor olho, com ou sem correção, será encaminhado para exame oftalmológico.

O candidato que tiver visão 0,3 e 0,6, e não apresentar: suspeita de catarata, glaucoma, ceratocone, retinopatia proliferativa diabética ou não ou outras patologias evolutivas, será considerado - APTO ou INAPTO pelo oftalmologista perito do DESS

O candidato que tiver visão menor ou igual a 0,3, no melhor olho, com correção, será considerado portador de deficiência física visual, dependendo do caráter evolutivo da patologia e da função a ser exercida.

O candidato à função de risco na PMSP portador ou referindo história de estrabismo corrigido cirurgicamente deverá apresentar: agudeza visual em ambos os olhos, com ou sem correção, compatível com a função. Teste óptico comprovando a existência de visão binocular e fusão.

G - EXAMES LABORATORIAIS.

Os exames COMPLEMENTARES visam comprovar o estado de saúde do candidato, subsidiar as hipóteses diagnósticas e a elaboração do laudo médico pericial:

a) o médico perito do Departamento de Saúde do Servidor, durante a avaliação pré-admissional, poderá solicitar exames complementares de apoio diagnóstico, nos casos em que considerar necessário;

b) os exames solicitados deverão ser providenciados por conta do candidato, podendo ser realizados na saúde pública ou privada, e apresentados no prazo máximo de 15 dias da data da avaliação inicial e terão validade máxima de 30 (trinta) dias corridos e deverão ser homologados pelo Departamento de Saúde do Servidor;

c) A conclusão médico pericial de APTO OU INAPTO para o cargo será definida pelo médico perito do DESS/SEMPLA com base nos itens acima, Protocolos da Divisão de Perícias Médicas e do Núcleo do Ingresso do DESS e outras evidências periciais pertinentes à conclusão final.

H - PORTADORES DE NEOPLASIAS

1- CONCEITUAÇÃO: É um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo. São consideradas Neoplasias Malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

2- AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E ESTADIAMENTO: o diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

a) biópsia da lesão com estudo histopatológico;

b) exames citológicos;

c) exames ultrassonográficos;

d) exames endoscópicos;

e) exames de tomografia computadorizada;

f) exames de ressonância nuclear magnética;

g) exames cintilográficos;

h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;

i) exames radiológicos.

3 – PROGNÓSTICO – é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

a) grau de proliferação celular;

b) grau de diferenciação celular;

c) grau de invasão vascular e linfática;

d) estadiamento clínico e/ou cirúrgico;

e) resposta à terapêutica específica;

f) estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

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

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

A aptidão do candidato portador de neoplasia maligna será avaliada caso a caso, a critério médico pericial, levando em consideração o prognóstico e critérios de cura.

I - PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

O candidato que no momento do exame admissional apresentar sinais e/ou sintomas de transtornos mentais e/ou comportamentais, história clínica progressiva de internação ou tratamento psiquiátrico, uso de medicação controlada e/ou antecedentes de licenças médicas psiquiátricas será encaminhado para especialista. A aptidão ficará a critério do especialista que se baseará nas seguintes situações:

1 – Nos casos de presença de quadro psiquiátrico atual: Quadro Atual Função de Risco Outras Funções

Psicopatologia grave/moderada Inapto para qualquer função

-Psicopatologia leve sem tratamento adequado:- Funções de risco- Inapto

- Outras funções A critério do especialista, com base em relatórios do médico

assistente, evolução, grau de incapacidade, prognóstico da patologia, etc.

Psicopatologia leve com tratamento adequado:- Função de risco- Inapto

- Outras funções A critério do especialista, com base em relatórios do médico

assistente, evolução, grau de incapacidade, prognóstico da patologia, etc.

2 – Nos casos de história psiquiátrica progressiva:

Antecedentes psiquiátricos Função de Risco Outras Funções

Antecedentes de quadro psiquiátrico leve:- Função de risco - a critério do especialista, com base em relatórios do médico

assistente, evolução, grau de incapacidade, número de recaídas / recidivas, prognóstico da patologia, etc.

-Outras funções - Apto

Antecedentes de quadro psiquiátrico grave / moderado: Função de risco - Inapto

-Outras funções - a critério do especialista, com base em relatórios do médico assistente, evolução, grau de incapacidade, número de recaídas / recidivas, prognóstico da patologia, etc.

3 - Pelos Critérios Epidemiológicos e Profissiográficos são considerados grupos ou funções de riscos relacionados com distúrbios mentais e comportamentais: Guarda Civil Metropolitana, Agente de Apoio (Motorista, Operador de Máquina Pesada, Vigia), além de toda e qualquer função que exija, para o bom desempenho, plena saúde mental. O candidato será orientado, em todos os casos, sobre a

necessidade do tratamento.

J - PORTADORES DE DIABETE MELLITUS

Todo candidato será submetido a exame de glicemia.

Será considerado normal o candidato que apresentar Glicemia em jejum entre 70 a 99 mg/dl.

Nos casos em que o candidato não estiver em jejum e o resultado for superior a 99 mg/dl, será repetido a critério médico, novo

exame em jejum.

Os candidatos serão classificados em uma das seguintes situações:

- valores de glicemia entre 70 a 126 mg/dl: APTO para qualquer função

- valores de glicemia entre 126 a 200 mg/dl: pedir exames para avaliar a função renal – Hemoglobina Glicada, Uréia, Creatinina,

Urina I e outros, a critério médico; poderá ser solicitada avaliação especializada.

Exames normais - APTO.

Exames alterados - Encaminhar para endocrinologista.

- Glicemia acima de 200 mg/dl = Encaminhar para endocrinologista

Será considerado APTO ou INAPTO, a depender do tipo e nível de alteração e da presença de fatores de risco associados, devendo

ser analisados os níveis de proteinúria, albuminúria e o clearance de creatinina. O candidato que for insulino dependente, para

função de risco será considerado - INAPTO

OBS.: A critério do especialista será solicitado exame de fundo de olho, ECG e pesquisa neurológica. Ao exame de fundo de olho

será considerado:

Retinopatia não proliferativa:

- leve e moderada - APTO para qualquer função

- avançada - funções de risco - INAPTO

- outras funções, sem fator de risco associado - APTO

Retinopatia proliferativa:

- Função de risco - INAPTO

- outras funções, sem fator de risco associado - APTO

- outras funções com fatores de risco associados - INAPTO

Maculopatia diabética - INAPTO independente da função

Ao exame neurológico, o candidato portador de Diabete Mellitus será

classificado em uma das seguintes situações:

- Neuropatia sensitivo-motora e autonômica em grau moderado e grave = INAPTO, independente da função.

- Neuropatia sensitivo-motora e autonômica em grau leve = INAPTO para função de risco.

OBSERVAÇÕES: Alterações cardiológicas poderão ter parecer de exame pericial com especialista.

São considerados fatores de risco associados à Diabete Mellitus: Obesidade, Hipertensão Arterial, Idade acima de 50 anos e

dislipidemias.

São consideradas funções de risco relacionadas à Diabete Mellitus:Guarda Civil Metropolitana, Sepultador, Agente Escolar, Agente

de Apoio (Motorista, Auxiliar de Serviços Gerais e Operadores de Máquinas Pesadas) e qualquer atividade que possam colocar em

risco a saúde em geral e a integridade física do candidato. Todos os exames serão realizados pela Prefeitura e todos os candidatos diabéticos serão orientados para realizarem o devido

tratamento.

Complementação dos protocolos técnicos dos exames admissionais publicados como Comunicado 006/SGP-G/2002 de 02/05/2002

no DOM de 03/05/2002, pág. 239.

L - PORTADORES DE DISTÚRBIOS DA VOZ

O candidato é inicialmente avaliado por médico perito, que ao detectar qualquer alteração na qualidade vocal solicitará avaliação (triagem) fonodiológica.

Confirmado o distúrbio da voz o candidato será encaminhado para avaliação Otorrinolaringológica e fonodiológica completa. O candidato será reavaliado num aspecto amplo visando a qualificação e a quantificação das alterações encontradas em sua qualidade vocal. Em caso de necessidade será solicitado exame complementar.

A aptidão ficará a critério da decisão conjunta do médico otorrinolaringologista e fonodiológico, após discussão da função pretendida e alteração encontrada. Todos os candidatos com distúrbios na voz serão orientados para tratamento.

OBSERVAÇÕES

São consideradas funções de risco aquelas em que há uso constante da voz: Professor, Coordenador Pedagógico e Agente de Apoio

(Telefonista). São exames complementares: Nasofibroscopia, audiometria e avaliação acústica de voz.

K - PORTADORES DE ALTERAÇÕES AUDITIVAS

O candidato é inicialmente avaliado por médico perito. São considerados, em Otorrinolaringologia, os critérios abaixo para avaliar candidatos a funções que exigem boa acuidade auditiva e que estejam expostos ao fator de risco-ruído. As funções em questão são:

Guarda Civil Metropolitana, Agentes de Apoio (Motorista, Operador de Máquinas, Agente de Controle de Zoonoses e Telefonista),

Servidores do SAMU, Professores de Educação Física e outros.

1. Perdas auditivas condutivas ou mistas: Oteosclerose - Inapto

Sequela de Otite Média ate 40 db - Apto conforme avaliação especializada em DESS.

Acima de 40 db - Inapto para qualquer função uni ou bilateral

2. Perdas auditivas neurossensoriais: PAIR (perda auditiva induzida pelo ruído):

Merluzzi 1 uni ou bilateral, Merluzzi 2 unilateral - Apto

Merluzzi 2 bilateral, Merluzzi 3,4,5,6 ou bilateral - Inapto Não PAIR:

Neurossensorial leve (até 40db) uni ou bilateral nas frequências de 500 a 3000 Hz. - APTO

Neurossensorial menor ou igual a 40db nas frequências de 4000Hz, 6000Hz, 8000Hz ou isoladas, sendo normal de 500Hz a 2000Hz.

- APTO

Neurossensorial maior que 40 db nas frequências de 500Hz a 8000Hz. - INAPTO

Anacusia unilateral, mesmo que haja normalidade contralateral - INAPTO

Doença de Menière - INAPTO

Exames complementares que poderão ser solicitados: Audiometria tonal limiar/ vocal, Imitanciomètria, Audiometria de Respostas Elétricas de Tronco Cerebral (BERA), Emissões Oto-Acústicas e outros.

3. Deficiência Auditiva:

Legislação Federal do Decreto nº 5296 de 2 de dezembro de 2004 que regulamenta as Leis nº 10.048 de 8 de novembro de 2000,

que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica e nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000:

-deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (db) ou mais aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz.

OBSERVAÇÕES:

Pelos Critérios Epidemiológicos e Profissiográficos são considerados grupos ou funções de risco relacionadas com distúrbios otorrinolaringológicos: Guarda Civil Metropolitana, Agentes de Apoio (Motorista, Operador de Máquinas, Agente de Controle de Zoonoses e Telefonista), Servidores do SAMU, Professores de Educação Física, além de toda e qualquer função que exija, para o bom desempenho, plena acuidade auditiva. O candidato será orientado, em todos os casos, sobre a necessidade de o tratamento.

