



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

DECRETO N. 19.163, DE 15 DE SETEMBRO DE 2014

Alterações:

[Alteração dada pelo Decreto nº 24.994, de 29/4/2020.](#)

Dispõe sobre o manual de normas técnicas Mérito-Perícias do Estado de Rondônia.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE RONDÔNIA, no uso da competência privativa que lhe confere o art. 65, inciso V, da Constituição Estadual,

**D E C R E T A:**

Art. 1º. Fica aprovado o Manual de Normas Técnicas Médico-Periciais – Primeira Edição, do Centro de Perícias Médicas do Estado de Rondônia – CEPEM, da Superintendência Estadual de Administração e Recursos Humanos – SEARH.

Art. 2º. A Superintendência Estadual de Administração e Recursos Humanos - SEARH ou outro órgão que a substitua, em conjunto com o IPERON, ficam autorizados a promover as alterações e baixar os atos necessários ao fiel cumprimento e aplicação do Manual de que trata este Decreto.

Art. 3º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio do Governo do Estado de Rondônia, em 15 de setembro de 2014, 126º da República.

**CONFÚCIO AIRES MOURA**  
Governador



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

**MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS MÉDICO-PERICIAIS DO ESTADO DE RONDÔNIA**

**CAPÍTULO I**

**CONCEITOS BÁSICOS DE PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE**

**Perícia Oficial em Saúde**

É o ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do servidor, por médico formalmente lotado no CEPEM – Centro de Perícias Médicas – SEARH.

A perícia oficial em saúde produz informações para fundamentar as decisões da administração.

A perícia oficial em saúde compreende duas modalidades:

1. **Junta Oficial em Saúde:** perícia oficial em saúde realizada por grupo de três médicos.
2. **Perícia Oficial Singular em Saúde:** perícia oficial em saúde realizada por apenas um médico.

Os Peritos Oficiais em Saúde e aqueles que compuserem a Junta Oficial em Saúde serão, obrigatoriamente, lotados no CEPEM – Centro de Perícias Médicas – SEARH.

**Perito Oficial em Saúde**

É o médico que realiza ato pericial com o objetivo de subsidiar a Administração Pública Estadual na formação de juízo a que está obrigada. É responsável pelo estabelecimento da correlação entre o estado mórbido e a capacidade laborativa do servidor, assim como pelo nexos entre a morbidade e o trabalho. Tem o dever precípua de ajudar a fundamentar as decisões administrativas.

**Capacidade Laborativa**

Capacidade Laborativa pode ser considerada o ter saúde suficiente ou mínima para o trabalho. É uma exigência principal do mercado, e só vende sua força de trabalho quem tem “saúde suficiente” para executar o trabalho requerido. A produção não necessita de trabalhadores saudáveis, mas sim de indivíduos que possam garantir a produtividade esperada. “O que importa não é a saúde do trabalhador, mas a saúde necessária à produção” como enfatiza Ribeiro (1999).

A avaliação pericial da capacidade laborativa é destinada a responder aos quesitos estabelecidos, atendendo aos conceitos e aos critérios legais e padronizados neste Manual.

No critério de avaliação da capacidade laborativa, deve-se considerar os seguintes elementos: alterações mórbidas obtidas por meio da anamnese, exame físico, exames laboratoriais e, se necessário, pareceres de outros profissionais de saúde; histórico ocupacional, avaliação psicossocial e verificação de causalidade com a ocupação atual e passada (nexo-causal) e outras julgadas assim como observância dos



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

dispositivos legais. A presença da doença, por si só, não significa a existência de incapacidade laborativa - o que importa é a sua repercussão no desempenho das atividades.

Na avaliação da capacidade laborativa e suas consequências, como no caso da concessão ou não da licença médica para tratamento de saúde, assim como da sua suspensão, o médico perito deve levar em conta a relação entre a patologia apresentada e a incapacidade para o trabalho, considerando o aspecto sócio econômico do servidor, entre outros. Este também foi o entendimento do Conselho Federal de Medicina ao publicar a Resolução CFM 1.851/08 em 18/08/08, que será apresentada ao longo deste Manual.

### **Incapacidade Laborativa**

Entende-se por incapacidade laborativa a impossibilidade de desempenho do servidor de executar atividades específicas ao seu cargo, função ou emprego, decorrentes das alterações patológicas consequentes aos agravos apresentados.

Deverão ser sempre considerados, dentro do critério de avaliação da incapacidade, a possibilidade de agravamento da doença, bem como o risco de morrer para a pessoa ou para terceiros, que a continuação do trabalho possa acarretar, sob determinadas condições em que ele é executado pelo servidor.

O conceito de incapacidade deve ser analisado quanto ao grau, à duração e à profissão ou função desempenhada.

**Quanto ao Grau** - A incapacidade laborativa pode ser parcial ou total:

a) considerar-se-á como parcial o grau de incapacidade que ainda permita (capacidade residual) o desempenho de atividade laboral, com restrições, porém sem risco de morrer ou agravamento maior.

b) considerar-se-á incapacidade total a que gera a impossibilidade de desempenho de atividade laboral, não permitindo atingir a média de rendimento, alcançada em condições normais, pelos servidores do cargo, função ou emprego do examinado.

**Quanto à Duração** - A incapacidade laborativa pode ser temporária ou permanente:

a) considera-se temporária a incapacidade para a qual se pode esperar recuperação dentro de prazo previsível ou não;

b) considera-se incapacidade permanente aquela insuscetível de alteração com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis à época da avaliação pericial.

**Quanto à Profissão** - A incapacidade laborativa pode ser:

a) Uniprofissional - Aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica;

b) Multiprofissional - Aquela em que o impedimento abrange diversas atividades profissionais;

c) Omniprofissional - Aquela que implica a impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa. Esse conceito tem caráter teórico, salvo e objetivo, exceto em situações transitórias.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

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

### **Invalidez**

Entende-se por invalidez a incapacidade laborativa total, permanente e omniprofissional, insuscetível de recuperação ou readaptação profissional, em consequência de doença ou acidente.

As conclusões da avaliação da incapacidade, com base em exame pericial, deverão ser as mais rápidas possíveis, permitindo-se diagnósticos sindrômicos ou sintomáticos diante de incapacidade.

A incapacidade permanente ou invalidez acarretam aposentaria, por tornar o servidor incapaz de prover a sua subsistência e/ou a realização das atividades da vida diária.

### **Deficiência**

É a perda parcial ou total, bem como ausência ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica.

A deficiência pode ser enquadrada nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental e múltipla.

### **Acidente em Serviço**

É aquele que ocorre com o servidor, pelo exercício do cargo, função, ou emprego no ambiente de trabalho ou no exercício de suas atividades a serviço da Administração Pública, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou mental.

A deficiência pode ser enquadrada nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental e múltipla. São também considerados acidentes em serviço os eventos que ocorrem no percurso da residência para o trabalho ou vice-versa.

### **Doença Profissional**

São as doenças decorrentes, desencadeadas ou agravadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade profissional ou adquirida em função de condições ambientais específicas em que se realiza o trabalho.

A causa da ocorrência é necessariamente a atividade laboral.

### **Doença Relacionada ao Trabalho**

Consiste na doença em que a atividade laboral é fator de risco desencadeante, contributivo ou agravante de um distúrbio latente ou de uma doença preestabelecida.

A doença relacionada ao trabalho estará caracterizada quando, diagnosticado o agravo, for possível estabelecer uma relação epidemiológica com a atividade laboral. As doenças endêmicas, contraídas no exercício do trabalho, também serão caracterizadas como doenças relacionadas ao trabalho.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

### **Readaptação**

É a investidura do servidor, indicada por avaliação pericial, em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental.

### **Reabilitação Funcional**

É o processo de duração limitada, com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com incapacidade adquirida alcance os níveis físicos e mentais funcionais que possibilitem o seu retorno ao trabalho.

Todo servidor que apresente redução de sua capacidade funcional terá direito a se beneficiar de reabilitação necessária à recuperação da sua capacidade laborativa.

### **Restrição de Atividade Laboral**

É a recomendação para não realização de uma ou mais atribuições do cargo, função ou emprego, cuja continuidade do exercício possa acarretar o agravamento da doença do servidor ou risco a terceiro.

### **Licenças por Motivo de Saúde**

É o direito do servidor de ausentar-se, sem prejuízo da remuneração a que fizer jus, por motivo de tratamento da própria saúde ou de pessoa de sua família, enquanto durar a limitação laborativa ou a necessidade de acompanhamento ao familiar, dentro dos prazos previstos, conforme a legislação vigente.

### **Doença Incapacitante**

É a enfermidade que produz incapacidade para desempenhar as tarefas da vida diária e as atividades laborais do ser humano.

A doença incapacitante pode ser passível de tratamento e controle com recuperação total ou parcial da capacidade laborativa, não resultando, obrigatoriamente, em invalidez.

### **Atividades da Vida Diária**

Atividades da Vida Diária - AVD são as tarefas pessoais, concernentes aos autocuidados, e também a outras habilidades pertinentes ao cotidiano de qualquer pessoa. São consideradas – AVD:

1. Autocuidados: escovar os dentes, pentear os cabelos, vestir-se, tomar banho, calçar sapatos, alimentar-se, beber água, fazer uso do vaso sanitário, dentre outros;
2. Tarefas diárias: cozinhar, lavar louça, lavar roupa, arrumar a cama, varrer a casa, passar roupas, usar o telefone, escrever, manipular livros, sentar-se na cama, transferir-se de um lugar ao outro, dentre outras.

## **CAPÍTULO II**

### **PRINCÍPIOS DA PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE CONHECIMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO**

O perito deve conhecer o tipo de trabalho do avaliado e, sobretudo, investigar em quais condições são desenvolvidas as atividades laborais, envolvendo condições ambientais de trabalho, organização do



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

trabalho, relacionamento social e profissional, podendo inclusive realizar visitas ou inspeções ao posto de trabalho.

A análise da capacidade laboral do servidor frente a uma doença ou enfermidade requer competência técnica, habilidade ao olhar para o estado geral do servidor, noções de epidemiologia, conhecimentos da relação saúde e trabalho e urbanidade/habilidade.

Ao elaborar o laudo, o perito oficial em saúde deve se valer de conhecimento técnico e fundamentos legais para dirimir questões relacionadas ao direito.

### **Ética**

A Ética no processo de avaliação da capacidade laborativa, aqui discutida, está pautada nas argumentações, no respeito às diferenças e no diálogo com o outro. Portanto, os princípios que devem reger as relações nos atos periciais precisam transcender os códigos, os controles e os métodos para individualizar o periciado.

A perícia oficial em saúde está a serviço de interesses sociais, seja para assegurar o exercício de um direito do servidor, seja para defender a Administração Pública do Estado de Rondônia.

O perito deve ter senso de justiça, realizando os procedimentos necessários para o exercício do direito, assim como fidelidade à coisa pública de forma a não permitir favorecimentos indevidos ou negação de direitos legítimos.

A isenção é uma obrigação ética do perito, também referendada nos Códigos de Ética Médica e Odontológica.

Não pode haver, em princípio, suspeição no ato pericial, por isso, é vedado qualquer tipo de relação de proximidade entre perito oficial em saúde e o servidor ou seu dependente legal, pois se presume prejudicada a imparcialidade.

Também é vedado qualquer tipo de ingerência administrativa no ato técnico pericial.

O perito oficial em saúde, atuando na perícia singular ou em junta, fica impedido de participar de ato pericial quando:

1. For parte interessada.
2. Tenha tido participação como mandatário da parte, ou sido designado como assistente técnico de órgão do Ministério Público, ou tenha prestado depoimento como testemunha.
3. For cônjuge ou a parte for parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o segundo grau.
4. A parte for paciente, ex-paciente ou qualquer pessoa que tenha ou teve relações sociais, afetivas, comerciais ou administrativas, capazes de comprometer o caráter de imparcialidade do ato pericial.
5. Assinar laudos periciais se não tiver realizado ou participado pessoalmente do exame.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

### **Sigilo Profissional e Documentos Oficiais**

Os servidores do Estado de Rondônia que estão lotados em local do manuseio dos documentos periciais deverão manter sigilo do diagnóstico e demais conteúdo referente ao examinado, sob risco de cometer infração penal.

Dispõe o artigo 325 do Código Penal, *in verbis*: “Revelar fato de que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a revelação”, prevê punição para a quebra de sigilo funcional”.

É vedado ao perito assinar laudos periciais se não tiver realizado ou participado pessoalmente do exame.

Assinar laudos falsos constitui crime previsto nos artigos 299 e 302 do Código Penal Brasileiro, além de infração ética grave.

### **Relação do Perito Oficial em Saúde com a Instituição**

Os Peritos Oficiais em Saúde cumprem importante atribuição de defesa dos interesses do Estado e dos servidores no âmbito da Administração Pública.

O perito, gozando de plena autonomia, tem o dever de informar aos setores próprios da Administração Pública sobre os resultados da perícia oficial em saúde e instruí-la no que for necessário. Sua atuação deve ser pautada pelo Código de Ética e pelas leis que regem a Administração Pública, sendo vedado se sujeitar a demandas administrativas que se contraponham ao seu parecer.

O perito deve, ainda, satisfação ao preceito jurídico da autotutela, ou seja, é um servidor com autoridade constituída para chamar a si a responsabilidade de corrigir ato sob a sua alçada que gerou privação de direito ou lesão à coisa pública.

No caso de ato de privação de direito ou lesão à coisa pública praticado por outro perito, o fato deverá ser comunicado à autoridade competente e ser objeto de investigação nos moldes previstos em Lei.

### **Relação do Perito Oficial em Saúde com o Servidor ou seu Dependente Legal**

É preciso distinguir a atuação do profissional que examina a pessoa com o objetivo de tratá-la, daquele que a examina na qualidade de perito.