II - PROTOCOLOS PARA CONCESSÃO DE LICENÇA MÉDICA

CARDIOLOGIA

I01 – Febre Reumática com comprometimento do coração (Cardite Reumática): 30 dias

I10 - Hipertensão Arterial: PA até 150/110: 2 dias / PA acima de 150/110: 7 dias (p/ adequar tratamento)

I11 - Doença Cardíaca Hipertensiva: 30dias.

I20 - Angina: 20 dias (prorrogações com relatório do especialista)

I21 - Infarto Agudo do Miocárdio sem complicação: 60 dias

I23 - Infarto Agudo do Miocárdio com complicação: 90 dias/prorrogações com relatório do especialista

I30 – Pericardite Aguda: 30 dias / prorrogações com relatório do especialista

I33 – Endocardite Aguda: 60 dias / prorrogações com relatório do especialista

I40 – Miocardite Aguda: 60 dias / prorrogações com relatório do especialista, com avaliação da especialidade para possível

readaptação funcional.

I44 – Bloqueio A-V / Bloqueio de Ramo Esquerdo: 10 dias / prorrogações com relatório do especialista

O06 – Aborto (em caso de curetagem): 10 dias / em caso de microesfária: 30 dias
 O10 – Hipertensão pré-existente complicando gravidez: 15 dias
 O13 / O14 – Pré-eclampsia: 15 dias
 O20 – Ameaça de aborto: 15 dias
 O21 – Hiperemese gravídica: 3 dias
 O22 – Complicações venosas na gravidez (Tromboflebite): 15 dias
 O23 – Infecção urinária na gestação: 10 dias
 O24 – Diabetes na gestação: 10 dias
 O44 – Placenta prévia: 15 dias
 O60 – Trabalho de parto prematuro: 15 dias
 Z 34 – Gravidez a termo: 180 dias
CIRURGIAS PLÁSTICAS
 Plástica mamária: 30 dias (Z41)
 Dermolipectomia: 45 dias (Z41)
 Lipoaspiração / lipoescultura: 20 dias (Z41)
 Rinoplastia: 15 dias (Z41)
 Blefaroplastia: (Z41) 8 a 10 dias
 Ritidoplastia: 20 dias (Z41)
CIRURGIAS TORÁXICAS E VASCULARES
 Safenectomia radical: 30 dias (Z54.0 + I83)
 Cirurgia de varizes com raqui ou peridural: dias (Z54.0 + I83) - 7 dias
 Cirurgia de varizes com anestesia local: (Z54.0 + I83) - 3 dias
 Revascularização de membros inferiores: 60 dias (Z54.0 + I73)
 Revascularização do miocárdio: 90 dias (Z54.0 + I30)
 Implante de marca passo: 20 dias (Z95.0)
 Troca de gerador do marca passo: 15 dias (Z54.0+ T82.1)
 Cirurgia para retirada de tumor de pulmão: 90 dias (Z54.0 + C34)
 Aneurisma de aorta: 90 dias (Z54.0 + I71)
 Amputação de membros: 90 dias (Z89.9)
 Simpatectomia: 30 dias (Z54 + G99.1)
 Angioplastia com colocação de stent: 20 dias (Z95.5)
 Angioplastia: 20 dias (Z95.5)
 Cateterismo: 10 dias (Z13.6)
 Troca de válvula cardíaca (se biológica): 60 dias (Z54.0 + T82.0)
 Troca de válvula cardíaca (se metálica): 90 dias (Z54.0 + T82.0)
PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA
 Litotripsia: 7 dias (Z54.0 + N20 a 23) -
 Nefrectomia: 60 dias (Z54)
 Postectomia no adulto: 7 dias (Z54.0 + N47)
 Cirurgia para correção de hipospádia no adulto: 30 dias (Z54.0 + Q54)
 Prostatectomia convencional: 30 dias (Z54)
 Prostatectomia transvesical: 45 dias (Z54)
 Cirurgia para correção de varicocele: 20 dias (Z54.0 + I86.1)
 Nefrolitotomia: 60 dias (Z54.0 + N20 a 23)
 Cistolitotomia: 40 dias (Z54.0 + N21.0)
 Cistectomia: 90 dias (Z54.0 + C67)
 Retirada de cálculo por videocistoscopia: 7 dias (Z54.0 + N20 a 23)
 Cistoscopia diagnóstica: 2 dias (Z13.9)
 Dilatação uretral: 2 dias (Z43 + N35)
 Uretrotomia interna: 30 dias (Z54.0 + N35)
 Nefropexia: 30 dias (Z54.0 + N28.8)
 Torção de testículo: 15 dias (Z54.0 + N44)
 Orquiectomia: 15 dias (Z54.0 + C62 a 63)
 Hidroelecctomia: 15 dias (Z54.0 + N43)
 Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos): 10 dias (Z54.0 + D30.3)
 Ureterolitotomia: 60 dias (Z54.0 + N20.1)
 Vasectomia: 05 dias (Z41)
CIRURGIA GERAL
 Colectistectomia convencional: 30 dias (Z54.0 + K80.0)
 Colectistectomia videolaparoscópica: 20 dias (Z54.0 + K80.0)
 Hemorroidectomia (convencional): 30 dias (Z54 + I84)
 Fistulectomia: 30 dias (Z54.0 + K60)
 Apendicectomia no adulto: 30 dias (Z54.0 + K35.1)
 Herniorrafia epigástrica: 20 dias (Z54.0 + K43)
 Herniorrafia inguinal: 30 dias (Z54.0 + K40)
 Herniorrafia inguino-escrotal: 30 dias (Z54.0 + K40)
 Herniorrafia umbelical: 15 dias (Z54.0 + K42)
 Herniorrafia incisional: 30 dias (Z54.0 + K40 a 46)
 Herniorrafia por videolaparoscopia: 15 dias (Z54.0 + K40 a 46)
CIRURGIAS DE CABEÇA E PESCOÇO, NEURO-CIRURGIA E OTORRINOLARINGOLÓGICAS
 Tireoidectomia total: 30 dias (Z54)
 Tireoidectomia parcial: 20 dias (Z54)
 Descompressão do nervo facial por via mastoidea: 30 dias (Z54.0 + G51)
 Descompressão do nervo facial por via translabiríntica: 90 dias (Z54.0 + G31)
 Exérese de neurinoma do nervo acústico: 90 dias com posterior reavaliação (Z54.0 + H93.3)
 Cirurgia para retirada de tumor cerebral: 90 dias (Z54.0 + C71)
OTORRINOLARINGOLOGIA
 K11 – Submandibulite e Parotidite aguda não epidêmica: 3 dias
 K12 – Estomatites: 3 dias
 B26.8 - Parotidite epidêmica com complicações: no mínimo 15 dias (variável com o tipo de complicação)
 B26.9 – Parotidite epidêmica sem complicações: 10 dias a partir da manifestação
 J00 - IVAS: 3 dias (de acordo com o comprometimento do estado geral)
 J01 – Sinusopatia aguda: 5 dias
 J02 – Faringite aguda viral: 3 dias
 J03 – Amigdalite aguda viral: 3 dias
 J03 – Amigdalite aguda bacteriana: 7 dias
 J04 – Laringite ou traqueítes agudas virais: 3 dias / em caso de professores: 7 dias
 J04 – Laringite ou traqueítes agudas bacterianas: 7 dias
 J30 – Rinopatia alérgica ou vasomotora em vigência de crise de agudização: 3dias. Em casos severos e se o fator desencadeante estiver presente, como em reformas das unidades de trabalho, afastamento até o término da reforma, enquanto o servidor estiver exposto ao fator de risco desencadeante do quadro.
 J36 – Abscesso amigdaliano: 10 dias
 R49.0 – Disfonia sem outras alterações: 3 dias
 G51.0 – Paralisia Facial Periférica (Paralisia de Bell): 20 dias + avaliação especializada
 H60 – Otite Externa Aguda (quadros severos e dolorosos): 3 dias
 H65 – Otite média aguda não supurada: 5 dias
 H66 – Otite média aguda supurada: 3 dias

H82 – Síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte: (em crise de agudização): 15 dias
 H91 – Surdez súbita: 30 dias + avaliação especializada
PÓS-OPERATÓRIOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA
 Amigdalectomia: 10 dias (Z54.0 + J35)
 Septoplastias por desvio do septo nasal: 15 dias. Em se tratando de funções que exijam sobrecarga física do servidor: 21 dias (Z54.0 + J34.2)
 Cirurgia estética de nariz: 20 dias (Z41.0)
 Turbinectomia: 15 dias (Z54.0 + J34.3)
 Timpanoplastias: 20 dias (Z54.0 + H72 / H73)
 Estapedectomias: 30 dias (Z54.0 + H80)
 Mastoidectomias associadas ou não a timpanoplastias: 30 dias (Z54.0 + H70)
 Miringoplastia para colocação de tubo de ventilação: 5 dias (Z54.0 + H65)
 Cirurgia de cordas vocais: 45 dias (Z54.0 + J38)
TRAUMATOLOGIA
 Laminectomia (hérnia de disco): 90 dias (Z54.0 + M50 a 51)
 Tenorrafia do tendão de aquiles: 90 dias (Z54.0 + S86.0)
 Fratura da coluna lombar / cervical: 90 dias (Z54.0 + S12.9 / S22.0 / S32.0)
 Artroscopia do joelho (diagnóstica): 7 dias (Z03.8)
 Artroscopia do joelho (para correção de ruptura de ligamento): 60 dias (Z54.0 + S83)
 Artroscopia do joelho (outras): 30 dias (Z54.0 + S82 / S83)
 Correção do ligamento cruzado anterior (aberta): 90 dias (Z54.0 + S83.5)
 Correção de ligamentos colaterais do joelho (aberta): 90 dias (Z54.0 + S83.4)
 Correção da síndrome do túnel do carpo: 40 dias (Z54.0 + G56)
 Correção de hálux valgo: 45 dias (Z54.0 + M20.1)
 Osteossintese de fêmur: 90 dias (Z54.0 + T12)
 Osteossintese de tibia: 90 dias (Z54.0 + T12)
 Fratura de clavícula: 45 dias (Z54.0 + S42.0)
 Fratura de úmero: 60 dias (Z54.0 + S52.5)
 Fratura de cotovelo: 60 dias (Z54.0 + S52.0)
 Fratura de Colles: 45 dias (Z54.0 + S52.5)
 Fratura de metacarpiãos: 45 dias (Z54.0 + S62.3)
 Fratura de escafóide: 60 dias (Z54.0 + S62.0)
 Fratura de bacia: 60 dias (Z54.0 + S32.8)
 Fratura de quadril / colo de fêmur: 90 dias (Z54.0 + S72.0)
 Fratura de platô tibial: 90 dias (Z54.0 + S82.1)
 Fratura de calcâneo / talus: 90 dias (Z54.0 + S92.0)
 Fratura de metatarsianos: 30 dias (Z54.0 + S92.3)
 Fratura de mandíbula: 30 dias (Z54.0 + S02.6)
 Fratura de ossos malares e maxilares: 30 dias (Z54.0 + S02.4)
 Artroplastias: 90 dias (Z54)
 Cirurgia de rótula com osteossintese: 45 dias (Z54.0 + S82.0)
 Correção de prognatismo e retrognatismo mandibular: 45 dias (Z54.0 + K07.1)
PATOLOGIAS E PROCEDIMENTOS VASCULARES
 Erisipela simples: 10 dias / bolhosa: 15 dias (A46)
 Tromboflebite de veias superficiais dos membros inferiores: 15 dias (I80.0)
 Trombose venosa profunda dos membros inferiores: 30 dias (I80.2)
 11
 Linfedema (I89.0)
 Úlcera de estase: 15 dias (L97)
 Casos que não exijam ortostatismo prolongado: não há necessidade da concessão de licença
 Casos que exijem ortostatismo prolongado: encaminhar para avaliação do especialista
 Casos complicados (geralmente por erisipela): 15 dias
 Cirurgia de varizes (Z54.0 + I83) com safenectomia: 30 dias
 Cirurgia de varizes (Z54.0 + I83) sem safenectomia em atividades com esforço ou ortostatismo prolongado: 15 dias
 Cirurgia de varizes (Z54.0 + I83) sem safenectomia em atividades sem esforço: 10 dias c/safenectomia – 30 dias
 Escleroterapia: Tem capacidade laborativa para qualquer função (Z54)
 Revascularização de membros inferiores (Z54.0 + I73) : 60 dias
 Aneurisma de Aorta (Z54.0 + I71): 60 dias
 Amputação (Z89.9): 90 dias
 Simpatectomia (Z54.0 + G99.1): 30 dias
DERMATOLOGIA
 L01 – Impetigo / impetiginização de outras dermatoses: 7 dias
 L02 – Abscesso cutâneo: 7 dias
 L03 – Celulite (flegmão): 7 dias
 L05 – Cisto pilonidal / caso haja procedimento (drenagem): 20 dias
 L08.0 – Piodermite: 7 dias
 L14 – Afecções bolhosas em doenças classificadas em outra parte: Herpes labial sem infecção secundária: 3 dias / com infecção secundária: 5 dias (B00.1) , Herpes zoster: 15 dias (B02.9)
 L20 – Dermatite atópica quando agudizada: 5 dias
 L23 – Dermatite alérgica de contato: 7 dias (devendo ser considerada a função exercida)
 L40 – Psoríase quando agudizada e extensa: 20 dias
 L52 – Eritema nodoso – para diagnóstico da doença de base: 15 dias
 L60.0 – Unha encravada (com procedimento e considerada a função): 7 dias
 L98.0 – Granuloma piogênico: 7 dias
 T20 a T25 – Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, especificadas por local :2º Grau: 7 dias, 3º Grau: 20 dias
 T78.3 – Urticária gigante: 3 dias
ENDOCRINOLOGIA
 E03 – Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal): 10 dias
 E05 – Hipertireoidismo (descompensado e em início reposição hormonal): Clínico supressivo: 30 dias, Radioterápico: 10 dias e
 Cirúrgico: 20 dias (Z54.0)
 E06.1 – Tireoidite subaguda: 10 dias
 E10 – Diabetes insulino dependente descompensado e sintomático: 10 dias
 E11 – Diabetes não insulino dependente descompensado e sintomático: 10 dias
 E24 – Síndrome de Cushing: 30 dias
 E66.8 – Obesidade mórbida : Cirúrgico (qualquer modalidade): 30 dias (Z54.0),Clínico: (avaliar co-morbidade): 30 dias
 E89.2 – Hipoparatiroidismo Pós-cirúrgico: 30 dias (Z54.0)
 C73 - Câncer da tireóide – ablativo (cirúrgico ou radioterápico): 30 dias, Pós-cirúrgico: 30 dias (Z54.0) ,Pós-radioterapia: 8 dias (Z51.1 ou Z92.3)
 Z08 e Z12.8 - Exame de seguimento após tratamento por câncer de tireóide (PCI clássico): 30 dias

GASTROENTEROLOGIA
 K22.1 – Esofagite erosiva – com sangramento - 7 dias
 I85.0 – varizes de esôfago - com sangramento – 7 dias
 K25.4 – Úlcera gástrica - com sangramento – 10 dias
 K29.0 – gastrite aguda (erosiva) - com hemorragia – 7 dias
 K50 – doença de Crohn - em atividade –15 dias
 K51 – retocolite ulcerativa - em atividade –15 dias
 K57 – doença diverticular do intestino - em atividade – 7 dias
 A05 / A08 / A09 – gastroenterocolites – 2 dias
 *I84 – hemorroidas – 5 dias
 *K60 – fissura das regiões anal e retal – 7 dias
 *K61 – abscesso das regiões anal e retal – 10 dias
 *K80.0 – calcule da vesícula biliar com colecistite aguda – 7 dias (casos clínicos)
 B15 a B18 / K70.1 - hepatites: virais agudas, crônicas descompensadas e alcoólicas – 30 dias
 K74 – cirrose hepática descompensada – 60 dias, prorrogáveis e com posterior avaliação de aposentadoria
 Z01.8- endoscopia digestiva alta: 1 dia
INFECTOLOGIA
 A15.0 – Tuberculose pulmonar: 30 dias
 A90 – Dengue clássica: 7 dias
 B06 – Rubéola: 7 dias
 B15 a 17 – Hepatites virais: 30 dias
 B26 – Caxumba: 10 dias
 Gripe H1N1 - conforme orientações vigentes na época.
NEUROLOGIA
 G00 – Meningite bacteriana: 20 dias
 G02.0 – Outras meningites (virais): 10 dias
 G05 – Outras doenças inflamatórias do SNC (encefalite, mielite e encefalomielite): 60 dias
 G20 – Doença de Parkinson: 30 dias
 G21 – Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos): 30 dias
 G30 – Doença Alzheimer: 90 dias + encaminhamento para aposentadoria
 G31 – Outras doenças degenerativas do SNC (ex.: álcool): 90 dias + encaminhamento para aposentadoria
 G35 – Esclerose Múltipla (crise de agudização): 30 dias
 G40 – Epilepsia (crise isolada): 5 dias
 G43 – Enxaqueca: 2 dias
 G45 – Acidente vascular cerebral isquêmico transitório: 15 dias
 G50.0 – Neuralgia do trigêmeo: 15 dias
 G53.0 – Neuralgia pós-zoster: 15 dias
 G56.0 – Síndrome do túnel do carpo moderada e grave: 20 dias
 G57.0 – Lesão do nervo ciático: 15 dias
 G58.0 – Neuropatia intercostal: 15 dias
 G61 – Polineuropatia inflamatória (S. de Guillain-Barré): 60 dias
 G62.1 – Polineuropatia alcoólica: 60 dias
 G63.3 – Polineuropatia em doenças endócrinas e metabólicas: 60 dias
 G70.0 – Miastenia gravis: 60 dias
 G91 – Hidrocefalia: 60 dias (shunt de líquido cefálo-raquidiano): 298.2)
 I60 – Hemorragia subaracnóide (aneurisma roto, acidente vascular hemor.): 90 dias (Z 54)
 M43.6 – Torcicolo: 3 dias
 M50 e M51 – Transtornos dos discos cervicais e outros transtornos dos discos intervertebrais: 15 dias
 M54.3 – Ciática: 15 dias
 C71 – Tumores Cerebrais (gliossarcoma, glioblastoma, glioma maligno): 90 dias + encaminhamento para aposentadoria
ODONTOLOGIA
 K01 – Dente incluído ou impactado pós operatório (Z54.0): 5 dias
 K04.0 – Pulpite: 3 dias
 K04.4 – Periodontite apical aguda de origem pulpar: 3 dias
 K04.6 – Abscesso periapical com fistula: 3 dias
 K04.7 – Abscesso periapical sem fistula: 3 dias
 K04.8 – Cisto radicular: 3 dias
 K05.2 – Periodontite aguda: 3 dias
 K05.3 – Periodontite crônica pós operatório (Z54.0): 5 dias
 K06.1 – Hiperplasia gengival pós operatório (Z54.0): 5 dias
 K06.2 – Lesões de gengiva e do rebordo alveolar sem dentes associadas a traumatismo: 3 dias
 K07.6 – Transtornos e disfunção da articulação temporomandibular: 5 dias
 K08.1 – Perda de dente devido a acidentes, extração ou doença periodontal localizada: 2 dias
 K10.3 – Alveolite: 3 dias
 K12.2 – Celulite e abscesso de boca: 7 dias
 A69.1 – Gengivite úlcero necrosante aguda (guna): 7 dias
 B00.2 – Gengivite estomatite herpética (herpes simples): 7 dias
 S02.5 – Fratura de dente: 3 dias
 S03.0 – Luxação de articulação têmporo-mandibular: 5 dias
 Z94.6 – Pós operatório de enxerto ósseo (Z54.0): 5 dias
 Z96.5 – Pós-operatório de implante dentário (Z54.0): 3 dias
OFTALMOLOGIA
 H01 – Blefarite infecciosa: 3 dias
 H04.0 – Dacriadenite: 7 dias
 H04.3 – Dacriocistite aguda: 7 dias / Canaliculite: 5 dias
 H05 – Transtornos da órbita (celulite): 15 dias
 13
 H10 – Conjuntivite: 5 dias
 H10.5 – Blefarconjuntivite: 7 dias
 H15 – Transtornos da esclerótica: 7 dias
 H16 – Ceratite
 H16.0 – Úlcera de córnea: 5 dias
 H16.1 – Ceratite sem conjuntivite: - 3 dias
 H16.2 – Ceratoconjuntivite: 7 dias
 H16.3 – Ceratite interna e profunda: 10 dias
 H20 – Iridociclite: 15 dias
 H30 – Inflamações corioretinianas (uveíte posterior) H30.0 / H30.1 /
 H30.2: 30 dias
 H33 – Descolamentos e defeitos da retina: 30 dias com posterior avaliação do oftalmologista
 H34 – Oclusões vasculares da retina (com diminuição da visão): 30 dias
 H35 – Outros transtornos da retina com diminuição da visão: 15 dias e posterior avaliação do oftalmologista
 H35.6 – Hemorragia retiniana: 30 dias
 H36.0 – Retinopatia diabética (com procedimento): 15 dias e posterior avaliação do oftalmologista
 H40 – Glaucoma: 15 dias e posterior avaliação do oftalmologista
 H43.1 – Hemorragia: 30 dias
 H44.0 – Endoftalmite purulenta: 30 dias
 H46 – Neurite óptica: 30 dias
PROCEDIMENTOS E PÓS-OPERATÓRIOS EM OFTALMOLOGIA
 Cirurgia para correção de catarata (facectomia): 30 dias (Z54.0 + H28)
 Transplante de córnea: 30 dias (Z94.7)
 Cirurgia para glaucoma: 30 dias (Z54.0 + H40)
 Cirurgia do aparelho lacrimal: 10 dias (Z54.0 + H04)