Enquanto que na assistência, o paciente escolhe o profissional livre e espontaneamente e confia-lhe o tratamento da sua enfermidade e tem todo o interesse de informar ao profissional que o assiste seus sintomas e as condições de seu aparecimento, tendo a convicção de que somente assim o profissional poderá chegar a um diagnóstico correto e subsequente tratamento. Há um clima de mútua confiança e empatia, pois a confiança é uma necessidade imperiosa para a eficácia do tratamento. O sigilo é construído em uma relação particular de confiança, quase que compulsória. A legislação brasileira exige um compromisso do cuidador. A violação é uma ofensa ao direito do outro que pode gerar consequência devastadora sobre a integridade física, mental ou moral do paciente.

Já na perícia, o servidor ou seu dependente legal é solicitado por uma autoridade a comparecer diante de um perito ou de uma junta, escolhido por essa autoridade, para verificar o estado de saúde, com fins de decisão de direitos ou aplicação de leis. Desta forma, na relação pericial pode haver mútua



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

desconfiança. O periciado tem o interesse de obter um benefício, o que pode levá-lo a prestar, distorcer ou omitir informações que levem ao resultado pretendido e o perito pode entender que existe simulação.

Na relação pericial não existe a figura de paciente, o periciado não está sob os cuidados do perito. O periciado não deve esperar do perito oficial em saúde um envolvimento de cuidador, o que não significa perda de cortesia, atenção e educação. O perito não deve se referir ao periciado pelo termo “paciente”, mas sim como examinado, periciado ou servidor.

O profissional deve estar preparado para exercer sua função pericial, observando sempre o rigor técnico e ético para que não parem dúvidas em seus pareceres. Deve ter em mente que a avançada tecnologia atual não pode se sobrepor à abordagem humanizada, e cabe ainda ao perito uma escuta que deve ir além do que verbaliza o servidor ou seu dependente legal, na tentativa de desvendar o que não foi revelado e avaliar as informações fornecidas, devendo o perito ficar em alerta para uma boa observação clínica, com o intuito de identificar simulações e dissimulações.

O senso crítico apurado deve ser fator determinante na atuação do perito para questionar sempre o que for necessário.

Fica a critério do perito a presença de acompanhante durante a perícia, desde que este não interfira nem seja motivo de constrangimento, pressão ou ameaça aos peritos. É garantido o acompanhamento do assistente técnico na avaliação pericial.

Durante o exame pericial singular que envolva **exame físico** do servidor ou seu dependente legal, o perito deverá, **sempre**, ser acompanhado por atendente de consultório da instituição, visando resguardar tanto o examinado quanto o perito.

É vedada a filmagem ou gravação da avaliação pericial. (processo consulta CFM n. 1.829, de 2006, Parecer CFM n. 9, de 2006).

Não compete à chefia imediata ou aos setores de Recursos Humanos ter acesso aos documentos periciais do prontuário do servidor, por conterem dados sigilosos.

### **Relação do Médico Perito Oficial em Saúde com o Médico Assistente**

Considerando que o Médico Assistente vivencia o dia-a-dia do paciente, faz o atendimento, a avaliação, o diagnóstico e o tratamento do assistido, deverá prestar as informações necessárias para complementar o exame pericial, uma vez que no Atestado Médico emitido deverá constar, obrigatoriamente, o diagnóstico da doença, sua evolução, a duração, as condutas e respostas terapêuticas, os exames comprobatórios e, se possível, o prognóstico e este deve **sugerir**, inclusive, o tempo estimado de afastamento do trabalho para a recuperação de seu paciente, sem, contudo, estender-se sobre as possíveis considerações legais ou administrativas, que estão fora do seu campo de atuação. Não cabendo ao assistente emitir parecer sobre os possíveis benefícios ou tecer considerações legais ou administrativas, que estão fora do seu campo de atuação, conforme previsto nas Resoluções do CFM n. 1.851, de 2008.

Ressalta-se que o exame pericial para fins de avaliação do direito de concessão de licença por incapacidade laboral é da competência e atribuição do perito, que utiliza os seus conhecimentos para avaliar o servidor ou seu dependente legal quanto à capacidade laborativa, seguindo as normas legais.

Além dos conhecimentos clínicos e legais, há a necessidade de critérios que observem a legislação e os aspectos judiciais.



## **GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA**

É tecnicamente recomendável que a investigação pericial se inicie pela informação prestada pelo profissional de saúde assistente do servidor ou seu dependente legal; cabendo ao perito, depois de confirmada a existência de enfermidade, consultar o perfil profissiográfico em relação à atividade exercida pelo servidor e emitir a conclusão sobre a limitação para a atividade laborativa. O pleito poderá ser homologado, adequado ou negado, independentemente do sugerido no Atestado Médico, podendo o perito emitir o parecer que o servidor poderá ser afastado das atividades laborais, ser readaptado, reabilitado, restrição de atividades ou aposentado. Há uma diferença de postura entre o perito e o assistente. O perito não pratica a clínica, uma vez que não trata de pacientes.

### **CAPÍTULO III PROCEDIMENTOS DA PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE/AVALIAÇÃO PERICIAL OFICIAL EM SAÚDE**

A avaliação pericial é imprescindível nos processos de licença de saúde, aposentadoria por invalidez, readaptação,nexo de acidente, doença profissional e doença relacionada ao trabalho, entre outros previstos na legislação.

No entanto, a concessão do direito certo, prevista em ato específico, é atribuição da autoridade administrativa.

A perícia oficial em saúde se inicia com a identificação do servidor, seu local de trabalho, sua função e sua atividade real.

Uma anamnese completa acompanhada de criterioso exame físico constituem bases importantes para a avaliação pericial e são elementos essenciais para a formação da opinião do perito.

O conhecimento do curso das doenças, da sua etiologia e das suas manifestações clínicas são indispensáveis para uma boa avaliação pericial. Os exames complementares, os relatórios de especialistas e de outros profissionais de saúde contribuem para avaliação da capacidade laborativa.

Na história da doença, o perito deve apurar as condições do afastamento do trabalho e se ele é consequência direta ou não do estado mórbido apresentado.

Nos casos de suspeita de acidente em serviço, doença profissional e/ou doença relacionada ao trabalho, o perito deverá se valer das tarefas típicas de cada grupo ocupacional dos cargos existentes nos diversos poderes da Administração Pública Estadual, bem como considerar o local onde o mesmo se encontra exercendo suas atividades.

O diagnóstico, peça fundamental no modelo assistencial, é uma das referências para a perícia, que avalia as repercussões sobre a capacidade laborativa.

Olhar para o estado geral do examinado é fundamento que deve ser aplicado a todo ato pericial. É preciso analisar o reflexo da doença ou do conjunto das doenças no indivíduo.

Em geral, o examinado traz informações do profissional assistente e exames complementares que ajudam na avaliação pericial. Entretanto, os achados colhidos pelo perito, sua impressão e um referencial técnico, como os parâmetros de afastamento, devem ser os determinantes no parecer.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

As informações epidemiológicas sobre a distribuição das doenças mais frequentes nas diversas categorias profissionais e por local de trabalho, somadas às informações obtidas a partir de relatos da chefia ou mesmo da equipe multidisciplinar são fatores que ajudam na avaliação pericial.

Na perícia é possível fazer um acompanhamento e uma evolução do servidor ou seu dependente legal por meio do prontuário construído pela unidade de saúde, história essa que constitui importante ajuda na avaliação pericial, utilizando-se da participação da equipe multiprofissional.

A interpretação ponderada da anamnese, do exame físico, de outras informações da saúde e da atividade profissional, além de parâmetros científicos, é o que separa uma boa avaliação pericial de apenas um ato de enquadramento administrativo.

Nas juntas oficiais em saúde, os especialistas cumprem importante papel ao trazer para discussão conhecimentos específicos, porém a decisão da junta deve ser resultado do conhecimento construído coletivamente.

A perícia deve estar integrada a outras ações que visem à recuperação da saúde do servidor e o seu retorno ao trabalho.

Os elementos apurados no exame deverão ser registrados em prontuário, seja manual ou eletrônico, com linguagem clara, objetiva e adequada. O laudo pericial compõe peça legal que servirá de base a todo o processo. Esses dados deverão ser compartilhados automaticamente com a Gerência de Perícia Médica e Psicossocial – IPERON, a qual, de posse dos mesmos, deverá realizar levantamento de dados que possibilitem a construção de um perfil epidemiológico que sinalize possíveis doenças em fase inicial, possibilitando, ainda, a prevenção e ou aparecimento de novas doenças e agravos para propor ao Estado medidas preventivas no intuito de prevenir, eliminar ou reduzir riscos que levem às patologias correlacionadas com o ambiente de trabalho.

### CAPÍTULO IV EQUIPE DE PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE E SUAS ATRIBUIÇÕES

A equipe de perícia oficial em saúde é o grupo de profissionais designados para auxiliar a Administração Pública Estadual em questões administrativas e legais relacionadas à saúde.

**Todos os profissionais da área de saúde e segurança no trabalho poderão contribuir para a avaliação pericial** com pareceres técnicos específicos de sua área de atuação, compondo uma equipe multiprofissional.

São atribuições da equipe multiprofissional de perícia, dentre outras:

1. Fornecer parecer especializado, privilegiando a clareza e a concisão, para subsidiar as decisões periciais;
2. Propor capacitação e atualização de profissionais em perícia.
3. Encaminhar o servidor, quando houver indicação ou necessidade, aos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, tais como dependência química, inclusão de deficientes, redução de estresse, controle de hipertensão arterial e de obesidade.



## **GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA**

4. Avaliar do ponto de vista social e psicológico os servidores que apresentem problemas de relacionamento no local de trabalho, assim como o absenteísmo ou o presenteísmo não justificado.
5. Avaliar os candidatos aprovados em concurso público quanto às aptidões para o exercício do cargo, função ou emprego, caracterização de deficiência física e sugestões de lotação, quando necessário;
6. Divulgar informações para o desenvolvimento de programas de prevenção.
7. Promover a integração da equipe pericial com ações de vigilância e com programas de promoção à saúde e prevenção de doenças.
8. Avaliar as atividades do servidor no local de trabalho.
9. Acompanhar o cumprimento das recomendações em caso de restrição de atividades.
10. Orientar os gestores na adequação do ambiente e do processo de trabalho.
11. Outras que lhe forem delegadas.

Com relação aos itens 6 a 10, a ação será executada em conjunto com a GPEMEP/IPERON.

A perícia oficial em saúde, após a realização dos exames periciais necessários, emitirá laudos ou pareceres que servirão de fundamentação nas decisões da Administração Pública Estadual, nos casos indicados a seguir, respeitados os limites das áreas de atuação médica:

1. Licença para tratamento de saúde do servidor.
2. Licença por motivo de doença em pessoa da família.
3. Licença à gestante.
4. Licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional.
5. Aposentadoria por invalidez.
6. Constatação de invalidez de dependente ou pessoa designada.
7. Remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família.
8. Horário especial para o servidor com familiar portador de necessidade especial.
9. Constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas de portador de deficiência.
10. Avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar.

## **CAPÍTULO V LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE**



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

### **Conceito:**

Licença para Tratamento de Saúde: É a licença solicitada para o servidor que, por motivo de doença comprovada, esteja momentaneamente incapacitado para exercer suas funções.

Para concessão da licença é indispensável o exame médico-pericial, que determinará o prazo da mesma.

### **Objetivo:**

O servidor tem direito a licença médica para tratamento quando um problema de saúde o impedir de exercer suas atividades no trabalho, devendo este ser objeto de exame pericial a ser realizado pelo Centro de Perícia Médica – CEPEM/SEARH.

O atestado médico para solicitação de tratamento de saúde deverá ser apresentado pelo servidor na sua chefia imediata, no prazo de até 72 (setenta e duas) horas após a ausência do trabalho. A chefia imediata dará ciência e fornecerá um recibo e preencherá o requerimento padrão com data, assinatura e carimbo, inclusive constando o último dia trabalhado, o qual devolverá o atestado e o requerimento padrão fornecido ao servidor para que o mesmo se conduza ao CEPEM/SEARH. Para o servidor lotado no interior do Estado, o processo será normatizado nos itens abaixo.

O servidor lotado no interior do Estado onde haja CEPEM/SEARH deverá seguir os mesmos parâmetros acima citados. Nos locais onde não há CEPEM/SEARH, o atestado médico para solicitação de tratamento de saúde deverá ser apresentado pelo servidor à sua chefia imediata, no prazo de até 72 (setenta e duas) horas após a ausência do trabalho. A chefia imediata dará ciência e fornecerá um recibo com data, assinatura e carimbo. A chefia imediata, de posse da documentação fornecida pelo servidor, montará processo administrativo que deverá ser encaminhado ao CEPEM/SEARH, no prazo máximo de 7 (sete) dias a partir da data do recebimento. O CEPEM/SEARH avaliará a solicitação podendo homologar, não homologar, aumentar ou diminuir os prazos. A licença não homologada será encaminhada ao setor de Recursos Humanos do respectivo órgão de lotação do servidor para ciência e providências necessárias.

O prazo de 7 (sete) dias, referido acima, para montagem de processo administrativo também se aplicará aos outros tipos de processos oriundos do interior, como por exemplo, redução de carga horária e outras situações previstas em Lei, em que sejam necessárias realizações de ações periciais pelo CEPEM/SEARH.

No processo em que a Perícia julgar imprescindível a presença do servidor, o mesmo será convocado a comparecer em um dos Núcleos da CEPEM/SEARH. Excetuando-se os casos de comprovada impossibilidade por motivo da gravidade da própria doença, em que seja impedida a locomoção, o que deverá ser comprovado através de laudos e exames. Nesses casos, o CEPEM/SEARH, quando julgar a causa pertinente, providenciará mecanismos de visita na localidade.

O atestado médico expedido em outro Estado deverá conter, além dos quesitos contidos nos requisitos formais abaixo citados, a assinatura do médico assistente, devidamente reconhecida em cartório notarial da comarca onde estiver domiciliado o médico emitente.