Blefaroplastia (Z54.0 ou Z 41): - 8 a 10 dias
 Cirurgia para exeres de pterígeo (Z54.0 + H11.0): 10 dias
 Retirada de corpo estranho de córnea (Z48.0 + W44): 3 dias
 Retirada de corpo estranho de córnea se estiver com úlcera de córnea (Z48 + H16): 5 dias
 Cirurgia para correção de descolamentos e defeitos da retina (Z54.0 + H33): 60 dias
 Cirurgia para correção de vício de refração: (Z54.0 + H52): 3 dias
 Cirurgia para correção de estrabismo (Z54.0 + H49): - 20 dias
ORTOPEDIA
 M13.0 – Poliartrite não especificada: 10 dias
 M13.2 – Artrite não especificada: 10 dias
 M22.4 – Condromalácia da rótula: 15 dias
 M23 – Transtornos internos do joelho: 15 dias
 M25.4 – Derrame articular: 15 dias
 M43.1 – Espondililite (com sintomatologia): 15 dias
 M45 – Espondilite anquilosante (com sintomatologia): 30 dias
 M50 / M51 – Transtornos dos discos vertebrais (com radioculopatia): 20 dias
 M54.2 – Cervicalgia: 3 dias
 M54.4 – Lombocotalgias agudas: 5 dias
 M54.5 – Lombalgias: - 3 dias
 M62.6 – Distensão muscular: 10 dias – 5 dias
 M65 – Sinovite e tenossinovite: 7 dias
 M71.2 – Cisto sinovial do espaço popliteo (com sintomatologia): 5 dias
 M71.9 – Bursopatia não especificada: 15 dias
 M72.2 – Faciíte plantar: 10 dias
 M75.1 / M75.4 – Lesões do ombro: 30 dias
 M86 – Osteomielite: 30 dias
 M86.4 – Osteomielite crônica com seio drenante: 90 dias
 M87 – Osteonecrose: 30 dias / da cabeça do femur, condilo do femur e platô tibial: 90 dias
 M90.0 – Tuberculose óssea (em atividade): 60 dias
 M96.1 – Síndrome pós-laminectomia não classificada em outra parte (com subsídios): 30 dias
ENTORSES
 S63.5 – Punho: 7 dias
 S83 – Joelho: 10 dias
 S93 – Tornozelo: 10 dias a14 dias
LUXAÇÕES
 S43 – Ombro / clavícula / braço: 30 dias
 S53.1 – Cotovelo: 30 dias
 S63.1 – Dedos da mão: 15 dias
 S73.0 – Quadril: 60 dias
 S93.0 – Tibio-társica (tornozelo): 60 dias
FRATURAS DO MEMBRO SUPERIOR (com imobilização)
 S42 – Ombro e braço: 30 dias
 S52 - Ossos do antebraço (rádio e ulna): 45 dias
 S52.0 – Olecrano: 45 dias
 S62.0 – Escafóide: 60 dias / na suspeita: 15 dias
 S62.6 – Falanges: 15 dias
 S62.3 – Fratura de metacarpião: 30 dias
FRATURAS DO MEMBRO INFERIOR (com imobilização)
 S72.0 – Colo do fêmur: 90 dias
 S72.8 – Supra condiliana de fêmur: 60 dias
 S82.0 – Rótula: 30 dias
 S82.1 – Platô tibial: 45 dias
 S82.2 / S82.3 – Tibia: 60 dias
 S82.4 – Fratura isolada da fíbula: 30 dias
 S82.5 / S82.6 – Fratura de maléolo: 60 dias
 S92.0 – Calcâneo: 60 dias
 S92.2 – Ossos do tarso: 30 dias
 S92.5 – Pododactilos: 15 dias
FRATURAS DA COLUNA VERTEBRAL E ARCOS COSTAIS
 S12.9 – Vértebras cervicais: 60 dias
 S22.0 – Vértebras torácicas (com imobilização): 30 dias
 S22.3 – Arco costal: 20 dias
 S32.0 – Vértebras lombares (com imobilização): 30 dias
TRAUMATOLOGIA
 Tenorrafia do Tendão de Aquiles (Z54.0 + S86.0): 90 dias
 Tenorrafia do Punho e da Mão (Z54.0 + S63.3): 40 dias
 Tenorrafia do ombro (Z54.0 + S46): 60 dias
 Tenorrafia aberta de ligamentos do joelho(Z54.0 + S83): 60 dias
 Tenólise: 15 dias
 Artroscopia diagnóstica: 7 dias (Z01.8)
 Artroscopia para reparação ligamentar: 60 dias (Z01.8)
 Artroscopia (para outros procedimentos): 30 dias (Z01.8)
 Cirurgia por Síndrome do túnel do carpo: 30 dias (Z54.0 + G56.0)
 Osteossintese de fêmur: 90 dias no mínimo (Z54.0 + T12)
 Osteossintese de tibia: 90 dias no mínimo (Z54.0 + T12)
 Cirurgia para correção de joanete (hálux valgo): 45 dias no mínimo (Z54.0 + M20.1)
 Realinhamento de patela (Z54.0 + S83.0): 45 dias
 Luxação rescidivante de ombro (Z54.0 + S43): 60 dias
 Retirada de cisto sinovial de punho (Z54.0 + M71.3): 15 dias
 Cirurgia da rótula com osteossintese (Z54.0 + S82.0): 45 dias
FRATURAS (cirúrgicas)
 Z54.0 + S12.9 – Coluna cervical: 90 dias
 Z54.0 + S32 – Bacia: 60 dias
 Z54.0 + S32.0 – Coluna lombar: 90 dias
 Z54.0 + S42.0 – Clavícula: 45 dias
 Z54.0 + S42.2 / S42.3 / S52.0 / S52.9 – Úmero e cotovelo: 60 dias
 Z54.0 + S52.5 – Rádio e/ou ulna: 45 dias
 Z54.0 + S62.0 – Escafóide: 60 dias
 Z54.0 + S62.3 – Metacarpiãos: 45 dias
 Z54.0 + S62.6 – Falange: 30 dias
 Z54.0 + S72.0 – Quadril (colo de fêmur): 90 dias
 Z54.0 + S82.1 / S82.4 – Perna: 60 dias
 Z54.0 + S92.0 – Calcâneo (ou talus): 90 dias
 15
 Z54.0 + S92.3 – Metatarsianos: 30 dias
 Artroplastias: 90 dias
 Fraturas expostas de ossos longos: 90 dias
 Fraturas expostas de ossos em extremidades: 20 dias
PNEUMOLOGIA
 A15 – Tuberculose respiratória: 30 dias
 A15.6 – Derrame pleural por tuberculose: 30 dias
 J11 – Gripe não complicada: 3 dias
 J12 a J16 – Pneumonia: 7 dias
 J18.0 – Broncopneumonia: 7 dias
 J20 – Bronquite aguda: 5 dias
 J21 – Bronquite: 7 dias
 J41 – Bronquite crônica (agudização): 10 dias
 J44.1 – Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização): 7 dias
 J45 – Asma (crise): 5 dias (podendo ser aumentado o período em caso de reforma na unidade)
 J47 – Bronquiectasia (infectada): 15 dias
 J85.1 - Pneumonia com abscesso: 30 dias
 J85.2 – Abscesso do pulmão: 30 dias

J91 - Pneumonia com derrame: 20 dias
J93 – Pneumotórax: 15 dias
NEOPLASIAS PULMONARES (C34)
- inoperável: 90 dias e avaliação da aposentadoria.
- operável: -irressecável: 90 dias e avaliação da aposentadoria.

77 - ressecável: 90 dias podendo ser prorrogada por períodos de 60 dias
NEOPLASIAS GASTRO-INTESTINAIS
- inoperável: 90 dias e encaminhamento para avaliação de aposentadoria
- operável :- irressecável: 90 dias e encaminhamento para avaliação de aposentadoria (Z54)
- ressecável: 90 dias (Z54)
C15 – neoplasia maligna do esôfago
C16 – neoplasia maligna do estômago
C18 – neoplasia maligna do cólon
C22 – neoplasia maligna do fígado
C25 – neoplasia maligna do pâncreas
C02 a C06 – neoplasia boca/língua
REUMATOLOGIA
M05 – Artrite Reumatóide (em atividade): 15 dias
M10 – Artrite gotosa: 8 dias
M32 – Lupus eritematoso disseminado (sistêmico): 15 dias
M79.0 – Fibromialgia : 15 dias
PSIQUIATRIA
F00 a F09: Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos: 30 dias e encaminhar ao psiquiatra.
F10 a F19: Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa:
- intoxicação aguda (.0 até .2): 3 dias
- demais situações (.3 até .9): 15 dias
F20 a F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes: 30 dias e encaminhar ao psiquiatra.
F30 a F39: Transtornos de humor (afetivos)
F30 – Episódio maníaco: 30 dias
F31 – Transtorno afetivo bipolar: 30 dias
F32 – Episódio depressivo: 20 dias
F40 a F48: Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes
F40 Transtornos fóbico ansiosos: 20 dias
F41 Outros transtornos ansiosos (Síndrome do pânico): 20 dias
F42 Transtorno obsessivo compulsivo: 30 dias
F43 Reação a estresse grave e Transtorno de adaptação: 15 dias
F44 Transtornos dissociativos ou conversivos: 7 dias
F45 Transtornos somatoformes: 7 dias
F48 Outros transtornos neuróticos: 7 dias
F50 a F59: Síndromes comportamentais associados a perturbações fisiológicas e fatores físicos
F50 Transtornos de alimentação: 20 dias
16
F53 Transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério não classificados em outra parte
F53.1 Psicose puerperal: 30 dias
F60 a F69: Transtorno de personalidade e de comportamento em adultos encaminhar ao psiquiatra
UROLOGIA
N00 a N03 – Glomerulonefrite: 20 dias
N04 – Síndrome nefrótica: 60 dias
N10 a N16 – Pielonefrite: 10 dias
N13 – Uropatia obstrutiva e por refluxo: 7 dias
N17 – Insuficiência renal aguda: 90 dias
N18 – Insuficiência renal crônica: 90 dias com encaminhamento para aposentadoria
N20 – Calculose renal: 7 dias
N30 – Cistite: 3 dias
N34 – Uretrites: 3 dias
N40 – Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstructiva): 10 dias
N41.0 – Prostatite aguda: 7 dias
N45 – Orquite e epididimite: 7 dias
CIRURGIAS UROLÓGICAS
Postectomia (Z54.0 + N47): 5 dias
Hidrocolectomia (Z54.0 + N43): 15 dias
Varicocelectomia (Z54.0 + I86.1): 20 dias
Ressecção transuretral de próstata: 30 dias
Ressecção transvesical de próstata: 45 dias
Ressecção transuretral de tumor vesical (polipos): 10 dias
Uretrotomia interna (estenose de uretra) (Z54.0 + N35): 30 dias
Cistectomia: 90 dias
Nefrectomia: 60 dias
Nefrolitotomia (Z54.0 + N20 a N23): 60 dias
Ureterolitotomia (Z54.0 + N20 a N23): 60 dias
Retirada de cálculo por via endoscópica (Z54.0 + N20 a N23): 7 dias
Litotripsia extra corpórea (Z54.0 + N20 a N23): 5 dias
Cistolitotomia (Z54.0 + N21.0): 40 dias
Ureterocistoplastia (Z54.0 + N29.8): 40 dias
Correção de hipospádia (Z54.0 + Q54): 30 dias
Orquiectomia: 10 dias
Vasectomia (Z41): 3 dias
III - PROTOCOLOS TÉCNICOS DE LICENÇA MÉDICA EM ACIDENTE DO TRABALHO
A - Art.19 da Lei n.8213/91 e Decreto n. 3048/99 estabelecem: Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, com o seguro empregado, que provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.
B - É necessário que haja uma ligação direta entre o resultado (acidente com lesão) e o trabalho realizado pelo acidentado a serviço da empresa, chamado nexa causal.
São considerados acidentes do trabalho ocorridos:
1 - no período destinado à refeição ou descanso, no local de trabalho ou durante este;
2 - acidente ligado ao trabalho, embora não tenha sido a causa única, contribuiu diretamente para a morte ou redução da capacidade para o trabalho ou que tenha lesão que exija atenção médica;
3 - ato de agressão física, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiros no local de trabalho;
4 - ofensa física intencional por disputa relacionada ao trabalho; - ato de imprudência, negligência ou imperícia de companheiro de trabalho;
5- ordem ou execução de serviço, sob autoridade da empresa;
6 - no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, desde que não haja alteração ou interrupção por motivo alheio ao trabalho.
C - De maneira geral o protocolo do Acidente do Trabalho segue o protocolo da licença médica no que diz respeito aos dias possíveis de concessão. As diferenças são regidas por peculiaridades da Seção no que se refere a datas de alta e reavaliações.
IV - PROTOCOLOS TÉCNICOS PARA CARACTERIZAÇÃO DE DOENÇA DO TRABALHO
A - Doença profissional, produzida pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; Doença do trabalho,

adquirida em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente; Dispõe o § 1o do art. 20 da Lei 8.213/91 que não são consideradas como doenças do trabalho:
B - Não são consideradas como doença do trabalho:
1 - doença degenerativa;
2 - inerente a grupo etário;
3 - a que não produz incapacidade laborativa;
4 - a doença endêmica, em regiões onde ela se desenvolve.
C - Para que o Departamento de Saúde do Servidor (DESS) possa avaliar a existência de nexa causal de Doença do Trabalho, deverão ser providenciadas as seguintes informações sobre o servidor, com as quais será dado início à avaliação para a caracterização do benefício:
1. Cópia da Carteira profissional (todas) e/ou relação dos lugares em que trabalhou na Prefeitura de São Paulo;
2. Descrição pela sua chefia imediata do rol de atividades realizadas na função. Em caso de desvio de função, será necessária autorização assinada pela chefia;
3. Original e cópia dos exames que subsidiaram o pedido;
4. Relatório médico da (s) alegadas patologia (s);
5. Os documentos acima deverão ser envelopados e encaminhados via carga ao DESS Central – Setor de Acidente do Trabalho/Doença do Trabalho;
6. A documentação será avaliada e, caso seja necessário, será solicitada uma perícia técnica no ambiente e rotinas de trabalho do servidor;
7. Após a análise prévia pertinente ao caso, o servidor será convocado pelo Diário Oficial da Cidade de São Paulo (DOC) para uma perícia médica presencial no DESS – Central;
8. No dia da perícia é imprescindível que o servidor compareça com: a CAT devidamente preenchida e impressa em quatro vias, que devem estar assinadas pela chefia e pelo servidor; o documento de identificação com foto; o último holerite e, caso possua, com novos subsídios médicos.
9. Em caso de Assédio, com comprometimento da saúde do servidor, o processo de doença profissional iniciará com a conclusão positiva do processo administrativo de caracterização de assédio, que deve estar incluído na documentação inicial enviada ao DESS.
D - Caso o servidor necessite de afastamento médico, ele deverá solicitar na sua unidade o agendamento de Licença Médica pelo artigo 143 (LM143). Ao final do processo, caso a DT seja caracterizada, as LM143 relacionadas à patologia, serão transformadas para o artigo 160 pelo próprio Setor de Acidente do Trabalho/Doença do Trabalho do DESS.
E - O procedimento para Reabertura de Doença de Trabalho após a caracterização do nexa causal permanece inalterado, devendo seguir a rotina para Reabertura de Acidente de Trabalho.
F - Conselho Federal de Medicina Resolução CFM 1488/98
Artigo 2º - Para estabelecimento do nexa causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e os exames complementares, quando necessários, deve o médico considerar:
1 – A história clínica e ocupacional, virtualmente decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexa causal;
2 – O estudo do posto de trabalho;
3 – O estudo da organização do trabalho;
4 – Os dados epidemiológicos;
5 – A literatura atualizada;
6 – A ocorrência de quadro clínico ou sub-clínico em trabalhador exposto a condições agressivas;
7 – A identificação de riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, estressantes e outros;
8 – Os depoimentos e a experiência dos trabalhadores;
9 – Os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais sejam, ou não, da área da saúde.
V - PROTOCOLOS TÉCNICOS PARA AVALIAÇÃO NA READAPTAÇÃO FUNCIONAL
Esse protocolo tem por objetivo nortear os processos de Readaptação Funcional, conforme legislação.
A - A Readaptação Funcional é uma Seção da Divisão de Perícia Médica, regida pelos artigos 39, 40 e 41, da Lei nº 8989/79, regulamentada pelo Decreto nº 33.801/93.
Podem ser encaminhado para a seção de readaptação funcional os portadores de patologias de curso agudo ou crônico que causem limitações das funções originais do servidor. A Readaptação Funcional coloca restrições ao rol de atividades inerentes ao cargo do servidor.
B - Têm direito a Readaptação Funcional (RF):
1 - Servidores efetivos,
2 - Admitidos estáveis (cinco anos até outubro/1988)
3 - Admitido não estável em caso de acidente de trabalho,
4 - Comissionados estáveis.
C - Têm direito a Restrição da Função (RTF):
- Servidores admitidos não estáveis e comissionados docentes não estáveis.
D - Não têm direitos a RF ou RTF por falta de amparo legal:
- Os servidores comissionados não estáveis e não docentes.
A Readaptação Funcional /Restrição de Função podem ser Inicial ou Revisão.
Observação a revisão da RF ou da RTF deverá ser realizada ao término da RF ou RTF (conforme o período estipulado pelo laudo), ou a qualquer tempo pelo servidor com apresentação sempre de subsídios médicos recentes que a justifique.
VI - PROTOCOLOS TÉCNICOS DE INSPEÇÃO MÉDICO PERICIAL PARA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ.
Considerando o avanço técnico e as doenças que levam a invalidez com maior frequência em nossa população e nos servidores públicos municipais, estamos apresentando os protocolos pelos quais são baseadas as atividades periciais quando das inspeções de saúde para capacidade laborativa da PMSP, para efeito de Aposentadoria Total e Permanente para o serviço público; como se segue:
A - Protocolo para aposentadoria dos portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais.
B - Protocolo para aposentadoria dos portadores de doenças Cardiológicas.
C - Protocolo para aposentadoria de portadores de Neoplasias.
D - Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Músculo Esqueléticas.
E -Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Oftalmológicas.
F - Protocolo para aposentadoria de portadores da Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS).
G - Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças Nefrológicas.
H - Protocolo para aposentadoria de portadores de doenças vasculares
I - Protocolo para aposentadoria de doenças Neurológicas.
J - Protocolo para aposentadoria de doenças Hepáticas.
As patologias descritas poderão culminar potencialmente, mas não necessariamente em aposentadoria por invalidez.
Conceitos básicos utilizados para avaliação da capacidade laborativa no estudo de Aposentadoria por Invalidez:

1 - Incapacidade laborativa: é a impossibilidade do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação em conseqüências de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente. A presença de doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa o que importa é a sua repercussão no desempenho das atividades;
2 - Invalidez total e permanente para o trabalho: é a incapacidade definitiva para o exercício do cargo ou função em decorrência de alterações provocadas por doença ou acidente e a impossibilidade de ser readaptado, levando em conta os recursos tecnológicos existentes;
Na inspeção de saúde a junta médica deve descrever a anamnese, o exame psíquico e físico, anexar os subsídios fornecidos e porventura solicitados, para conclusão diagnóstica. O diagnóstico do médico assistente deve servir como mais um subsídio para confirmação diagnóstica.
OBSERVAÇÃO: Quando surgir algum fato novo o servidor aposentado poderá ser reavaliado e a aposentadoria mantida ou não.
A - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS.
Os principais Transtornos Mentais e Comportamentais que podem levar a Aposentadoria Total e Permanente são os seguintes:
1 - F00 - Demência na doença de Alzheimer (G30)
F01 – Demência vascular
F02 – Demência em outras doenças classificadas em outra parte
F03 – Demência não especificada
Constatado o estágio invalidante será um dado para concessão.
2 - F04 – Síndrome amnésica orgânica não induzida por álcool e outra substância psicoativa.
Deve ter a duração mínima de 02 anos de evolução e comprovação de não resposta ao tratamento adequado.
3 - F06 – Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física.
Mínimo de 02 anos com evolução desfavorável.
4 - F07 – Transtornos de personalidade e comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais.
Mínimo de 02 anos com evolução desfavorável.
5 - F10-F19 – Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substância psicoativa.
F10. 5 – Transtorno psicótico
F10. 6 – Síndrome amnésica
F10. 7 – Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
Evolução mínima de 05 anos desfavorável.
6 - F20 - Esquizofrenia.
F21 –Transtorno esquizotípico.
F22 –Transtornos delirantes persistentes.
F25 -Transtornos esquizoafetivos.
Evolução mínima de 04 anos desfavorável.
7 - F31 – Transtorno afetivo bipolar.
F32 - Episódios depressivos.
F33 - Transtorno depressivo recorrente.
F34 – Transtornos do humor (afetivos) persistentes.
F39 - Transtornos do humor (afetivo) não especificado.
Evolução desfavorável, com período mínimo de 04 anos com resposta pobre a tratamento farmacológico adequado.
8 - F40 – Transtornos fóbico-ansiosos.
F41 - Outros transtornos ansiosos.
F42 – Transtornos obsessivo-compulsivos.
F44 - Transtornos dissociativos.
F45 – Transtornos somatoformes.
F48 – Outros transtornos neuróticos.
Evolução desfavorável, com período mínimo de 05 anos com resposta pobre a tratamento farmacológico e psicoterápico adequados.
9 - F50 –Transtornos alimentares
10 - F60 – Transtornos específicos da personalidade.
F61 - Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade.
F62 - Transtornos duradouros da personalidade não atribuíveis à lesão ou doença cerebral.
F63 - Transtornos dos hábitos e dos impulsos.
F70 - Retardo mental leve.
Evolução desfavorável mínima de 05 anos após tratamento com resposta pobre a tratamento farmacológico e psicoterápico adequados.
Obs: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que a avaliação clínica, anamnese e o relatório do Médico Assistente não forem suficientes para conclusão pericial. Constituem exames complementares no caso de transtornos psiquiátricos, entre outros, os seguintes: EEG, Exames de Neuroimagem, Testes de Personalidade e Testes Neuropsicológicos.
B - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOLÓGICAS
Na inspeção pericial a junta médica deve obter anamnese e exame físico nos quais devem ser investigados os sinais e sintomas que caracterizam a classe funcional bem como a presença de baixo débito sanguíneo cerebral.
1 - Condições Clínicas que podem levar à aposentadoria por invalidez total e permanente:
a - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA enquadrada nas classes III e IV da Sociedade Brasileira de Cardiologia que segue a New York Heart Association (NYHA) e eventualmente, as de classe II, na dependência da idade, atividade profissional e as impossibilitadas de reabilitação.
b - INSUFICIÊNCIA CORONARIANA com angina em classe funcional III e IV apesar de tratamento otimizado ou com estenoses coronarianas maiores que 70% em 3 ou mais vasos e não passíveis de tratamento cirúrgico.
c - ARRITMIAS GRAVES como as que provocam parada cardíaca ou que não sejam passíveis de tratamento com marca-passos cardíacos, e que ocorram na ausência de eventos transitórios.
d - ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA OU ABDOMINAL que tenham apresentado sinais de dissecação, crescimento rápido, os operados e os inoperáveis, os complicados por hematomas ou trombose, ou ainda com acometimento da valva aórtica, desde que com limitação física ou da capacidade funcional que os enquadrem nas categorias III e IV.
e - TODAS AS CARDIOPATIAS independente da etiologia (hipertensiva, valvar, congênita, miocardiopatias, pericardiopatias, cor pulmonale, os portadores de próteses cardíacas, os transplantados, etc.), desde com limitação física ou da capacidade funcional que os enquadrem nas categorias III e IV.
2 - A classificação da capacidade funcional conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia que segue a New York Heart Association (NYHA) é a descrita a seguir:
Classe I – Pacientes com doenças cardíacas, porém sem limitação de atividades físicas. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitações, dispnéia nem angina de peito.
Classe II – Pacientes com doenças cardíacas que acarretam limitações à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem

em repouso, mas atividades físicas comuns provocam fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito.
Classe III – Pacientes portadores de doenças cardíacas com acentuada limitação das atividades físicas. Esses pacientes se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito.
Classe IV – Pacientes com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitações, dispnéia e angina de peito existem em repouso e se acentua com qualquer atividade.
OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares, todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: ECG, Radiografia de Tórax, Ecocardiograma, Cineangiografia, Provas de estresse, Holter e Exames de Bioquímica Sanguínea, de acordo com a síndrome cardiológica em questão.
C - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS DO SISTEMA VASCULAR
Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor baseado na anamnese, exame físico e exames complementares.
As doenças do sistema vascular que podem levar a Aposentadoria Total e Permanente são as seguintes:
1 - Enxertos de aorta trombosados e sem condições clínicas e/ou vasculares para revascularização.
2 - Doenças vasculares periféricas sem condições clínicas e/ou vasculares para revascularização, com lesões tróficas limitantes.
3 - Tromboangiite obliterante com lesões tróficas limitantes.
4 - Amputações sem condições de regularização do coto para adequada adaptação de prótese (membros superiores ou inferiores).
5 - Cotos de amputação isquêmicos (membros superiores ou inferiores).
6 - Úlceras isquêmicas extensas e profundas em membros inferiores, com evolução desfavorável, mesmo após revascularização.
7 - Pé de Charcot
OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares, todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: Doppler arterial ou venoso, arteriografia, aortografia e venografia.
D - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE PATOLOGIAS OSTEOMUSCULARES
Na inspeção pericial a junta deve avaliar o servidor baseado na anamnese, exame físico e exames complementares.
Serão consideradas para fins de aposentadoria por invalidez as doenças do sistema osteomuscular, do tecido conjuntivo e as doenças com repercussão no aparelho locomotor em estado que causem limitação total e definitiva para o desempenho da função, abaixo relacionadas:
1 - M00-M25 Artropatias.
2 - M30-M36 Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo.
3 - M40-M54 Dorsopatias.
4 - M60-M79 Transtornos dos tecidos moles.
5 - M65-M68 Transtornos das sinóvias e dos tendões.
6 – M70-M79 Outros transtornos dos tecidos moles.
7 - M80-M94 Osteopatias e condropatias.
8 - M95, M96 e M99 Outros transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.
9 - T84 - Complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos.
10 - Z89 - Ausência adquirida de membros.
Para fins de caracterização da invalidez - além da presença da patologia-serão considerados o estágio em que a doença se encontra e a repercussão funcional que esteja causando.
As patologias para as quais existe perspectiva de reabilitação funcional através de cirurgias, próteses, órteses, transplantes, implantes ou outras formas de tratamento, deverão ser acompanhadas periodicamente até que se conclua pela incapacidade funcional definitiva.
OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes. Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: RX, tomografia, e ressonância magnética.
E - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS OFTALMOLÓGICAS.
1 - Na inspeção pericial a junta médica deve avaliar o servidor através de anamnese, exame físico e utilizar-se de 02 escalas oftalmológicas:
a - Acuidade visual – aquilo que se enxerga a determinada distância (Escala de Snellen)
b - Campo visual – amplitude da área alcançada pela visão.
2 - Definição de acuidade visual:
a - Visão subnormal: – aquele indivíduo que possui acuidade visual entre 6/60 (0,1) e 18/60(0,3) no melhor olho e/ou um campo visual entre 20º e 50º, com a melhor correção óptica.
b - Cegueira parcial ou legal ou Profissional: – indivíduos apenas capazes de contar dedos à curta distância e os que só percebem vultos, com a melhor correção óptica.
Incluimos ainda nesta categoria os indivíduos que tem Percepção luminosa (distingue entre claro e escuro) e Projeção luminosa (capaz de identificar também a direção de onde provém à luz).
c - Cegueira total ou Amaurose: – completa perda de visão.
A visão é nula, isto é, nem a percepção luminosa está presente (visão zero). Assim sendo, considera-se cega (ou amaurotica) a pessoa que corresponda a um dos critérios seguintes:
- a visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos.
- ou se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus (ainda que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200).
Cegueira legal: definida como “acuidade visual central de 20/200 ou menos, no melhor olho, com lentes corretivas ou acuidade visual central maior do que 20/200 caso exista um defeito de campo visual, no qual o campo periférico sejea de forma que o diâmetro maior do campo visual, atinja uma distancia angular menor que 20 graus no melhor olho” – Scholl, 1986.
3 - Os indivíduos que apresentarem boa visão com perdas funcionais devem ser analisados como casos individualizados: como deformidade ou mutilação do globo ocular ou dos anexos, incapacidade por diplopia, perda de fixação foveolar e paralisias oculo-motoras.
Os portadores de necessidades especiais, ingressos pela Lei do Deficiente Físico estão excluídos dos critérios acima, exceto quanto do agravamento e ou complicações que serão avaliados individualmente.
Serão considerados casos de Aposentadoria por Invalidez Total e Permanente, aqueles nos quais a perda da visão se classifique em: visão subnormal, cegueira parcial e cegueira total causada por afecção crônica progressiva e irreversível, não susceptível de correção óptica, nem melhorada por tratamento médico cirúrgico.
OBS: Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico

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

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

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

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

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

- a - Informações básicas do relatório do médico assistente: diagnósticos clínicos atuais e progressos, resultados dos exames laboratoriais recentes, inclusive contagem de CD4 (o número de linfócitos T- helpers) e CV (carga viral), a saber:
 - b - Carga viral (cv)
 - cv \leq 10.000/ml – baixo risco de progressão ou de piora da doença;
 - cv entre 10.000 e 1000.000/ml, risco moderado de progressão ou piora da doença;
 - cv $>$ 1000.000/ml, alto risco de progressão ou piora da doença.
- c - Contagem de CD4
- CD4 $>$ 500 células/mm3, estágio da infecção pelo HIV com baixo risco de doença;
- CD4 entre 200 e 500 células/mm3, risco moderado de desenvolvimento de doenças oportunistas;
- CD4 entre 50 e 200 células/mm3, risco alto de aparecimento de doenças oportunistas;
- CD4 \leq 50 células/mm3, estágio grave.
- d - Ocorrências de manifestações clínicas relevantes anteriores com informação acerca da data em que ocorreu;
- e - Terapêutica instituída e aderência ao tratamento;
- f - Presença de outros fatores clínicos e psicossociais complementares e agravantes do quadro de imunodeficiência do servidor;
- g - Dados objetivos do exame clínico do servidor.

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

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

G - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS HEPÁTICAS.

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

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

- a - As Hepatites:
 - Hepatite B – É uma infecção pelo vírus da Hepatite B, assintomática em 2/3 dos casos. Cerca de 10% evolui para cronicidade e eventualmente para cirrose hepática (necrose celular).
 - Hepatite C – É uma infecção pelo vírus da Hepatite C, lentamente progressiva levando a cirrose após 2 a 3 décadas em 20% dos casos.
- 2 - Cirrose – Doença crônica do fígado decorrente de destruição e regeneração das células hepáticas, acarretando a presença de fibrose, com conseqüente desorganização da arquitetura lobular e vascular do órgão. É a conseqüência de uma resposta permanente de ferida - cicatrização à agressão hepática crônica induzida por toxinas, infecção viral crônica, colestase e distúrbios metabólicos.
- Observação: O Potencial cancerígeno deve ser levado em consideração nos paciente portadores de cirrose hepática.
- 2 - Há indicação de aposentadoria em servidores portadores de Hepatite B ou C e Cirroses quando estes apresentarem sinais clínicos e laboratoriais de agravamento da insuficiência hepática. Assim o aparecimento de ascite (edema abdominal), edemas, manifestações hemorrágicas, icterícias, encefalopatias e alterações laboratoriais como plaquetopenia, albumina plasmática abaixo de 3mg% e tempo de protrombina inferior a 60% do normal são indicativos de incapacidade total para o trabalho.
- 3 - A gravidade de uma Hepatopatia crônica é mediada através de um índice que resulta de dados clínicos e laboratoriais simples e já citados (presença de ascite, bilirrubinas, albumina) chamado de índice de CHLD-PUGH-TURGOTTE:
 - ÍNDICE DE CHLD-PUGH-TURGOTTE
 - Pontos atribuídos 1 2 3
 - Grau de encefalopatia 0 1 a 2 3 a 4
 - Ascite Ausente Discreta Moderada
 - Albumina (EF) g/dl \geq 3,5 2,8 a 3,5 \leq 2,8
 - Protrombina (segs acima do normal) \leq 4 4 a 6 $>$ 6
 - Ou INR \leq 1,7 1,7 a 2,3 $>$ 2,3
 - Ou Atividade \geq 50% 40% a 50% \leq 40%
 - Bilirrubinas (mg/dl) \leq 2 2 a 3 $>$ 3
 - Para doenças colestáticas \leq 4 4 a 10 $>$ 10
 - Score: Child A 5 ou 6, Child B 7 a 10, Child C $>$ 10
 - Hepatopatia grave deve ser B ou C.
- Obs.: Os exames complementares (provas de função hepática) devem ser exigidos sempre que o exame clínico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes.

H - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE NEOPLASIAS MALIGNAS

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

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

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

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

- a - Grau de diferenciação celular,
- b - Grau de proliferação celular,
- c - Grau de invasão vascular e linfática,
- d - Estadiamento clínico e/ou cirúrgico,
- e - Resposta à terapêutica específica,
- 2 - A avaliação do servidor em relação à Invalidez Total e Permanente decorrente de neoplasia maligna deverá satisfazer as seguintes condições abaixo relacionadas:
 - a - apresentarem neoplasia com mau prognóstico em curto prazo,
 - b - forem portadores de neoplasias malignas incuráveis comprometedoras de sua capacidade laborativa,
 - c - tornarem-se inválidos em conseqüência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna,
 - d - manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna.