O servidor amparado pelo RGPS com licenças médicas que ultrapassarem a 15 (quinze) dias dentro do mesmo mês, independente de serem contínuas ou não ser o mesmo C.I.D. deverá ser encaminhado ao INSS.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

Nos casos em que, pela própria patologia, o servidor fique impedido de comparecer à chefia imediata e que não possua um representante que possa fazê-lo, deverá suprir tal deficiência por meio da apresentação juntamente com o atestado médico de um relatório circunstanciado emitido pelo médico assistente e exames complementares que justifique, ou por meio de uma análise criteriosa do nexo de causalidade pelo Médico Perito; neste caso, o CEPEM/SEARH poderá designar um profissional habilitado, Médico, Assistente Social ou Psicólogo para constatação da situação apresentada.

A realização dos diversos exames médicos periciais dos servidores do Poder Executivo do Estado de Rondônia é de competência do Centro de Perícias Médicas - CEPEM/SEARH. Os exames periciais deverão ser realizados nas unidades periciais conforme determinação do Centro de Perícias Médicas-CEPEM/SEARH, adotando como critério a localidade do servidor.

O atestado médico que seja destinado à apreciação e à homologação pelo Centro de Perícias Médicas do Estado de Rondônia – CEPEM/SEARH, com vistas à concessão de direito à Licença para Tratamento de Saúde – LTS, deverá obedecer aos seguintes requisitos formais, inclusive por exigência normativa dos Conselhos Regionais de Medicina e do Conselho Federal de Medicina, sem os quais não serão reconhecidos:

A solicitação de licença por motivo de saúde deverá seguir as Resoluções do Conselho Federal de Medicina n. 1.658, de 2002 e n. 1.851, de 2008, devendo conter:

1. O provável tempo de repouso estimado para sua recuperação, que complementarmente o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente à decisão do benefício previdenciário.
2. Registrar os dados de maneira legível.
3. Identificar o emissor, mediante assinatura, devendo conter carimbo com o número do registro CRM legível.
4. O diagnóstico /prognóstico.
5. Conduta terapêutica.
6. Os resultados de exames complementares.

Além dos documentos acima citados, deverá apresentar: exames de diagnose complementar, prescrições médicas e outros documentos que forem solicitados pelos peritos do CEPEM que possam auxiliar na conclusão da avaliação pericial.

Quando o servidor estiver em tratamento de saúde em outro Estado da Federação, via Tratamento Fora do Domicílio–TFD/SESAU, deverá apresentar o comprovante de agendamento do centro executor do tratamento e nos casos em que o servidor estiver afastado do exercício, conforme previsto no artigo 25, da Lei Complementar n. 68, de 1992, em serviço oficial pelo Estado de Rondônia, fruição de férias e for acometido de quaisquer patologias que impossibilitem seu retorno para comparecimento ao CEPEM, conforme descrito e em todas as situações citadas, deverá apresentar relatório médico, que deverá conter ainda, além dos demais quesitos, a assinatura do médico assistente, devidamente reconhecida em cartório notarial da comarca onde estiver domiciliado o médico emitente e os respectivos resultados de exames que comprovem a patologia e apresentar comprovante de férias e comprovante de autorização oficial de viagem fora do Estado.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

O atestado médico apresentado no CEPEM/SEARH fora do prazo previsto nesta normativa será considerado como retroativo e não deverá ser homologado; e a cópia deste documento deverá ser encaminhada à Gerência de Recursos Humanos do órgão de lotação do servidor, para que sejam tomadas as medidas administrativas que o caso requer.

No caso em que o atestado médico autorizar acima de 15 (quinze) dias e não estiver homologado pela CEPEM/SEARH, além de ser considerada falta, deverá ser encaminhado pela Gerência de Recursos Humanos da lotação do servidor à Corregedoria-Geral – CGA ou órgão com a mesma função, para providências administrativas.

As licenças ininterruptas ou contínuas, superiores a 3 (três) meses deverão ser, necessariamente, reavaliadas periodicamente por, no mínimo, 2 (dois) Médicos Peritos, os quais deverão analisar, minuciosamente a possibilidade de readaptação e descrever em ficha individual o motivo pelo qual esta não é possível no momento. O CEPEM/SEARH deverá manter documentos relativos às atribuições de cada função dos servidores do Estado para subsidiar a análise da readaptação.

A licença concedida dentro de um prazo de 60 (sessenta) dias da outra de mesma espécie será considerada prorrogação, independente do diagnóstico, conforme legislação vigente.

Ao completar 2 (dois) anos de licença por motivo de saúde, o servidor que não comparecer para perícia, a licença não mais deverá ser homologada pelo CEPEM/SEARH e a situação deverá ser encaminhada ao setor pertinente para as providências que o caso requer.

Nos casos em que o servidor, durante toda sua vida funcional houver ultrapassado o período total de 24 (vinte e quatro) meses, tal fato deverá ser oficializado à GRH /SEARH e IPERON, pois tais tempos não serão computados como tempo de serviço para fins de aposentadoria.

Quaisquer licenças para tratamento de saúde das patologias psiquiátricas deverão ser analisadas pelo Serviço Psicossocial e pela Perícia Médica do CEPEM/SEARH, que também disponibilizará aos servidores dependentes químicos um grupo de apoio semanal, visando à sua recuperação, sendo condição para homologação da licença a participação e frequência neste grupo. São também aceitas a participação e frequência em grupo congênere ao CAPS - Centro de Atenção Psicossocial do Estado ou do Município, ou ao próprio CAPS, onde disporão de atenção médica, psiquiátrica e psicossocial, devendo ser apresentadas as folhas de frequência aos grupos de apoio. Quaisquer licenças para tratamento de saúde da área da psiquiatria não serão reconhecidas se forem expedidas pelo prazo superior a 30 (trinta) dias. Quando o tratamento ultrapassar 90 (noventa) dias, deverá ser solicitado ao médico assistente um relatório consubstanciado sobre o resultado atual do tratamento realizado, se há proposta de mudança de tratamento, bem como a possibilidade de readaptação do mesmo e, caso contrário, especificar qual o motivo.

O CEPEM/SEARH, durante a Perícia Médica para aposentadoria de servidor psiquiátrico, ao concluir que este é portador de Alienação Mental, deverá no ato do exame solicitar a presença de um familiar responsável para entrega do laudo e, caso tal situação não possa realizar pela não existência ou negligência do mesmo, o fato deverá ser comunicado imediatamente à SEARH e/ou RH do órgão de origem para medidas cabíveis.

Os servidores de cargos comissionados sem vínculo com o serviço público e os contratados por tempo determinado vinculam-se ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS, em razão de sua



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

condição de segurado obrigatório pelas Leis ns. 8.213/1991, 8.647/1993, 8.745/1993 e § 13 do artigo 40, da Constituição Federal de 1988.

### CAPÍTULO VI OUTROS BENEFÍCIOS

#### Licença para Tratamento de Pessoas da Família

A homologação de licença médica, em razão de enfermidade em pessoa da família do servidor, será efetuada mediante a apresentação de Laudo Médico especializado, seguindo os mesmos critérios para concessão de direito a Licença para Tratamento de Saúde do Servidor – LTS, inclusive com a presença do dependente para ser periciado.

A licença por motivo de doença em pessoa da família, mediante parecer da Junta Médica Oficial - CEPEM/SEARH poderá ser concedida, sem prejuízo de sua remuneração do cargo efetivo, por até 90 (noventa) dias, podendo ser prorrogada por mais 90 (noventa) dias. Excedendo esses prazos, a licença por motivo de doença em pessoa da família será sem remuneração, por um prazo não superior a 24 (vinte e quatro) meses. Quaisquer novas licenças com a mesma finalidade serão sem remuneração.

É vedado o exercício de atividade remunerada durante o período da licença por motivo de doença em pessoa da família § 3, artigo 116, da Lei Complementar n. 68/1992.

O servidor, enquanto se encontrar em gozo de licença para tratamento de saúde fica impedido de entrar em gozo de férias.

O servidor que estiver em gozo do referido benefício no período remunerado de até 180 (cento e oitenta) dias não poderá exercer, durante esse período, quaisquer atividades remuneradas.

~~Os servidores ocupantes de cargo em comissão sem vínculo efetivo com a Administração Pública Estadual e os contratados por tempo determinado serão filiados obrigatórios do RGPS – Regime Geral de Previdência Social e, como em tal regime não há previsão da licença referida neste artigo, a solicitação de licença para esta finalidade não será homologada pelo CEPEM/SEARH. (Redação suprimida pelo Decreto nº 24.994, de 29/4/2020)~~

O processo administrativo relativo à concessão do referido benefício deverá, necessariamente, estar instruído com comprovação do vínculo de parentesco previsto em Lei, da necessidade de acompanhamento, e estar devidamente atestada pelo médico assistente, ficando a critério do CEPEM/SEARH a decisão final.

#### Redução de carga horária para cuidados de dependente portador de necessidade especial

O servidor público que seja responsável legal que **cuide diretamente** de portador de necessidade especial e que necessite de assistência **permanente** terá direito a redução de 50% (cinquenta por cento) de carga horária, desde que a pessoa portadora de deficiência física ou mental tenha **dependência socioeducacional e econômica comprovada com o servidor**.

A comprovação da deficiência física ou mental com finalidade de redução de carga horária por familiar portador de necessidade especial será feita por meio da lavratura da Ata de Inspeção de Saúde,



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

realizada por no mínimo três Peritos e deverá ser realizada na presença da pessoa portadora de necessidades especiais e do servidor requerente.

Durante a Inspeção de Saúde inicial para finalidade de redução de carga horária do servidor que **cuide diretamente** de portadores de necessidades especiais, o CEPEM/SARH deverá usar critérios embasados no grau e complexidade da deficiência como critério para análise da **necessidade de assistência permanente** previsto na Constituição Estadual, pois não basta ser portador de deficiência física e mental, terá que haver a necessidade de **assistência permanente**.

Há necessidade de comprovação da dependência econômica apresentada no ato da solicitação do benefício e, **anualmente**, quando a deficiência for considerada irreversível e definitiva.

O original do Laudo do Médico assistente contendo o grau da deficiência física e quais necessidades especiais que o dependente possui e, no caso do portador de doença mental, se for filho menor de idade, apresentar laudo Médico psiquiátrico nos mesmos moldes descritos acima para servidores portadores de distúrbios psiquiátricos, nos casos de dependentes maiores de idade e com patologias psiquiátricas deverá apresentar, ainda, a interdição judicial.

Para as pessoas que não tem filho menor de idade, não há necessidade da documentação abaixo.

Documentação que deverá ser apresentada com finalidade de comprovação econômica:

1. Certidão de óbito dos pais caso irmão.
2. Termo de curatela, quando for o caso.
3. Declaração de Imposto de Renda do servidor, no qual conste o interessado como seu dependente.
4. Prova de mesmo domicílio.
5. Declaração de rendimentos de nada consta do INSS do servidor e do dependente.
6. Requerimento padrão da CGRH/SAS.
7. Cópia do CPF.
8. E outros documentos que o CEPEM/SEARH julgar necessários para conclusão do laudo conclusivo.

### **Licença Gestante**

A licença maternidade será concedida sem prejuízo da remuneração por período de 180 (cento e oitenta) dias e deverá ser concedida a partir da 36ª (trigésima sexta) semana, ou a partir da data de nascimento; no caso de nascimento prematuro, a licença terá início a partir do parto. No caso de qualquer intercorrência clínica verificada no transcurso do 9º (nono) mês de gestação deverá ser concedida de imediato a Licença Maternidade.



## **GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA**

No caso de natimorto, a servidora terá direito a licença remunerada por 60 (sessenta) dias, e se nascido vivo e for a óbito durante os primeiros seis meses de vida, o período da licença maternidade será suspenso e a servidora terá direito aos 60 (sessenta) dias de licença remunerada.

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

### **Licença Paternidade**

A licença paternidade deverá ser requerida diretamente no GRH da unidade de lotação do servidor, não sendo necessária a tramitação para homologação no CEPEM.

### **Licença Amamentação**

Para amamentar a criança, até a idade de seis meses, a servidora lactante terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (duas) horas de descanso, que poderão ser parceladas em dois períodos de uma hora, deverão ser requeridas diretamente no GRH da unidade de lotação da servidora, não sendo necessária a tramitação para homologação no CEPEM/SEARH.

### **Licença Adotante**

Deverá ser requerida diretamente no GRH da unidade de lotação do servidor, não sendo necessária a tramitação para homologação no CEPEM.

### **Aposentadoria Por Invalidez**

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

O servidor efetivo poderá ser aposentado por invalidez, com proventos integrais ou proporcionais, quando comprovada sua incapacidade total e definitiva para o trabalho, não se vislumbrando a possibilidade de uma readaptação funcional. Quando a aposentadoria for decorrente de acidente de trabalho, de doença profissional (com caracterização de causa e efeito entre a moléstia e a atividade exercida) ou de doença grave especificada na Lei, será concedida aposentadoria definitiva com proventos integrais. Nas demais patologias, não abrangidas pela legislação acima referida, a aposentadoria será concedida com proventos proporcionais.

## **CAPÍTULO VII**

### **QUESITOS UTILIZADOS PARA FORMALIZAÇÃO DOS LAUDOS CONTIDOS NO ANEXO II**

A conclusão da perícia oficial em saúde, fundamentada nos elementos colhidos e registrados no prontuário, resultará, conforme o caso, das respostas aos seguintes quesitos:

#### **Quesito 1**

**Diante do resultado da perícia oficial, estará o servidor temporariamente incapaz para o exercício do cargo, função ou emprego?**                      ( ) SIM      ( ) NÃO



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

A causa está relacionada a acidente no serviço?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Em caso afirmativo, necessita o servidor de licença?      ( ) SIM      ( ) NÃO

A resposta a esse quesito constitui o fundamento do exame pericial.

A resposta “**sim**” ou “**não**” do perito produzirá consequências de ordem administrativa. O julgamento inadequado sobre a existência ou não de incapacidade traz prejuízos tanto para o servidor, ao se denegar um direito, quanto para a instituição, gerando custos para a Administração Pública.

A conclusão da avaliação da incapacidade laborativa, com base em exame pericial, deverá ser a mais precisa possível.

Na impossibilidade do estabelecimento de diagnóstico nosológico, serão permitidos diagnósticos sindrômicos ou sintomáticos diante de incapacidade laborativa flagrante.

**Quesito 2**

**Por quanto tempo? A partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

O perito deve prever prazo razoável para recuperação do servidor.

Prazos curtos nas doenças com curso prolongado são, além de inadequados tecnicamente, prejudiciais à instituição, ocorrendo daí um processo oneroso de manutenção de licenças com exames repetidos.

Prazos curtos não podem representar indício de insegurança do perito.

Há situações nas quais devem ser apresentados exames complementares para o esclarecimento de alguma questão. Eventualmente, o servidor pode estar protelando, sem justificativa, a realização dos exames por razões não esclarecidas. Nesses casos cabe um prazo curto, mesmo sabendo-se que posteriormente será ampliado.

Do mesmo modo, prazo longo para doenças de curta duração constitui grave erro técnico, representando pesado ônus para a instituição.

Com o intuito de orientar o perito, estão anexados neste manual parâmetro de afastamentos que sugerem uma média de dias de afastamento por CID.

A fixação de data “**indefinida**” só será admitida em face da incapacidade permanente por invalidez no momento de propor a aposentadoria.

“A partir de” é **a data do início da incapacidade** e deve ser determinada em razão das manifestações da doença que provocaram alterações de tal ordem que impediram o desempenho das tarefas específicas do cargo, função ou emprego e deverá coincidir com a data do início do afastamento.

**Quesito 3**

**Está o examinado inválido para o exercício de suas funções?**



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

( ) SIM ( ) NÃO

Em caso positivo, siga para o quesito 4.

Em caso negativo, o examinado deverá retornar às suas atividades habituais.

Caso positivo, o servidor deverá retornar às atividades com alguma restrição?

( ) SIM ( ) NÃO

Caso positivo, quais: .....

Caso negativo, o laudo deverá constar retorno às atividades regulamentares.

É de extraordinária importância que todas as limitações do candidato sejam assinaladas no laudo e que, embora não o incapacitem para o exercício, sirvam de registro para a identificação em futuras reivindicações de doenças profissionais.

O candidato deverá responder e assinar questionário de autoavaliação onde anotará se é ou foi portador de alguma enfermidade, tornando-se responsável pelas informações.

**Quesito 4**

**Está o examinado inválido para o exercício de suas funções? Em caso positivo, o examinado terá condições de exercer outras atribuições de responsabilidade compatíveis com a limitação que tenha sofrido?**

( ) SIM ( ) NÃO

Em caso positivo o servidor deverá ser readaptado, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, nas atribuições..... (vide descrição do cargo e outras correlatas).

OBS.: A expressão “ou outras correlatas” envolve a apreciação para o processo de readaptação no serviço público.

Em caso negativo deverá transformar a licença em aposentadoria por invalidez e ser mencionada a data, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**OBS.:**

1. Toda a aposentadoria por invalidez, a junta indicará data para reavaliação conforme legislação vigente.

2. **Obrigatoriamente**, comunicar ao Órgão Habilitador da profissão (CRM, CRO, OAB, CREA, etc.) a conclusão pericial que considerou o profissional inválido ou incapacitado para o exercício da profissão.

**Quesito 5**

**A doença se enquadra no artigo 1º, da Lei Federal n. 11.052/04 e Lei Federal n. 7.713/88:**



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

( ) SIM ( ) NÃO

A partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esse quesito deverá ser respondido quando o quesito anterior for positivo, ou seja, quando existir invalidez para o exercício da função e outras correlatas.

**Quesito 6**

**Caso a doença esteja especificada no artigo 1º, da Lei n. 11.052/04 e Lei n. 7.713/88:**

**É passível de controle?** ( ) SIM ( ) NÃO

Caso positivo, deverá constar a data da reavaliação. A partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A resposta afirmativa a este quesito independe da constatação de invalidez.

**OBS.: Mas, para obtenção do benefício, o servidor deverá estar aposentado.**

**Quesito 7**

**A doença está especificada no § 9º, do artigo 20, da Lei Complementar n. 432, de 2008:**

( ) SIM ( ) NÃO

Em caso positivo, qual o diagnóstico? .....

Em resposta a este quesito, deverá ser registrado, por extenso, o nome da doença constante **na lei específica**.

Por exemplo: no caso de carcinoma de próstata, deverá ser escrito “NEOPLASIA MALIGNA” assim como nos casos de doenças psiquiátricas com alterações cognitivas persistentes com alteração considerável da personalidade, incapaz de gerir sua vida pessoal e seus bens, deverá ser utilizado o termo “ALIENAÇÃO MENTAL” no § 9º, do artigo 20, da Lei Complementar n. 432, de 2008: O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no § 9º, do artigo 20, da Lei Complementar n. 432/2008.

**Quesito 8**

**O servidor está enquadrado como alienado mental?**

( ) SIM ( ) NÃO

**Caso positivo, deverá ser solicitado de seu responsável o termo de curatela.**

**OBS.:** A resposta afirmativa somente deverá ser dada quando a junta concluir pela incapacidade total do servidor para a prática dos atos da vida civil e, portanto, deva ser interditado.



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

**Quesito 9**

**É indispensável a assistência pessoal e constante do servidor à pessoa da família examinada?**

( ) SIM ( ) NÃO

Há necessidade da presença do servidor junto ao doente?

( ) SIM ( ) NÃO

Se o examinado se incluir entre as pessoas relacionadas no **artigo 119, da Lei Complementar n. 68/1992**, o perito o avaliará para comprovar a enfermidade. A concessão da licença estará condicionada à impossibilidade de outra pessoa cuidar do seu dependente legal, devendo também ser observado o local em que se encontra o acompanhado.

**Quesito 10**

Há necessidade de acompanhamento diário durante todo o turno de trabalho do servidor?

( ) SIM ( ) NÃO

Caso negativo, durante quantas horas diárias e por qual período o servidor deverá se ausentar do trabalho, para o acompanhamento da pessoa?.....

**OBS.:** Nestes casos, deverá ser observado que a licença remunerada será por 90 (noventa) dias prorrogáveis por mais 90 (noventa) dias.

**Quesito 11**

O pedido de remoção justifica-se sob o ponto de vista médico?

( ) SIM ( ) NÃO

A perícia singular informará no laudo os benefícios do ponto de vista médico que advirão dessa remoção para a localidade pretendida, podendo na parte “conclusão” do laudo tecer outras considerações.

A perícia singular não pode usar expressões: “Justifica-se sob o ponto de vista médico”, sem objetivamente apresentar razões, nem recomendar localidades que apresentam os mesmos problemas do local de origem.

Não pode a perícia, no parecer, expressar-se de modo a estabelecer conflito entre o requerente e a autoridade que detém a atribuição decisória.

O servidor sem vínculo efetivo com a Administração Pública Estadual não tem direito à remoção por motivo de saúde.

**Quesito 12**

**Pensão por invalidez: Está o examinado inválido?** ( ) SIM ( ) NÃO

Totalmente? ( ) SIM ( ) NÃO



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

Parcialmente?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Temporariamente? ( ) SIM      ( ) NÃO

Prejudicado?      ( ) SIM      ( ) NÃO

O dependente adquiriu a patologia antes de completar a maioridade?

( ) SIM      ( ) NÃO

O dependente ou familiar de servidor que solicitar pensão temporária por apresentar invalidez adquirida anteriormente à maioridade deverá ser avaliado pela perícia, que responderá aos quesitos acima informando data do diagnóstico e fixando data de reavaliação, quando couber.

A data para revisão de invalidez deverá ser anual a contar da data da avaliação.

**Utilização dos quesitos acima para preenchimento dos Laudos de Perícia Oficial em Saúde contidos no anexo II**

A perícia oficial em saúde do servidor público estadual é concluída por meio da emissão do laudo pericial. Os modelos dos laudos variam conforme o tipo de perícia e estarão adequados à necessidade do pleito, tanto sob o aspecto técnico quanto legal e devem ser baseados nos seguintes quesitos:

1. **Laudo I - Licença para Tratamento de Saúde:** responder aos quesitos 1 e 2.
2. **Laudo II - Licença por motivo de doença de pessoa da família ou dependente:** responder aos quesitos 9 e 10.
3. **Laudo III - Licença por acidente em serviço ou moléstia profissional:** responder aos quesitos 1, 2 e 8.
4. **Laudo IV - Avaliação para concessão de licença à gestante:** responder aos quesitos 1 e 2.
5. **Laudo V - Avaliação de invalidez por doença não especificada em lei para fins de aposentadoria:** A doença está especificada no § 9º, do artigo 20 da Lei Complementar n. 432/2008: responder aos quesitos 3, 4, 5, 6, 7, e 8.
6. **Laudo VI - Avaliação de invalidez por doença especificada no § 9º, do artigo 20, da Lei Complementar n. 432/2008 para fins de aposentadoria. Inclusive com a integralização de proventos:** responder aos quesitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, e 8.
7. **Laudo VII - Avaliação de invalidez decorrente de acidente em serviço ou moléstia profissional (§ 9º, do artigo 20, da Lei Complementar n. 432/2008):** responder aos quesitos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10.
8. **Laudo VIII - Licença por motivo de doença em pessoa da família (artigo 119, da Lei Complementar n. 68/1992):** responder aos quesitos 9 e 10.
9. **Laudo IX - Avaliação da necessidade de remoção por motivo de doença do próprio servidor em âmbito do Estado de Rondônia:** responder ao quesito 11.



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

10. **Laudo X - Avaliação da necessidade de revisão de aposentadoria por invalidez** (artigo 58, Lei Complementar n. 504/2009): responder ao quesito 4.

11. **Laudo XI - Avaliação de invalidez para fins de inclusão de dependente previdenciário** (artigo 32, da Lei Complementar n. 432/2008): responder ao quesito 12.

12. **Laudo XII - Avaliação de invalidez para manutenção de dependente previdenciário** (artigo 32, da Lei Complementar n. 432): responder ao quesito 12.

13. **Laudo XIII - Avaliação para fins de isenção do imposto de renda sobre a aposentadoria** (Lei n. 7.713/88): responder aos quesitos 5 e 6.

14. **Laudo XIV - Avaliação para fins de isenção de imposto de renda sobre pensão** (artigo 1º, da Lei n 11.052/04): responder aos quesitos 5 e 6.

15. **Laudo XV - Avaliação da capacidade laborativa para fins de readaptação funcional** (artigo 20, da Lei Complementar n. 432/2008): responder aos quesitos 3 e 4.

Utiliza-se o laudo conforme a motivação da solicitação da avaliação da capacidade laborativa por recomendação superior: **responder aos quesitos 1, 2 e 3.**

**CAPÍTULO VIII  
DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI**

As doenças especificadas no § 9º do artigo 20, da Lei Complementar n. 432/2008 permitem aos seus portadores a concessão de alguns benefícios.

O servidor acometido por essas enfermidades e que seja considerado inválido, terá direito à aposentadoria por invalidez com proventos integrais (§ 1º e 3º, do artigo 20, da Lei Complementar n. 432/2008).

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

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

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

**Quadro clínico e seus principais critérios de enquadramento das doenças especificadas no § 9º, do artigo 20, da Lei Complementar n. 432/2008:**

1. Alienação mental.
2. Cardiopatia grave.
3. Cegueira posterior ao ingresso no serviço público.
4. Doença de *Parkinson*.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

5. Esclerose múltipla.
6. Espondiloartrose anquilosante.
7. Formas avançadas da Doença de *Paget*.
8. Hanseníase.
9. Nefropatia grave.
10. Neoplasias malignas.
11. Paralisia irreversível e incapacitante.
12. Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/AIDS).
13. Tuberculose ativa.
14. Hepatopatia grave.
15. Contaminação por radiação.

### **Alienação Mental**

Conceitua-se como alienação mental todo quadro de distúrbio psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa, ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o indivíduo inválido total e permanentemente para qualquer trabalho. O indivíduo torna-se incapaz de responder legalmente por seus atos na vida civil, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade.

O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido por isso de qualquer atividade funcional.

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

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

### **Normas de procedimentos para a Perícia Oficial em Saúde**

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

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



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

2. Estágio evolutivo.
3. A expressão “alienação mental”.

### **Critérios de enquadramento**

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

1. Seja grave e persistente.
2. Seja refratária aos meios habituais de tratamento.
3. Provoque alteração completa ou considerável da personalidade.
4. Comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação.
5. Torne o servidor inválido de forma total e permanente para qualquer trabalho.

### **São passíveis de enquadramento:**

1. Psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos.
2. Outras psicoses graves nos estados crônicos.
3. Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, *Alzheimer*, doença de *Parkinson* etc.).
4. Oligofrenias graves.

### **São excepcionalmente considerados casos de Alienação Mental:**

1. Psicoses afetivas, mono ou bipolares, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível da personalidade;
2. Psicoses epiléticas, quando caracterizadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;
3. Psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência; e
4. Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas graves.

### **Quadros não passíveis de enquadramento:**

1. Transtornos da personalidade;
2. Alcoolismo e outras dependências químicas nas formas leves e moderadas;



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

3. Oligofrenias leves e moderadas;
4. Psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao estresse);
5. Psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis); e
6. Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

### **Cardiopatia Grave**

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

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

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

### **Classificação das Cardiopatias de acordo com a capacidade funcional do coração-NYHA**

#### **Classe I**

Pacientes com doença cardíaca, porém sem limitação da atividade física. A atividade física ordinária não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispneia nem angina de peito.