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

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

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

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

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

- a - Neoplasia de mama
- Casos de diagnóstico fechado (neoplasia disseminada, inoperável) = Aposentadoria
- Estádio IV = Sobrevida em 5 (cinco) anos é de 10%
- Estádio III = com ulceração cutânea, fixação da lesão à parede torácica (mama) e linfonodos axilares $>$ 2,5 cm ou linfonodos fixos, e edema de pele em pelo menos 1/3 da mama = sobrevida em 5 (cinco) anos é de 40%.
- Estádio II e I = não caracteriza invalidez imediata, aguardar evolução em 5 (cinco) anos, encaminhando para RF ou mantendo em licença médica. Avaliação caso a caso.
- b – Neoplasia Gástrica
- Sobrevida de 05 anos após cirurgia segundo estadiamento de tumores gástricos (Kim, 1994):

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

- Estádio I = sobrevida em 5 anos é de 90,7%,
- Estádio II = sobrevida em 5 anos é de 64,5%,
- Estádio III = sobrevida em 5 anos é de 33,4%,
- Estádio IV = sobrevida em 5 anos é de 4,9%.
- Estádio II e I = não caracteriza invalidez imediata, aguardar evolução em 5 (cinco) anos, encaminhando para RF ou mantendo em licença médica. Avaliação caso a caso.

c – Neoplasia de Próstata

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

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

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

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

Quanto maior a diferenciação menor o grau de gravidade.

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

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

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

Constituem exames complementares todos aqueles que podem subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como Anátomo Patológico, Ultra-sonografia, Tomografia, Imuno – histoquímico e Ressonância Magnética.

J - PROTOCOLO PARA APOSENTADORIA DOS PORTADORES DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS

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

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

- 1 - Demências.
- Entende-se por Demência um estado mental caracterizado por a perda de habilidades intelectuais severas que interferem com o funcionamento social e ocupacional.
- Várias patologias neurológicas podem levar um indivíduo a demenciação, entre elas, as mais frequentes são:
 - a - Demência de Alzheimer.
 - b - Doença de Parkinson.
 - c - Demência Vascular.
 - d - Demência devido à ingestão tóxica.
 - e - Demência devido à infecção.
 - f - Demência devido à doença orgânica.

Na avaliação dos portadores de Demência se levará em consideração:

- o comprometimento das funções intelectuais – cognitivas;
- a gravidade, a persistência e a evolução;
- a refração aos meios habituais de tratamento;
- alterações completa ou considerável da personalidade;
- o comprometimento grave do juízo de valor de realidade, com deteriorização da auto-estima e do pragmatismo.

2 - Paralisia Irreversível e Incapacitante.

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

- a - incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa a qual implica na interrupção de uma das vias motoras.
- b - A abolição das funções sensoriais, na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas, caracterizando a paralisia funcional.

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

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

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

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

- a - Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante diagnosticados e satisfeitos as condições conceituais específicas acima, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.
- b - As juntas médicas deverão especificar em seus laudos os diagnósticos etiológicos e sindrômicos, caracterizando como

condição indispensável o caráter definitivo e permanente da lesão.

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

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

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

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

J - PROTOCOLO DE APOSENTADORIA PARA OS PORTADORES DE NEFROPATIAS.

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

- Classificação:
 - Insuficiência Renal leve – classe I - filtração glomerular maior que 50mls por minuto.- creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%;
 - Insuficiência Renal moderada – classe II - filtração glomerular entre 20 e 50 ml/m- creatinina sérica entre 1.4 e 3.5mgs%
 - Insuficiência Renal severa – classe III - filtração glomerular inferior a 20ml/-creatinina serica acima de 3.5mgs%

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

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

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

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

- glomeronefrites crônicas;
- vasculites;
- nefropatias diabética e hipertensivas, por irradiação, obstructiva e hereditária;
- amiloidose renal;
- neoplasias;
- necroses (medular ou difusa);
- pielonefrite crônica;
- obstrução arterial e/ou venosa grave;
- nefrite intersticial crônica.

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

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

VII - PROTOCOLOS TÉCNICOS DE INSPEÇÃO PERICIAL PARA PENSÃO MENSAL

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

1 - São considerados beneficiários potenciais:

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

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

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

VIII PROTOCOLOS TÉCNICOS PARA INSPEÇÃO PERICIAL PARA SALÁRIO FAMÍLIA

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

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

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

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

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

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

- nº. 7.713, de 22 de dezembro de 1988;
- nº 8541, de 23 de dezembro de 1992;
- nº 9250, de 26 de dezembro de 1995;
- nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004, esta contem a última alteração do artigo 6º, inciso XIV, cujo texto é o seguinte: “ - os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente de trabalho e os percebidos pelos portadores de doença profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante”,

nefropatia grave, hepatopatia grave, estágios adiantados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença

tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma”, ficarão isentas de Imposto de Renda, em caráter temporário ou definitivo, quando atender aos critérios abaixo relacionados, após avaliação de junta médica no Departamento de Saúde do Servidor - DSS, da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Gestão, da Prefeitura do Município de São Paulo”.

A - SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA (SIDA)

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

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

B - ALIENAÇÃO MENTAL

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

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

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

- F00 - Demência na doença de Alzheimer (G30)
- F01 - Demência vascular
- F02 - Demência em outras doenças classificadas em outra parte

-F03 - Demência não especificada

-F20 - Esquizofrenia.

-F21 - Transtorno esquizotípico.

-F22 - Transtornos delirantes persistentes.

-F25 - Transtornos esquizoafetivos.

-F70 a F79 - Retardo mental

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

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

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

C - CARDIOPATIA GRAVE

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

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

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

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

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

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

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

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

a - INSUFICIÊNCIA CÁRDIACA enquadrada nas classes III e IV da Sociedade Brasileira de Cardiologia que segue a New York Heart Association (NYHA) e eventualmente, as de classe II, na dependência da idade, atividade profissional e as impossibilitada de reabilitação.

b - INSUFICIÊNCIA CORONARIANA com angina em classe funcional III e IV apesar de tratamento otimizado ou com estes-nos coronarianas maiores que 70% em três ou mais vasos e não passíveis de tratamento cirúrgico.

c - ARRITMIAS GRAVES como as que provocam parada cardíaca ou que não sejam passíveis de tratamento com marca-passos cardíacos, e que ocorram na ausência de eventos transitórios.

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

e - Todas as cardiopatias independentes da etiologia (hipertensiva, valvar, congênita, miocardiopatias, pericardiopatias, cor pulmonale, os portadores de próteses cardíacas, os transplantados, etc.), desde com limitação física ou da capacidade funcional que os enquadrem nas categorias III e IV.

f - CONDIÇÕES AGRAVANTES

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

xemia e baixo débito cerebral, desde que secundários a uma cardiopatia.

Observação:

Em se caracterizando a cardiopatia grave, conforme os critérios acima, a Isenção de imposto de renda poderá ser em definitivo. Porém, quando os tratamentos clínicos, intervencionistas ou cirúrgicos melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deverá ser reconsiderado e reavaliado, podendo não mais preencher critérios para Isenção de Imposto de Renda. A condição de portador de tratamento cirúrgico ou outro intervencionista, per se não caracteriza de antemão condição de gravidade de uma cardiopatia.

Na inspeção pericial a Junta Médica deve realizar anamnese e exame físico, nos quais devem ser investigados os sinais e sintomas que caracterizam a classe funcional, bem como a presença de agravantes para a caracterização da condição de gravidade da cardiopatia.

Os exames complementares devem ser exigidos sempre, complementando o exame clínico, anamnese e o relatório do médico assistente. Constituem exames complementares, todos aqueles que possam subsidiar a conclusão diagnóstica, tais como: Eletrocardiograma, Radiografia de Tórax, Ecocardiograma, Cineangiografiografia, Provas de estresse, Eletrocardiografia dinâmica (Holter), Exames de Bioquímica Sanguínea ou outros, de acordo com a síndrome cardiológica em questão

D – CEGUEIRA

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

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

Incluimos ainda nesta categoria os indivíduos que tem percepção luminosa (distingue entre claro e escuro) e projeção luminosa (capaz de identificar também a direção de onde provém à luz).

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

- a visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos.

- ou se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus (ainda que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200).

Cegueira legal: definida como “acuidade visual central de 20/200 ou menos, no melhor olho, com lentes corretivas ou acuidade visual central maior do que 20/200 caso exista um defeito de campo visual, no qual o campo periférico seeja de forma que o diâmetro maior do campo visual, atinja uma distância angular menor que 20 graus no melhor olho” – Scholl, 1986.

3 - A IIR nos casos enquadrados acima, será concedida em caráter definitivo.

- Não serão beneficiados pela concessão de IIR os indivíduos com "visão subnormal" (indivíduo que possui acuidade visual entre 6/60 (ou 0,1) e 18/60 (ou 0,3) no melhor olho e/ou campo visual entre 20° e 50° com a melhor correção óptica).

E - HEPATOPATIA GRAVE

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

As doenças mais comuns que podem levar às hepatopatias graves são as Hepatite B, Hepatite C e Cirroses de outras origens.

Caracteriza-se como Hepatopatia Grave, a presença de sinais clínicos e laboratoriais de agravamento da insuficiência hepática, como o aparecimento de ascite, demais, manifestações hemorrágicas, icterícias, encefalopatias e alterações laboratoriais como

plaquetopenia, albumina plasmática abaixo de 3mg% e tempo de protrombina inferior a 60% do normal.

A gravidade de uma Hepatopatia crônica é medida através do índice de CHILD-PUGH-TURGOTTE, que resulta de dados clínicos (anamnese e exame físico) e laboratoriais já citados (presença de ascite, bilirrubinas, albumina). Para considerar-se Hepatopatia grave o escore deve atingir índices de B ou C.

ÍNDICE DE CHILD-PUGH-TURGOTTE

Pontos atribuídos 1 2 3

Grau de encefalopatia 0 1 a 2 3 a 4

Ascite Ausente Discreta Moderada

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

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

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

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

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

Para doenças colelitásticas \ 4 4 a 10 \ 10

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

Hepatopatia grave deve ser B ou C.

Obs.: Exames complementares recentes (provas de função hepática) devem ser sempre exigidos para a caracterização da gravidade da patologia A IIR será concedida quando:

- a doença for caracterizada como hepatopatia grave, conforme o índice de Child-Pugh-Turgoite.

- o interessado estiver em fila de transplante podendo ter a concessão do benefício em caráter provisório, até a realização do mesmo. No caso de transplante hepático com boa evolução e função hepática normal, o benefício pode ser indeferido.

F - CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO

Os efeitos prejudiciais da radiação sobre o indivíduo dependem da dose, duração da exposição e grau de exposição à mesma. Todos os casos com diagnóstico firmado de Contaminação por Radiação devem ser objetos de emissão de laudo médico oficial.

Nestes casos, a junta médica deverá solicitar e anexar ao laudo, além de pareceres especializados, documentos que comprovem que o requerente é portador de uma ou mais lesões provocadas por radiação.

A concessão do benefício será sempre em caráter definitivo, tendo em vista a impossibilidade de reversão da patologia.

G - NEOPLASIA MALIGNA

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

As Juntas Médicas Periciais deverão levar em conta, para fins de tempo de concessão da IIR:

1 - Diagnóstico: - são consideradas neoplasias malignas aquelas relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID - 10ª), de C00 a C 97.

2- Prognóstico: - determinado pelo grau de malignidade da neoplasia segundo os seguintes fatores:

- Grau de diferenciação celular,
- Grau de proliferação celular,
- Grau de invasão vascular e linfática,

- Estadiamento clínico e/ou cirúrgico,
- Resposta à terapêutica específica,
- Estatística de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.