#### **Classe II**

Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, mas a atividade física comum provoca fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.

#### **Classe III**

Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, porém, pequenos esforços provocam fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito.

#### **Classe IV**

Paciente com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispneia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

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

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

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

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

3. Radiografias do tórax em AP e perfil.

4. Eletrocardiograma de repouso.

5. Eletrocardiograma de esforço.

6. Eletrocardiografia dinâmica – *Holter*.

7. Mapeamento ambulatorial da pressão arterial.

8. Ecocardiografia bidimensional com Doppler de fluxos valvulares.

9. Cintilografia miocárdica.

10. Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco.

11. Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco.

12. Estudo eletrofisiológico.

13. Tomografia computadorizada.

14. Ressonância magnética.

15. Teste cardiopulmonar.

16. Perfusão miocárdica por microbolhas.

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

### **Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva:**

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



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

**Síndrome de insuficiência coronariana:**

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

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

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

**Síndromes de hipoxemia** e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundário a uma cardiopatia;

**Arritmias complexas e graves:** arritmias que cursam com instabilidade elétrica do coração, complexas, refratárias ao tratamento, sintomáticas (síncope, fenômenos tromboembólicos).

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

1. Cardiopatias isquêmicas.
2. Cardiopatias hipertensivas.
3. Cardiomiopatias primárias ou secundárias.
4. Cardiopatias valvulares.
5. Cardiopatias congênitas.
6. Cor pulmonale crônico.
7. Arritmias complexas e graves.
8. Hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas com lesões irreversíveis em órgãos-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

**Critérios de Enquadramento**

Para a insuficiência cardíaca e/ou coronariana, classificam-se como graves aquelas enquadradas nas classes III e IV da NYHA, e, eventualmente, as da classe II da referida classificação, na dependência da



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

idade, da atividade profissional, das características funcionais do cargo, da coexistência de outras enfermidades e da incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento médico em curso.

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

### **De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave:**

1. Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA).
2. Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA).
3. Arritmias por bloqueios átrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassistolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas.
4. Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia.
5. Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA.

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

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

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

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

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



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

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

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

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

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

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

Sabe-se, também, que em um grande número de pacientes, a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação. Esse é o conceito dinâmico de “reversibilidade” da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente.

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

**Os parâmetros da Diretriz brasileira de cardiopatia grave são utilizados para melhor fundamentação de parecer, quando se tratar de patologias cardíacas.**

Inúmeras pesquisas têm demonstrado que, se por um lado a expectativa de vida do brasileiro cresceu nos últimos dez anos, há, por outro, um índice muito maior de doenças cardiovasculares. Verificou-se, entre essas, o incremento de situações graves, que impedem o retorno de muitos pacientes ao trabalho. Tornou-se, então, fundamental conceituar cardiopatia grave, para a orientação tanto do cardiologista quanto de colegas de outras especialidades.

Com essa intenção, a Sociedade Brasileira de Cardiologia propôs esta Diretriz.

O termo “cardiopatia grave” apareceu pela primeira vez na legislação brasileira com a Lei n. 1.711 (item III, do art. 178) do Estatuto dos Funcionários Cíveis da União, sancionada em 28 de outubro de 1952, que visava a beneficiar os pacientes acometidos de moléstia profissional, acidente em serviço, tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave e estados avançados da Doença de *Paget* (osteíte deformante). Essa lei foi reeditada em outras ocasiões, sem modificações significativas. A partir de 1º de janeiro de 1989, passou a vigorar como a Lei n. 7.713/88, incluindo, então, a síndrome de imunodeficiência adquirida (Sida/AIDS) e beneficiando os pacientes acometidos pelas mesmas doenças listadas na lei anterior, mesmo que tenham sido contraídas depois da aposentadoria ou reforma (artigo 6º, XVI, e 57).



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

Em 30 de dezembro de 2004, foi publicada, no Diário Oficial da União, a inclusão das hepatopatias graves, nefropatias graves, doenças causadas por radiação ionizante e a Doença de *Parkinson* como merecedoras do mesmo benefício.

Em 1952, uma comissão multidisciplinar de médicos enunciou o conceito de cardiopatia grave como doença que leva, em caráter temporário ou permanente, à redução da capacidade funcional do coração, a ponto de acarretar risco à vida ou impedir o servidor de exercer as suas atividades. A incapacitação laboral deve ser avaliada por perícia médica.

Nesse procedimento, o segurado ou paciente vítima de uma doença ou acidente de trabalho, é examinado por um profissional especializado (médico-perito), que avalia as condições de saúde e a capacidade laborativa, decidindo sobre a conveniência do afastamento ou o retorno às atividades laborativas habituais, de acordo com as normatizações contidas nos Estatutos do Funcionalismo Público Civil ou Militar dos Municípios, Estados e Federação (Manual do Médico-Perito, 1980; Perícia Médica, 1990).

O Médico-perito, diferentemente do Médico Cardiologista-clínico, não exerce a Medicina Clínica, pois não cuida de enfermos. Utiliza os conhecimentos médicos apenas para estabelecer o diagnóstico e o prognóstico clínico, para julgar a capacidade laborativa e sua imputabilidade. Assim, a atividade e o conhecimento pericial sugerem uma especialidade de cunho médico-judicial, na qual, além dos conhecimentos profundos de clínica, existe, como fim, a necessidade de uma postura, raciocínio e julgamento. A adaptação do conhecimento médico às exigências das normas legais realiza-se com critérios e princípios diferentes dos que regem a apreciação dos problemas clínicos. As exigências da Medicina Clínica são diferentes das exigências periciais.

A Medicina Pericial exercida atualmente em muito difere da praticada há 30 ou 40 anos. Mais do que nunca, passou-se a exigir a comprovação diagnóstica por meio de uma rigorosa avaliação clínica e comprovação laboratorial (métodos complementares não invasivos e invasivos), evitando-se as conclusões baseadas em impressões subjetivas ou alegações emanadas dos pacientes, sem o corroborativo laboratorial, tão sujeitas a erros ou interpretações enganosas.

### **Conceituação**

O conceito de cardiopatia grave engloba tanto doenças cardíacas crônicas quanto agudas. São consideradas cardiopatias graves:

1. Cardiopatias agudas, habitualmente rápidas em sua evolução, que se tornam crônicas, caracterizadas por perda da capacidade física e funcional do coração;
2. As cardiopatias crônicas, quando limitam, progressivamente, a capacidade física e funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação), apesar do tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado;
3. Cardiopatias crônicas ou agudas que apresentam dependência total de suporte inotrópico farmacológico (como dobutamina, dopamina) ou mecânico (tipo *Biopump*, balão intra-aórtico);
4. Cardiopatia terminal: forma de cardiopatia grave em que a expectativa de vida se encontra extremamente reduzida, geralmente não responsiva a terapia farmacológica máxima ou ao suporte hemodinâmico externo. Esses pacientes não são candidatos à terapia cirúrgica para correção do distúrbio



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

de base (valvopatia, cardiopatia isquêmica, cardiopatia congênita...), ou ao transplante cardíaco, devido à severidade do quadro clínico ou a comorbidades associadas (hipertensão arterial pulmonar, disfunção renal severa, neoplasia avançada). A limitação da capacidade física e funcional é definida, habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana e arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia. A gravidade dessas síndromes será definida nas seções posteriores;

5. A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em classes ou graus, assim descritos:

- Grau I: pacientes portadores de doença cardíaca 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;

- Grau 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, dispneia, palpitações ou angina de peito;

- Grau III: pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispneia, palpitações ou angina de peito, quando efetuam pequenos esforços;

- Grau IV: pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Esses pacientes, mesmo em repouso, apresentam dispneia, palpitações, fadiga ou angina de peito. Os meios de diagnósticos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração são: história clínica, com dados evolutivos da doença; exame clínico; eletrocardiograma, em repouso; eletrocardiografia dinâmica (*Holter*); teste ergométrico; teste de caminhada de 6 minutos; ergoespirometria ( $VO_2$  pico  $< 14\text{ml/kg/min}$ ); questionário de qualidade de vida SF-36; ecocardiograma em repouso; ecocardiograma associado a esforço ou a procedimentos farmacológicos; estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências; cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (talio, Mibi, tecnecio); cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos; cinecoronariografia; angiotomografia computadorizada, tomografia coronariana computadorizada, angioressonância magnética e ressonância magnética cardíaca. Nos portadores de doença cardíaca não identificável pelos meios de diagnósticos citados, podem ser utilizados outros exames e métodos complementares, como biópsia miocárdica. Os achados fortuitos em exames complementares especializados não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave; e

6. O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave estão relacionados às seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias, pericardiopatias, aortopatias e cor pulmonale crônico. Em algumas condições, determinado item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção  $< 0,35$ ); porém, na maioria dos casos, para melhor conceituá-la é necessária avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares.

Nas seções a seguir, serão definidos os tópicos importantes a serem valorizados na definição de gravidade das diferentes cardiopatias.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

### 1. Cardiopatia Isquêmica

**Forma aguda** (infarto agudo do miocárdio/angina instável):

- Síndromes coronarianas agudas sem supradesnivelamento de segmento ST com 1,2 – sinais de baixo débito cardíaco; sinais de insuficiência cardíaca aguda; presença de arritmia ventricular maligna; sinais de disfunção ventricular mecânica; os tópicos acima, em paciente já revascularizado, sem condições de tratamento cirúrgico ou percutâneo.

- Síndromes coronarianas agudas com supradesnivelamento do segmento ST ou BRE novo – choque cardiogênico (Killip IV); sinais de insuficiência cardíaca aguda (Killip II-III); presença de arritmia ventricular maligna; complicação mecânica do IAM (ruptura de parede) livre, CIV, disfunção de músculo papilar); IAM anterior extenso (V1-V6 DI aVL); presença de BAV II, grau Mobitz II, BAVT, ou distúrbio de condução intraventricular; infarto perioperatório de CRM; quadro clínico de infarto agudo do miocárdio, em paciente já com infarto prévio de grande extensão, ou com IC já estabelecida.

**Forma crônica** (angina estável):

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

- Eletrocardiograma (repouso) – zona elétrica inativa (localização e magnitude), alterações permanentes e significativas na repolarização ventricular; alterações isquêmicas de ST-T (tipo segmento ST permanentemente elevado, configurando a possibilidade de aneurisma ventricular); distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular (QRS maior que 120 ms); hipertrofia ventricular esquerda, de grande magnitude; fibrilação atrial crônica; arritmias ventriculares complexas (associar com dados do *Holter*).

- Radiografia do tórax – cardiomegalia com índice cardiotorácico superior a 0,5, o qual possui valor prognóstico definido; congestão venocapilar pulmonar; derrame pleural bilateral ou unilateral importante.

- Teste ergométrico – limitação da capacidade funcional (<5 MET); angina em carga baixa (<5MET); infradesnível do segmento ST: precoce (carga baixa), acentuada (>3 mm), morfologia horizontal ou descendente, múltiplas derivações, duração prolongada (>6 min no período de recuperação). Supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio; comportamento anormal da pressão arterial diastólica: queda de PAS >30mmHg; insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca, descartado o uso de drogas que possam alterar o cronotropismo); sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço; arritmias ventriculares complexas, durante ou pós-esforço.

- Cintilografia miocárdica associada a teste ergométrico (tálio, mibi, tecnécio) – defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias); dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço; hipercaptação pulmonar; fração de ejeção (FE) em repouso ou esforço  $\leq$  (40 %) (valor específico para o método); comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE <5%); mobilidade parietal regional ou global anormal.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

- Cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos – interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico.

- Ecocardiograma (em repouso) – fração de ejeção  $<0,40$  (valor específico para o método). Alterações segmentares de grande magnitude ou vários segmentos que modificam a contratilidade ventricular, levando à redução a fração ventricular; dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associadas à hipertrofia ventricular esquerda; complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudoaneurismas, aneurismas, trombos intracavitários; complicações associadas ao esforço ou aos procedimentos farmacológicos; aparecimento de alterações da contratilidade segmentar inexistentes no ecocardiograma em repouso. Anormalidades em dois segmentos da parede ventricular em repouso ou induzidas com doses baixas de dobutamina; resposta inotrópica inadequada ao uso de drogas cardioestimulantes; acentuação das alterações de contratilidade preexistentes; comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE  $<5\%$ ).

- Eletrocardiografia dinâmica (*Holter*) – alterações isquêmicas dinâmicas (ST-T), associadas ou não a dor anginosa, com ou sem sintomas de disfunção ventricular esquerda; isquemia miocárdica silenciosa; arritmias ventriculares complexas, transitórias ou não; fibrilação atrial e *flutter* atrial associados à isquemia; distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia – bloqueios de ramos induzidos pelo esforço físico.

- Cinecoronarioventrículoграфия – lesão de tronco de coronária esquerda  $>50\%$ ; lesões em três vasos, moderadas a importantes ( $>70\%$  em 1/3 proximal ou médio), e, eventualmente, no leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida; lesões em 1 ou 2 vasos de  $>70\%$ , com grande massa miocárdica em risco; lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea; fração de ejeção  $<0,40$ ; hipertrofia e dilatação ventricular esquerdas; áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia; aneurisma de ventrículo esquerdo; complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

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

- Pós-infarto do miocárdio – cintilografia com tálio / PET com FDG /RNM para pesquisa de viabilidade e demarcação de necrose, pois a extensão da necrose é marca de gravidade; disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia); isquemia a distância (em outra área que não a do infarto); arritmias ventriculares complexas; idade avançada ( $>70$  anos); comorbidades associadas, como diabetes mellitus; doença pulmonar obstrutiva severa, neoplasias, doença arterial periférica, comprometendo vários leitos arteriais.

- Quando o tratamento adequado – clínico, intervencionista ou cirúrgico – melhorar ou abolir as alterações acima descritas, o conceito de gravidade deve ser reconsiderado e reavaliado. No entanto, o critério de gravidade deve ser mantido se a fração de ejeção detectada permanecer com valores inferiores a 40%, ou a área de necrose quantificada por um dos métodos acima apresentar valor  $>20\%$ , ou ainda houver detecção de arritmias malignas.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

### 2. Cardiopatia Hipertensiva

A definição de cardiopatia grave na doença hipertensiva não depende exclusivamente dos níveis tensionais, mas da concomitância de lesões em órgãos-alvo: rins, coração, cérebro, retina e artérias periféricas.

Se a pressão diastólica for menor que 110mmhg e estiver acompanhada de danos a órgão(s)-alvo, e definida como cifra baixa complicada. Se a pressão diastólica for >110mmhg e estiver acompanhada de dano a órgão(s)-alvo, e definida como cifra alta complicada. Os órgãos-alvo que podem ser comprometidos por uma cifra baixa durante longo tempo ou por cifras altas durante curto tempo são coração, cérebro, rins, retina e artérias periféricas.

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

Na cardiopatia hipertensiva, a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições: hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG, com alterações da repolarização ventricular; ou ecocardiograma com massa ventricular esquerda acima de 163 g/m em homens e de 121 g/m em mulheres e que não regride com o tratamento; disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção <0,40%; arritmias supraventriculares e ventriculares complexas relacionadas à hipertensão arterial; e cardiopatia isquêmica grave associada.

A cardiopatia hipertensiva e agravada, ainda, pelo comprometimento de outros órgãos-alvo, como discriminado a seguir:

Cérebro: isquemia cerebral transitória, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico;

Rins: creatinina >3,0 mg/dl, ou DCE abaixo de 30ml/min; presença de albuminúria e/ou sinais de insuficiência renal crônica (redução do tamanho dos rins, disfunção plaquetária, anemia crônica, distúrbio do equilíbrio acidobásico, hiperazotemia);

Artérias periféricas: aneurisma e/ou dissecção da aorta, trombose arterial periférica, estenose de carótida >70% assintomática e > 50% com sintomas.

Retina: hemorragias, exsudato e papiledema, especialmente quando não regredem com tratamento adequado.

### 3. Miocardiopatias

Miocardiopatias hipertróficas – presença de um ou mais fatores abaixo: paciente sintomático, especialmente com história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica; diagnóstico na infância (baixa idade); hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T; cardiomegalia; disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção abaixo de 40%; fibrilação atrial; síndrome de *Wolff-Parkinson-White* associada; arritmias ventriculares complexas; regurgitação mitral importante; doença arterial coronariana grave associada; forma obstrutiva com gradiente de via de saída >50mmhg; perfil citogenético de alto risco.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

Miocardopatias dilatadas (primárias ou secundárias) – presença de um ou mais desses fatores: história de fenômenos tromboembólicos sistêmicos; cardiomegalia importante; ritmo de galope (B3); insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; fração de ejeção  $<0,40$ ; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; distúrbios da condução intraventricular, com complexos QRS  $> 120$  mm, ou presença de assincronia ventricular demonstrada por ecocardiograma, com Doppler Tissular.

Miocardopatia restritiva (endomiocárdiofibrose, fibroelastose, miocárdiopatias infiltrativas-amiloidose) – presença de um ou mais fatores abaixo: história de fenômenos tromboembólicos; cardiomegalia acentuada; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; envolvimento do ventrículo direito; fibrose miocárdica acentuada; regurgitação mitral e/ou de tricúspide importante.

Cardiopatia chagásica crônica – história de síncope; fenômenos tromboembólicos; cardiomegalia acentuada; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; bloqueio bi ou trifascicular sintomático; bloqueio atrioventricular total.

### **4. Valvopatias**

#### **Insuficiência mitral**

Quadro clínico – insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; frêmito sistólico palpável na região da ponta; primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética no foco mitral; sopro holossistólico no foco mitral, de intensidade  $> 3/6$ , com irradiação em faixa ou círculo; segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar; desdobramento amplo e constante da segunda bulha no foco pulmonar; insuficiência mitral aguda associada ou não a processo isquêmico.

Eletrocardiograma – sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas, com alterações da repolarização ventricular; fibrilação atrial.

Radiografia de tórax – aumento acentuado da área cardíaca, como predominância das cavidades esquerdas; sinais de congestão venocapilar pulmonar; sinais de hipertensão pulmonar.

Ecocardiograma – presença de jato regurgitante de grande magnitude; comprometimento progressivo da função ventricular sistólica; aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo; inversão do fluxo sistólico em veia pulmonar; sinais de hipertensão pulmonar.

Hemodinâmica e angiografia – onda “v” com valor  $> 3$  vezes em relação à média do capilar pulmonar; opacificação do átrio esquerdo igual ou maior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de *Sellers*; fração de regurgitação  $>60\%$  (FR – volume de regurgitação/volume sistólico total).

#### **Estenose mitral**

Quadro clínico – história de comissurotomia mitral prévia; fenômenos tromboembólicos; insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; episódios de edema pulmonar agudo; escarros hemópticos; fibrilação atrial; estalido precoce de abertura da valva mitral; impulsão sistólica de ventrículo direito; segunda bulha hiperfonética no foco pulmonar; sinais.

Eletrocardiograma – fibrilação atrial; sinais de sobrecarga de câmaras direitas.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

Estudo radiográfico – inversão do padrão vascular pulmonar; sinais de hipertensão venocapilar pulmonar; sinais de hipertensão arteriolar pulmonar.

Ecocardiograma – área valvar  $<1,0 \text{ cm}^2$ ; tempo de pressão  $> 200 \text{ ms}$ ; gradiente transvalvar mitral médio  $>15 \text{ mmHg}$ ; sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar  $>50 \text{ mmHg}$ ); presença de trombo no átrio esquerdo.

Hemodinâmica – área valvar  $<1,0 \text{ cm}^2$ ; gradiente diastólico mitral médio  $>15 \text{ mmHg}$ ; pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo  $>20 \text{ mmHg}$ ; pressão sistólica da artéria pulmonar  $>50 \text{ mmHg}$ .

### **Insuficiência aórtica**

Quadro clínico – insuficiência cardíaca classe funcional III e IV; manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotimia, síncope); Síndrome de *Marfan* associada; presença de galope ventricular (B3); Sopros de *Austin-Flint* na ponta; ictus hipercinético, deslocado externamente; pressão diastólica próxima à zero; queda progressiva da pressão arterial sistólica; presença de aneurisma do seio de Valsalva.

Eletrocardiograma – sinais de sobrecarga ventricular esquerda com onda T negativa em precordiais esquerdas; sinais de sobrecarga atrial esquerda; fibrilação atrial.

Estudo radiográfico – aumento importante da área cardíaca, com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em “bota”); dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente; dilatação do átrio esquerdo.

Ecocardiograma – jato regurgitante Ao/VE largo e extenso; fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente; abertura valvar mitral somente com a sístole atrial; piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda; queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço, abaixo de 40%.

Cintilografia miocárdica – comportamento anormal da fração de ejeção, abaixo de 40%.

Hemodinâmica e angiografia – baixa pressão diastólica da aorta, tendendo a equalização das pressões diastólicas aortoventriculares; pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada ( $>20 \text{ mmHg}$ ); opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (graus III e IV de *Sellers*); fração de regurgitação  $> 60\%$ .

### **Estenose aórtica**

Quadro clínico – sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotimia, síncope); angina de peito; presença de terceira bulha; insuficiência cardíaca; pressão arterial diferencial reduzida; pico tardio de intensidade máxima do sopro; desdobramento paradoxal da segunda bulha; fibrilação atrial.

Eletrocardiograma – sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnivelamento de ST e onda T negativa em precordiais esquerdas; sobrecarga atrial esquerda; fibrilação atrial; arritmias ventriculares complexas; bloqueio atrioventricular total.

Ecocardiograma – área valvar  $<0,75 \text{ cm}^2$ ; gradiente médio de pressão transvalvar aórtica  $> 50 \text{ mmHg}$ ; gradiente máximo  $> 70 \text{ mmHg}$ ; sinais de hipocinesia ventricular esquerda.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

Hemodinâmica – área valvar  $<0,75$  cm<sup>2</sup>; hipocinesia ventricular esquerda; coronariopatia associada.

Situação pós-cirúrgica – dadas as condições hemodinâmicas que uma troca proporciona, é de consenso que a obstrução permanece, embora com um gradiente menor, mantendo, portanto, a condição fisiopatológica. A permanência da definição de cardiopatia grave dependerá do gesto profissional.

### **Prolapso valvar mitral**

História familiar de morte súbita; história de síncope; fenômenos tromboembólicos; Síndrome de *Marfan* associada; arritmias ventriculares complexas; fibrilação atrial; disfunção ventricular esquerda; regurgitação mitral importante; prolapso valvar tricúspide associado; cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas); rotura de cordoalhas tendíneas.

### **Pacientes portadores de prótese cardíaca**

Presença de hemólise com necessidade de hemoterapia; sinais de disfunção protética aguda ou crônica; história de endocardite progressiva ou atual; presença de gradiente não funcional, acarretando disfunção/dilatação ventricular.

### **5. Pericardites**

As pericardiopatias podem ser consideradas graves, principalmente nas situações de extrema restrição do enchimento ventricular, por inflamação crônica. Devem estar presentes também achados clínicos associados ao quadro de restrição ventricular, como congestão circulatória periférica, pulso paradoxal, turgência jugular, refluxo hepato-jugular, hepatomegalia.

As grandes restrições pericárdicas devem-se as seguintes patologias:

a) por tuberculose – forma decorrente da infecção pericárdica pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Em muitos adultos, a pericardite por Tbc representa reativação da doença. A pericardite por Tbc pode ser dividida em estágios: 1) seco; 2) efusivo; 3) absortivo; 4) constrictivo (como seqüela tardia);

b) por radiação – pericardite tardia pode ocorrer de forma abrupta, ou como derrame pericárdico de instalação gradual, ou como forma constrictiva. Na lesão por radiação, pode ocorrer doença também das coronárias e do miocárdio.

### **6. Cor Pulmonal e Crônico**

Quadro clínico – manifestações de hipoxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor); insuficiência cardíaca direita; angina de peito classe III a IV da Nyha. Crises sincopais; hiperfonese clangorosa da segunda bulha no foco pulmonar; galope ventricular direito (B3). Gasometria arterial com PO<sub>2</sub>  $<60$ mmHg; PCO<sub>2</sub>  $>50$ mmHg.

Eletrocardiograma – sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.

Ecocardiografia – hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica; grande dilatação do átrio direito; pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada com base nas pressões do VD e AD  $>60$ mmHg; insuficiência tricúspide importante; inversão do fluxo venoso na sístole atrial.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

Estudo hemodinâmico – dilatação do tronco da artéria pulmonar. Dilatação do ventrículo direito; dilatação do átrio direito; pressão na artéria pulmonar >60mmhg; pressão no átrio direito >15mmhg; insuficiência pulmonar; insuficiência tricúspide.

### **7. Cardiopatias Congênitas**

Caracterizam-se como graves as cardiopatias congênitas que apresentam:

Do ponto de vista clínico – crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca (classe III e IV); hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

Do ponto de vista anatômico – doença arterial pulmonar; necrose miocárdica por doença coronariana ou de origem anômala das artérias coronarianas; drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas; hipotrofia ventricular direita; agenesias valvares (pulmonar e aórtica); hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral; hipoplasia ou atresia do coração esquerdo; estenose mitral; transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações; ventrículos únicos com atresias valvares; ectopias cardíacas com alterações múltiplas; cardiopatias complexas.

Do ponto de vista anátomo-funcional – sobrecargas diastólicas ventriculares associadas a hipocontratibilidade ventricular acentuada, com manifestações clínicas; sobrecargas sistólicas ventriculares com hipertrofia importante e desproporcionada ou com miocardioesclerose e manifestações clínicas; cardiopatias hipertróficas acentuadas, com manifestações clínicas; nas formas crônicas, com defeitos corrigidos, a presença de ICE, ICD ou ICC e seus achados clínicos – enteropatia perdedora de proteínas, ascite refratária, cirrose cardíaca.

### **8. Doenças da Aorta**

As doenças da aorta, principalmente em sua porção torácica, são patologias com morbimortalidade elevada. Tanto o tratamento clínico quanto o cirúrgico ainda estão relacionados a elevadas taxas de mortalidade, tornando esse grupo de patologias alvo de extrema importância no tópico das cardiopatias graves.

#### **Aneurisma de aorta torácica**

Considera-se a cirurgia cardíaca necessária quando o diâmetro encontra-se: maior que 5,5 cm na porção ascendente da aorta; maior que 6 cm na porção descendente da aorta; entre 6 e 7 cm nos pacientes de alto risco cirúrgico; maior que 5 cm nos portadores de síndrome de *Marfan* ou com válvula aórtica bicúspide; maior que 4 cm em pacientes com válvula aórtica bicúspide, que necessitem de correção cirúrgica da valvopatia; ou com qualquer diâmetro associado a sintomas por compressão de estruturas vizinhas (rouquidão, dor e dispneia). A cirurgia é indicada também nos aneurismas de aorta associados à rápida progressão, história familiar de dissecação ou estados de hipermetabolismo (gestação).

#### **Dissecção de aorta**

Dissecção aguda de aorta (menos de 15 dias entre os sintomas e o diagnóstico), envolvendo porção ascendente (tipo A – *Stanford*), com ou sem envolvimento da válvula aórtica; dissecção aguda de aorta (Tipo B – *Stanford*), associada a comprometimento de órgão-alvo, ruptura ou iminência de ruptura (formação sacular), extensão retrógrada e nos portadores de síndrome de *Marfan*; dissecção não aguda da



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

aorta associada a envolvimento de órgão-alvo, sintomas recorrentes, progressão retrógrada ou anterógrada da lesão intimal, já preestabelecida.