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

4 -Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna e enquadrados na Lei de IIR durante 05 (cinco) anos, aqueles que apresentarem neoplasia restrita ao órgão acometido, sem metástases linfáticas regionais ou a distancia, tendo realizado tratamentos cirúrgicos, radioterápicos e/ou quimioterápicos;

5 - Não serão considerados portadores de Neoplasia Maligna os indivíduos

submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico e que após 05 (cinco) anos de acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentarem evidência de atividade da Neoplasia.

6 - Indivíduos que alem da lesão original apresentar metástases em linfonodos regionais e/ou a distancia terão laudo de IIR em caráter definitivo, contando a partir da data do diagnóstico anatomopatológico.

7 – As neoplasias malignas com seguimentos através de marcadores tumorais e sem confirmação diagnóstica de recidiva por exame anátomo-patológico terão a concessão de mais um período de IIR a critério pericial.

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

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

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

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

07.....Pouco diferenciadas.

De 08 a 10.....Indiferenciadas.

Quanto maior a diferenciação menor o grau de gravidade. Índice de Gleason de 2 a 6 será concedida IIR por período de 05(cinco) anos

-os casos nos quais o índice de Gleason for de 07 (sete) ou acima deste, serão caracterizados como patologia com IIR em caráter definitivo.

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

Serão considerados como portadores de condição geradora de IIR em caráter definitivo, também os indivíduos acometidos por mais de uma neoplasia maligna ou com recidiva local da patologia.

H - DOENÇA DE PAGET

A Doença de Paget em seu estágio inicial é geralmente assintomática, portanto, não gera condição para concessão de IIR. Com a evolução da patologia e na presença de deformidades ósseas e sintomas dolorosos há caracterização de condição geradora de

Isenção de Imposto de Renda em caráter definitivo. Deverá ser definida uma data para início do estágio grave da doença e quando não for possível, será considerada a data da perícia.

Exames complementares como RX simples, cintilografias, TC e RNM auxiliarão no diagnóstico e na caracterização da gravidade da patologia.

I - DOENÇA DE PARKINSON

Todos os casos com diagnóstico firmado de Doença de Parkinson devem ser objetos de enquadramento na lei de IIR, em caráter definitivo, exceto aqueles secundários a efeito de medicamentos. A junta médica deverá solicitar e anexar ao laudo, pareceres

especializados e exames complementares determinando a data do início da patologia.

J - PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE
1 - Entende-se por paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, decorrente de interrupção das vias motoras desde o córtex cerebral até a própria fibra muscular. A abolição das funções sensoriais na ausência de lesões orgânicas das vias nervosas caracteriza a paralisia funcional.

2 - A paralisia será considerada irreversível e incapacitante, quando esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários a recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos das funções sensitiva e/ou motora levando a

incapacidade funcional.

3 - Serão equiparadas às paralisias irreversíveis e incapacitantes, as lesões ósteo-músculo-articulares e as vasculares graves e crônicas, das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções motoras, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários para sua recuperação. As parésias serão equiparadas às paralisias quando resultem em alterações extensas das funções motoras com comprometimento funcional importante.

Os exames complementares devem ser exigidos sempre que o exame físico, a anamnese e o relatório do médico assistente não forem suficientes para o diagnóstico da patologia causadora da paralisia. Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante,

diagnosticados e satisfeitas as condições conceituais especificadas acima, terão caracterização de patologia enquadrada na lei de IIR em definitivo. Os portadores de quadros passíveis de caracterização como paralisia irreversível e incapacitante, cujo evento causal seja recente, poderão preencher os critérios por período determinado.

As juntas médicas deverão especificar em seus laudos os diagnósticos etiológicos e sindrômicos, caracterizando como condição indispensável o caráter definitivo, permanente e incapacitante das lesões. Deverão também, declarar entre parênteses, após enunciar o diagnóstico, a expressão "equivalente à paralisia irreversível e incapacitante", quando concluírem pelo enquadramento nesta categoria de lesão.

K - NEFROPATIA GRAVE

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

Classificação:

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

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

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

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

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

2 - As nefropatias que cursam com Insuficiência Renal moderada – classe II, Insuficiência Renal Severa - classe III são

enquadradas como Nefropatias Graves, enquadradas, portanto na lei de IIR, sendo a caracterização em caráter definitivo.

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

4 - Os casos que estiverem em lista de transplante/implante renal poderão ter o benefício até a normalização laboratorial, portanto podem ter período definido.

L - ESCLEROSE MÚLTIPLA

Todos os casos com diagnóstico firmado de Esclerose Múltipla devem ser enquadrados na lei de IIR. Nestes casos, a junta médica deve solicitar e anexar ao laudo, além de pareceres especializados, exames complementares para dar consistência ao diagnóstico, quando necessário. A caracterização da patologia será realizada sempre em caráter definitivo

M - ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

Todos os casos com diagnóstico firmado de EA devem ser enquadrados na lei de IIR.

Nestes casos, a junta médica deve solicitar e anexar ao laudo, além de pareceres especializados, exames complementares para dar consistência ao diagnóstico.

A caracterização desta patologia será feita em caráter definitivo, quando possível com data do início da patologia, quando não a data da realização da perícia. As Juntas Médicas farão o enquadramento legal equiparando ao da EA os portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo da movimentação da coluna vertebral. Nestes casos a junta deverá acrescentar entre parênteses "equivalente a espondiloartrose anquilosante".

N – HANSEINASE

Todas as formas clínicas da patologia devem ser enquadradas na lei de IIR.

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

- Forma Virchowiana - enquadramento por dois anos
- Dimorfa - enquadramento por dois anos
- Indeterminada - enquadramento por um ano
- Tuberculóide - enquadramento por um ano

O - TUBERCULOSE ATIVA

Todos os casos de tuberculose em atividade devem ser enquadrados na lei de IIR e terem laudos emitidos com validade inicial de seis meses.

Após o controle da doença, devidamente comprovado pela alta com cura do tratamento ambulatorial, o benefício é suspenso.

DEPTO DE SAÚDE DO SERVIDOR - CONVOCAÇÃO

DIVISÃO MÉDICA - DESS - 1

SEÇÃO DE LICENÇAS MÉDICAS

Relação de Servidores Convocados para Avaliação Médico Pericial

LOCAL:PATRIARCA

ENDEREÇO: Praça do Patriarca, 100 Sé São Paulo SP

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

NOME	RF	DATA	HORARIO
ANGELICA APARECIDA MACHADO	687.591.2	11/01/2016	13:00
FELIPE GUEDES LEITE	783.707.1	14/12/2015	12:40
JESSICA APARECIDA DOS SANTOS	803.340.4	11/01/2016	13:00

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

NOME	RF	DATA	HORARIO
ANTONIO ROBERTO GOMES	800.764.1	16/12/2015	12:10
NOME	RF	DATA	HORARIO
GISLENE APARECIDA TURATI	776.229.1	11/01/2016	14:00
JOSE INACIO	689.782.7	13/01/2016	10:10
MARIA DAS GRACAS SILVA	520.561.1	16/12/2015	12:40

Relação de Servidores Convocados para Avaliação com Médico Perito Especialista

LOCAL:PATRIARCA

ENDEREÇO: Praça do Patriarca, 100 Sé São Paulo SP

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

NOME	RF	DATA	HORARIO
ADRIANA CRISTINA RAMAZZINI	692.402.6	06/01/2016	12:00
ANA LUCIA CERSOSIMO COSTA	675.828.2	15/12/2015	13:10
ANA PAULA FERREIRA DA SILVA	685.423.2	15/12/2015	13:40
ANDERSON FINI	684.798.6	20/01/2016	12:00
ARIANE FARIA CRUZ	779.636.6	18/02/2016	09:00
AURITANIA LUSTOSA MENDES	724.522.0	07/01/2016	14:10
AURITANIA LUSTOSA MENDES	724.522.0	07/01/2016	14:10
CLAUDIA LIMA ORTEGA	620.470.8	05/01/2016	12:00
CLEONICE ZANARDO FAGOTTI	585.213.3	18/02/2016	14:40
DONATA DE CASSIA MARINHO	801.561.9	06/01/2016	12:00
EDNA APARECIDA DE FRANCA	752.025.5	18/12/2015	13:40
ELISABETH CRISTINA ORTIZ SERRA	620.719.7	06/01/2016	12:00
FUSAKO HASHIMOTO TAKESAKI	677.335.4	07/01/2016	14:10
GABRIELA FRATA MARTINS	792.995.1	05/01/2016	12:00
IVONETE DE SOUSA SANTOS	621.187.9	14/12/2015	12:40
JESSICA FERNANDES CARVALHO	790.555.6	04/02/2016	14:10
JUVENITA MARIA DE JSALVIOLI	597.611.1	14/12/2015	12:40
MAGDA APARECIDA DE JESUS	744.003.2	06/01/2016	12:00
MARIA FERNANDA DA S.F.DE MELO	756.503.8	14/01/2016	14:10
MARIA JOSE COELHO	655.796.1	07/01/2016	14:40
MARIA SEBASTIANA DE A.ROBERTO	565.508.1	05/01/2016	14:40
MARIA TERESA DOS SANTOS SILVA	684.515.1	16/12/2015	13:40
MARINA MARTINEZ MOLIM	779.225.3	05/01/2016	12:00
MIRIAM REGINA NDA SILVA PAULA	710.146.6	14/12/2015	12:40
MIRIAN DE JESUS V. FERREIRA	711.508.3	04/01/2016	12:40
ROBERTA FABRIS PRANZO	735.784.2	15/12/2015	12:40
RONALDO DOS SANTOS	654.065.1	10/03/2016	14:10
ROSA LUZ DO NASCIMENTO	801.290.3	05/01/2016	12:00
ROSEMEIRE ERIKA F. DE S.CORREIA	779.005.8	06/01/2016	12:00
ROSEMEIRE ERIKA F. DE S.MORAES	735.006.6	25/02/2016	14:40
SILVANA DE OLIVEIRA C. COSTA	745.550.0	05/01/2016	14:10
SIMONE CRISTINA JACOB	795.968.3	14/12/2015	07:40
SIRLENE DINO	666.376.1	15/12/2015	12:40
SONIA APARECIDA F. DE OLIVEIRA	564.901.3	11/12/2015	13:10
SUELI DE LIMA SILVA	686.884.3	11/12/2015	13:40
SUELI DE SOUZA SILVA	581.360.3	05/01/2016	14:10

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

NOME	RF	DATA	HORARIO
ANDREA DELLA FAVERA	739.662.7	15/12/2015	13:10
CAMILA CASSIANO CASARI LARANJO	792.728.2	04/01/2016	12:00
EDILEUSA FERREIRA DOS SANTOS	315.681.8	16/12/2015	12:10
LAUDI APARECIDA DE SOUZA MARISA	718.214.7	14/01/2016	14:10
MARIA DE LOURDES DA CRUZ	647.676.7	18/12/2015	13:40
MARLI DE FRANCA CORDEIRO	657.268.5	28/01/2016	12:40
NILZA MARIA DE O. RODRIGUES	614.522.1	25/02/2016	14:10
SILVIA DA SILVA PEREIRA	784.841.2	07/01/2016	14:10
SILVIA PRISCILA ALVES	805.492.4	11/02/2016	14:40

SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANCA URBANA

NOME	RF	DATA	HORARIO
LUIS CARLOS SILVA DE JESUS	741.696.2	15/12/2015	14:10