### **Hematoma de aorta**

Os hematomas intramurais de aorta apresentam prognóstico semelhante ao da dissecção clássica de aorta; aqueles localizados na porção proximal da aorta são de pior prognóstico.

### **Conclusão**

É correta a afirmativa de *Besser* de que “é preciso não confundir gravidade de uma cardiopatia com cardiopatia grave, uma entidade médico pericial”.

Essencialmente, a classificação de uma cardiopatia grave 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 o servidor exercer as funções laborativas e na relação desses aspectos com o prognóstico de longo prazo e com a sobrevivência do indivíduo. Verifica-se uma dificuldade ainda maior na extensão do benefício aos inativos (aposentados), uma vez que esses indivíduos não mais exercem a atividade laborativa (esforço físico), um dos fatores considerados importantes no julgamento pericial de incapacitação.

Embora os procedimentos intervencionistas e cirúrgicos sejam considerados na medicina pericial apenas parte da estratégia terapêutica aplicada aos doentes, e, portanto, não sejam considerados doenças, sabemos que a cada intervenção corresponde uma enfermidade cardiovascular importante subjacente, a qual deverá ser avaliada em relação a uma ação deletéria e a deficiências funcionais que se possam imputar sobre a capacitação laboral do doente, como em todas as cardiopatias. Sabemos, também, que em grande número de pacientes a cirurgia ou o procedimento intervencionista alteram efetivamente a história natural da doença para melhor, modificando radicalmente a evolução de muitas doenças e, conseqüentemente, a categoria da gravidade da cardiopatia, pelo menos no momento da avaliação. Esse é o conceito dinâmico de “reversibilidade” da evolução das cardiopatias, que deixam de configurar uma condição de cardiopatia grave observada anteriormente. De qualquer forma, nunca devemos achar, de antemão, que pacientes submetidos a quaisquer das intervenções mencionadas tenham cardiopatia grave, como erroneamente interpretado por muitos. Considera-se que um servidor (ativo ou inativo) é portador de cardiopatia grave quando existe uma doença cardíaca que acarrete o total e definitivo impedimento das condições laborativas, existindo, implicitamente, uma expectativa de vida reduzida ou diminuída, baseando-se o avaliador na documentação e no diagnóstico da cardiopatia.

### **Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público**

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

### **São equivalentes à cegueira e como tal considerados:**

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

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



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

**Graus de perda parcial da visão**

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

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

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

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

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

**Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas**

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

O quadro a seguir demonstra a equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe:

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

**Crítérios de Enquadramento**

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



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

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

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

Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente. É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cegos, pois, no caso de agravamento, poderão pleitear aposentadoria. Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

Em resumo, serão considerados portadores de deficiência visual comparável à cegueira os servidores que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção, ou campo visual igual ou inferior a 20 graus (campo tubular), ou ocorrência de ambos. Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério bem como os que ingressaram no serviço público já portadores de deficiência compatível com cegueira.

### **Doença de *Parkinson***

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

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

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

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

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

e) Demência: pode ocorrer tardiamente.

### **Considerações**

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



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

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

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

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

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

**Tabela de *Webster* para Avaliação da Doença de *Parkinson***

<b>A) BRADICINESIA DE MÃOS INCLUINDO ESCRITA MANUAL</b> Sem comprometimento	<b>0</b>
Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual.	<b>1</b>
Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado, da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente.	<b>2</b>
Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios.	<b>3</b>
<b>B) RIGIDEZ</b> Não detectável.	<b>0</b>
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso.	<b>1</b>
Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado.	<b>2</b>
Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação	<b>3</b>
<b>C) POSTURA</b> Postura normal. Cabeça fletida para frente, menos que 10 cm.	<b>0</b>
Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para frente, mais de 12 cm.	<b>1</b>
Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Um ou ambos os braços elevados, mas abaixo da cintura.	<b>2</b>



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

Início da postura simiesca. Cabeça fletida para frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando a extensão interfalange. Começando a flexão dos joelhos.	<b>3</b>
<b>D) BALANCEIO DE MEMBROS SUPERIORES</b> Balanceio correto dos dois braços.	<b>0</b>
Um dos braços com diminuição definida do balanceio.	<b>1</b>
Os dois braços não balançam.	<b>3</b>
<b>E) MARCHA</b> Passos bons, com passada de 40 cm a 75 cm. Faz giro sem esforço.	<b>0</b>
Marcha encurtada para passada com 30 cm a 45 cm. Começando a bater um calcanhar, faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	<b>1</b>
Passada moderadamente encurtada agora com 15 cm a 30 cm. Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	<b>2</b>
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como “gaguejar”. O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	<b>3</b>
<b>F) TREMOR</b> Sem tremor detectado.	<b>0</b>
Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedonariz.	<b>1</b>
O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	<b>2</b>
Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A escrita e a autoalimentação são impossíveis.	<b>3</b>
<b>G) FACE</b> Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto.	<b>0</b>
Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão.	<b>1</b>
Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca.	<b>2</b>
Face congelada. Boca aberta 0,5 cm ou mais. Pode haver perda intensa de saliva pela boca.	<b>3</b>
<b>H) SEBORREIA</b> Nenhuma	<b>0</b>



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

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

**Análise:**

01 – 10 = Início da doença

11 – 20 = Incapacidade moderada

21 – 30 = Doença grave ou avançada

**Critérios de Enquadramento**

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

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

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



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

### **Esclerose Múltipla**

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

### **Etiologia**

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

### **Patologia**

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

### **Sinais e sintomas**

De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central com remissões e exacerbações frequentes. Os sintomas geralmente se iniciam com dormência e fraqueza nas pernas, mãos, face, distúrbios visuais (cegueira parcial ou dor nos olhos), distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens, entre outros.

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

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

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

### **Curso**

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

### **Diagnóstico**

É indireto, por dedução por meio de características clínicas e laboratoriais. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as seguintes enfermidades: siringomielia; esclerose lateral amiotrófica; sífilis; artrite da coluna cervical; tumores do cérebro; ataxias hereditárias e malformações do cérebro e da medula.

### **Exames complementares ao diagnóstico:**



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

1. Exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos.
2. Ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostrar as placas.
3. Potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

### **CrITÉRIOS de Enquadramento**

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

### **Espondiloartrose Anquilosante**

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

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

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

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

Dentre as denominações comumente dadas à espondilite anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de *Pierre-Marie-Strumpell*, espondilite ossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de *Veit-Bechterew*, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoiética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante, esta última chamada de pelviespondilite reumática pela Escola Francesa.

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

### **CrITÉRIOS de Enquadramento**

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

Ao firmarem seus laudos, a perícia deverá fazer constar:

1. O diagnóstico nosológico.



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

2. A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral.
3. A citação dos segmentos da coluna atingidos.

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

1. Comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas).
2. Cintilografia óssea.
3. Teste sorológico específico HLA – B 27.
4. Tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

**Estados Avançados do Mal de *Paget***

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

**Quadro Clínico**

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

1. Fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido ósseo ricamente vascularizado, onde são comuns fraturas com consolidação rápida.
2. Fase de relativa inatividade, com formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado, onde as fraturas têm retardo de consolidação.

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

1. Lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas).
2. Complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgia.
3. Complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

**Critérios de Enquadramento**

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

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



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

Também serão enquadradas em incapacidade definitiva as formas monostóticas com deformidades acentuadas e dolorosas e aquelas que apresentem dificuldade para marcha, característica da coxopatia Pagética.

Ao firmar o diagnóstico, a perícia oficial em saúde deverá registrar a extensão das deformidades e as partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

1. Exame radiológico.
2. Dosagem da fosfatase alcalina.
3. Dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

### **Hanseníase**

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa curável, de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium Leprae* (bacilo de Hansen). A doença tem curso crônico, com predileção pela pele e nervos periféricos, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

### **Sinais Cardinais da Hanseníase:**

1. Lesão (ões) e/ou área(s) da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade.
2. Acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas.
3. Baciloscopia positiva.

### **Classificação**

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

1. Paucibacilares (PB) – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; Tratamento de seis meses.
  - a. Indeterminada (I).
  - b. Tuberculóide (T).
2. Multibacilares (MB) – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses.

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

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

1. Dimorfa (D).



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

2. *Virchowiana* (V).
3. Não Especificada (NE).

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

**Formas Clínicas de Hanseníase – Classificação de Madri:**

1. Hanseníase Indeterminada (HI) CID A30. 0 – Considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a *virchowiana*.

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

3. Hanseníase Dimorfa (HD) CID - 10 A30. 3 – Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas.

4. Hanseníase *Virchowiana* (HV) CID - 10 A30. 5 – Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.

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

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

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

1. Face – trigêmeo e facial.
2. Braços – radial, ulnar e mediano.
3. Pernas – fibular comum e tibial.

**Graus de Incapacidade**

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

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

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

GRAU	CARACTERÍSTICAS
------	-----------------



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

<b>0</b>	Nenhum problema com os olhos mãos e pés devido à hanseníase.
<b>1</b>	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés.
<b>2</b>	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

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

**Teste manual da exploração da força muscular**

<b>FORÇA</b>		<b>DESCRIÇÃO</b>
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial
	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade.
	2	Realiza o movimento parcial.
Paralisada	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento)

**Critérios de Enquadramento**

A doença, por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laborativas, uma vez que, ao iniciar a terapia específica (poliquimioterapia), mas avaliações por especialistas, os casos multibacilares poderão ser afastados de suas atividades por um período de três semanas.

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

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



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

1. Manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura.
2. Manifestarem dor neuropática.
3. Tiverem que se submeter a tratamento de descompressão neural cirúrgica de neurites.
4. Necessitarem submeter-se a tratamento cirúrgico de reabilitação de deficiências na face, nariz, olhos, mãos e pés.
5. Tiverem que permanecer imobilizados ou em repouso absoluto do membro quando da detecção precoce de surtos reacionais (tipo 1 ou tipo 2), neurites ou para tratamento de úlceras plantares, até a remissão dos sintomas.

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

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

### **Nefropatia Grave**

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

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

1. Os sintomas clínicos.
2. As alterações bioquímicas.

### **Quadro Clínico**

Manifestações clínicas:

1. Ectoscópicas - palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido.
2. Cardiovasculares - pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca.
3. Gastrointestinais - soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias.
4. Digestivas - diarreia ou obstipação.
5. Neurológicas - cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma.
6. Oftalmológicas - retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica.
7. Pulmonares - pulmão urêmico e derrame pleural.



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

8. Urinárias - nictúria.

**Alterações nos Exames Complementares**

**1. Alterações laboratoriais:**

- a. Diminuição da filtração glomerular.
- b. Diminuição da capacidade renal de diluição e concentração.
- c. (isostenúria).
- d. Aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico.
- e. Distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios.
- f. Acidose.

**2. Alteração nos exames por imagem:**

- a. Diminuição das áreas renais nas enfermidades crônicas ou nas isquemias agudas intensas.
- b. Distorções da imagem normal consequente de cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores.
- c. Distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos.
- d. Diminuição da eliminação de contrastes quando usados.

**Considerações**

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

**Doenças Renais Crônicas – Estadiamento e Classificação\***

<b>Estágio</b>	<b>Filtração Glomerular (ml/min)</b>	<b>Creatinina (mg/dL)</b>	<b>Grau de I.R.C.</b>
0	> 90	0,6 – 1,4	Grupo de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6 – 1,4	Função renal normal Presença de lesão renal
2	60 - 89	1,5 – 2,0	IR leve ou funcional
3	30 – 59	2,1 – 6,0	IR moderada ou laboratorial
4	15 - 29	6,1 – 9,0	IR grave ou clínica
5	< 15	>9,0	IR terminal ou pré dialítica

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

São consideradas nefropatias graves:



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

1. As nefropatias incluídas no Estágio 3, desde que o periciado apresente sintomas e sinais que estejam produzindo incapacidade laborativa.
2. As nefropatias incluídas nos Estágios 4 e 5.

### **Crítérios de Enquadramento**

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

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

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

### **Neoplasia Maligna**

É um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam a partir de um sítio anatômico primitivo.

São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

### **Avaliação Diagnóstica e Estadiamento**

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

1. Exame clínico especializado.
2. Exames radiológicos.
3. Exames ultrassonográficos.
4. Exames de tomografia computadorizada.
5. Exames de ressonância nuclear magnética.
6. Exames cintilográficos.
7. Exames endoscópicos.
8. Pesquisa de marcadores tumorais específicos.
9. Biópsia da lesão com exame histopatológico.
10. Exames citológicos.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

11. Exames de imunoistoquímica.
12. Estudos citogenéticos em casos específicos.

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

### **Prognóstico**

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

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

### **Objetivos do Exame Pericial**

O exame pericial objetiva comprovar:

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

### **Critérios de Enquadramento**

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

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



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

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

1. O tipo histopatológico da neoplasia;
2. Sua localização.
3. A presença ou não de metástases.
4. O estadiamento clínico pelo sistema TNM, podendo ser utilizada outra classificação, em casos específicos, não contemplada por este sistema.
5. Acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fim de enquadramento legal.

O servidor portador de neoplasia maligna detectada pelos meios propedêuticos e submetido a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ ou quimioterápico é considerado portador dessa enfermidade durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, mesmo que o estadiamento clínico indique bom prognóstico. O carcinoma basocelular e outras neoplasias de comportamento similar não se enquadram nesta situação.

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

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

### **Paralisia Irreversível e Incapacitante**

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

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

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

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

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



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

### **Classificação das Paralisias**

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

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

### **Crítérios de Enquadramento**

O portador de paralisia irreversível e incapacitante de um dos tipos descritos anteriormente, satisfeitas as condições conceituais especificadas, será considerado impossibilitado para qualquer trabalho de forma total e permanente.

A perícia deverá especificar no laudo os diagnósticos anatômicos etiológicos e o caráter definitivo e permanente, como citado na Lei.

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

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

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

### **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Sida/Aids*)**

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



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

**Classificação**

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

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

**Categoria “A”:**

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

**Categoria “B”:** indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos com as seguintes condições clínicas:

1. Angiomatose bacilar.
2. Candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico.
3. Candidíase orofaríngea.
4. Sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração).

**Categoria “C”:** indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentam infecções oportunistas ou neoplasias:

1. Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica.
2. Criptococose extrapulmonar.
3. Câncer cervical uterino.
4. Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus.
5. Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução.
6. Histoplasmose disseminada.
7. Isosporíase crônica;
8. Micobacteriose atípica.
9. Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar.
10. Pneumonia por *P. carinii*.



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

11. Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano.
12. Bacteremia recorrente por “salmonella”.
13. Toxoplasmose cerebral.
14. Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
15. Criptosporidiose intestinal crônica.
16. Sarcoma de Kaposi.
17. Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro.
18. Encefalopatia pelo HIV.
19. Síndrome consumptiva pelo HIV.

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

Grupo 1: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares(CD4) igual ou acima de 500/mm<sup>3</sup>.

Grupo 2: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares(CD4) entre 200 e 499/ mm<sup>3</sup>.

Grupo 3: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares(CD4) menor que 200/ mm<sup>3</sup>.

**Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial**

Grupos	LT – CD4 +	Categoria Clínica		
		A	B	C
1	>500/mm <sup>3</sup>	C	V	V
2	200-499/mm <sup>3</sup>	A2	B2	C2
3	<200/mm <sup>3</sup>	A3	B3	C3

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

**Critérios de Enquadramento:**

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

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

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



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

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

### **Tuberculose Ativa**

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

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

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

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

### **Classificação**

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

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

### **As lesões tuberculosas são classificadas em:**

1. Ativas: progressivas, regressivas ou crônicas.
2. Inativas.
3. De atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto).
4. Curadas.

As lesões **ativas** apresentam as seguintes características:



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

**1. Bacteriológicas:** presença do *Mycobacterium tuberculosis* ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material colhido para exame em amostras diferentes.

**2. Radiológicas:**

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

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

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

As lesões **inativas** apresentam as seguintes características:

**1. Bacteriológicas:** ausência de *Mycobacterium tuberculosis* ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material colhido para exame em amostras diferentes, com negatividade nos resultados dos exames mensais, durante pelo menos três meses, inclusive em material obtido por broncoaspiração, e negatividade dos exames das peças de ressecção.

**2. Radiológicas:** “limpeza” radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspecto cístico ou bolhoso.

**3. Clínicas:**

- a. Ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose.
- b. Existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas consequentes à doença e à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas).
- c. Persistência das condições clínicas favoráveis, com duração de, pelo menos, três meses.

As lesões de **atividade indeterminada** são aquelas que, por faltarem elementos elucidativos para caracterizar seu estado evolutivo, são assim classificadas temporariamente, até que a obtenção de dados possibilite sua inclusão no grupo das lesões ativas ou no das inativas ou curadas.

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

**Localização das Lesões:**

**Tuberculose pulmonar**



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

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

### **Tuberculose ganglionar**

As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos cervicais.

### **Tuberculose renal**

O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizado por meio dos seguintes exames:

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

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

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

### **Tuberculose óssea**

As localizações mais frequentes são: vertebral e depois coxofemoral.

No Mal de *Pott*, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral, há, no exame radiológico, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais.

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

### **Critérios de Enquadramento**

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

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

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



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

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

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

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

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

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

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

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

As sequelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do servidor terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois dela são decorrentes.

### **Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.**

#### **Hepatopatia Grave**

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

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

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



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

**Constituem Características das Hepatopatias Graves:**

**Quadro clínico:**

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

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

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

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

1. **Síndrome aguda da radiação:** um conjunto de sintomas e sinais decorrentes de exposição de corpo inteiro a alta dose de radiação por curto espaço de tempo; é um evento determinístico que se desenvolve quando um limite de dose é ultrapassado (0,8 a 1,0 Gy).
2. **Síndrome cutânea da radiação:** um conjunto de sintomas e sinais decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.

**Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:**

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

1. **Hematopoiético:** caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose.
2. **Gastrointestinal:** caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrolítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy.



## GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA

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

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

### **Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação**

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:

1. Grau I ou leve (exposição de 8,0 Gy a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação.
2. Grau II ou moderada (exposição > 12,0 Gy a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia.
3. Grau III ou grave (exposição de 30,0 Gy a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose.
4. Grau IV ou muito grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de ablação ou amputação.

### **Diagnóstico**

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

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



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

11. Avaliação fotográfica seriada.
12. Estudos cintilográficos.
13. Estudos *Doppler*.

**Crítérios de Enquadramento**

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

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

1. Apresentar alterações físicas e mentais de mau prognóstico no curto prazo.
2. Apresentar alterações físicas e mentais que tenham durado ou têm expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 meses.
3. Apresentar sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do servidor para executar atividades básicas.

**Referências Bibliográficas**

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 188, promulgada em de outubro de 1988.
- BRASIL. Leis Federais n. 7.713/88, de 22 de dezembro de 1988. DOU de 23 de novembro de 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.541/92, de 23 de dezembro de 1992. DOU de 23 de dezembro de 1992. DOU, de 24 de dezembro de 1992.
- BRASIL. Lei n. 9.250/95, de 26 de dezembro de 1995. DOU de 27 de Dezembro de 1995.
- BRASIL. Lei n. 11.052/2004, de 29 de Dezembro de 2004. DOU de 30 de Dezembro de 2004.
- BRASIL. Instruções Normativas do MPS/SPS n. 002 e suas alterações.
- MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO. Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal. Portaria n. 797 de 22 de março de 2010, publicado no DOU em 23 de março de 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.851, de 14 de agosto de 2008. DOU de 18 de agosto de 2008.
- RONDÔNIA. Constituição Estadual, promulgada em 28 de setembro de 1989.
- RONDÔNIA. Emenda Constitucional Estadual 44/2006, de 05/06/2006. DOE n. 562, de 25/07/2006.
- RONDÔNIA. Emenda Constitucional Estadual 46/2006, de 22 de Dezembro de 2006. DOE n. 672 de 10 de janeiro de 2007.



## **GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA GOVERNADORIA**

RONDÔNIA. EC Estadual 60/2007, de 14/12/2007. DOE, n. 907, de 28/12/2007.

RONDÔNIA. Lei Complementar n. 068/1992, de 09 de dezembro de 1992. DOE n. 2674, de 09 de Dezembro de 1992.

RONDÔNIA. Lei Complementar 228/2000, de 10 de janeiro de 2000 - Art. 44 § 2º com alteração da Lei complementar n. 253 Art. 62 §1º e 2º.

RONDÔNIA. Lei Complementar n. 253/20 de 14 de janeiro de 2002. DOE n. 4901 de 14 de janeiro de 2002.

RONDÔNIA. Lei Complementar n. 432/2008, de 03 de março de 2008. DOE n. 955 de 13 de março de 2008.

RONDÔNIA. Lei Complementar n. 504/2009, de 28 de abril 2009. DOE n. 1233 de 29 de abril de 2009.

RONDÔNIA. Decreto n. 13.627/2008, de 21/05/ 2008. DOE n. 1002, de 26 de maio de 2008.

### **ANEXO I**

#### **PARÂMETROS DE AFASTAMENTOS POR MOTIVOS DE DOENÇA**

Este anexo apresenta os parâmetros de afastamentos das principais doenças geradoras de licenças por motivos médicos e odontológicos, com base na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

Os protocolos foram elaborados por especialistas das áreas médica e odontológica. Foram considerados documentos e publicações técnico-científicas atuais, assim como a experiência acumulada em várias instituições públicas.

Trata-se de uma indicação técnica que visa conferir transparência aos atos de avaliação, na medida em que oferece parâmetros para a uniformização de critérios no deferimento de prazos para a concessão de licenças nas perícias em saúde dos servidores da Administração Pública Estadual.



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

Os prazos estabelecidos correspondem a referências a serem utilizadas pelos peritos e podem sofrer alterações. O perito deve considerar como preponderante na sua decisão o quadro clínico apresentado pelo servidor no momento da perícia e sua relação com a atividade real exercida na Administração Pública Estadual.

Nos casos em que a patologia do servidor não constar na relação contida neste manual, o médico perito deverá utilizar critérios analógicos com as patologias aqui relacionadas (estes critérios analógicos deverão ser usados **somente** para esta finalidade).

**Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B9)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
A05 A08 A09	Gastroenterocolites	2
A15	Tuberculose respiratória	30
A15.0	Tuberculose pulmonar	30
A15.6	Derrame pleural por tuberculose	20
A46	Erisipela Simples	10
A46	Erisipela Bolhosa	15
A90	Dengue Clássico	7
B06	Rubéola	7
B15/B16 B17/B18	Hepatites virais agudas, crônicas descompensadas e alcoólicas	30
B26	Caxumba	10
B26.8	Parotidite epidêmica com complicações – variável com o tipo de complicação	15

**Neoplasias [Tumores] (C00-D48)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO / DIAS
Orientação geral do afastamento dependendo do tratamento	Inoperável: encaminhamento para avaliação operável	90
	Irressecável: Operável encaminhamento para avaliação de aposentadoria	90
	Ressecável	90
C02/C06	Neoplasia boca/língua	90
C15	Neoplasia maligna do esôfago	90
C16	Neoplasia maligna do estômago	90
C18	Neoplasia maligna do cólon	90
C22	Neoplasia maligna do fígado	90
C25	Neoplasia maligna do pâncreas	90
C34	Cirurgia para retirada de tumor de pulmão + Z54.0	90



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

C50	Neoplasia maligna de mama Quadrantectomia mamária + Z54.0 Mastectomia + Z54.0	90
C62	Neoplasia maligna dos Testículos Orquiectomia + Z54.0	90
C63	Neoplasia maligna de outros órgãos genitais masculino	90
C67	Neoplasia maligna de bexiga – Cistectomia Z +54.0	90
C71	Cirurgia para retirada de tumor cerebral + Z54.0	90
C73	<b>Neoplasia maligna da glândula tireoide</b>	
	Pós-cirúrgico + Z54.0	90
	Pós radioterapia	8
	Quimioterapia Z51.1	8
	Exame de seguimento após tratamento por neoplasia maligna Z08 e Z12	30
D25	<b>Leiomioma do útero</b>	
	Miomectomia convencional + Z54.0	30
	Miomectomia videolaparoscópica + Z 54.0	15
D30.3	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos) + Z54.0	10

**Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (E00-E90)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
E03	Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal)	10
E04	Tireoidectomia parcial	15
	Hipertireoidismo (descompensado e em início reposição hormonal) clínico supressivo	30
E05	Radioterápico	8
	Cirúrgico + Z54.0	15
E06.1	Tireoidite subaguda	10
E10	Diabetes insulínica descompensado e sintomático	7
E11	Diabetes insulínica descompensado e sintomático	10
E24	Síndrome de <i>Cushing</i>	30
E66.8	Obesidade mórbida-cirúrgico (qualquer modalidade) + Z54.0 Clínico (avaliar)	30



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA

	comorbidades)	
--	---------------	--

**Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
F00/F09	Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos	30
F10/F19	Intoxicação aguda (0 até 2)	3
	Demais situações (3 até 9)	15
F20/F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	30
F30	Episódio maníaco	30
F31	Transtorno afetivo bipolar	30
F32	Episódio depressivo	20
F40	Transtornos fóbicos ansiosos	20
F41	Outros transtornos ansiosos (síndrome do pânico)	20
F42	Transtorno obsessivo-compulsivo	30
F43	Reação a estresse grave e transtorno de adaptação	15
F44	Transtornos dissociativos ou conversivos	7
F45	Transtornos somatoformes	7
F48	Outros transtornos neuróticos	7
F50	Transtornos de alimentação	20
F53	Psicose puerperal	30

**Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
G00	Meningite bacteriana	20
G02.0	Outras meningites (virais)	10
G05	Outras doenças inflamatórias do SNC (encefalite, mielite e encefalomielite)	60
G20	Doença de <i>Parkinson</i>	30
G21	Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos)	30
G30	Doença de <i>Alzheimer</i>	90
G31	Outras doenças degenerativas do SNC (ex. álcool)	90
G31	Descompressão do nervo facial por via translabiríntica + Z54.0	90
G35	Esclerose múltipla (crise de agudização)	30



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

G40	Epilepsia (crise isolada)	5
G43	Enxaqueca	2
G45	Acidente vascular cerebral isquêmico transitório	15
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G51	Descompressão do nervo facial por via mastóidea + Z54	30

**Doenças do Olho e Anexos (H00-H59)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
H01	Blefarite infecciosa	3
H04	Cirurgia do aparelho lacrimal + Z54.0	10
H04.0	Dacriadenite	7
H04.3	Dacriocistite aguda	7
	Canaculite	5
H05	Transtornos da órbita (celulite)	15
H10	Conjuntivite	5
H10.5	<i>Blefarconjuntivite</i>	7
H11.0	Cirurgia para exérese de pterígio+Z54.0	10
H15	Transtornos da esclerótica	7
H16	Retirada de corpo estranho de córnea se estiver com úlcera de córnea + Z48	7
H16.0	Úlcera de córnea	7
H16.1	Ceratite sem conjuntivite	5
H16.2	Ceratoconjuntivite	7
H16.2	Ceratite interna e profunda	10
H20	Iridociclite	15
H28	Cirurgia de catarata + Z54.0	30
	Cirurgia para correção de catarata (facectomia)+ Z54.0	30
H30/H30.0/H30.1/H30.2	Inflamações coriorretinianas (uveíte posterior)	30
H 33	Descolamentos e defeitos da retina	30
	Cirurgia para correção de descolamentos e defeitos da retina + Z54.0	30
H34	Oclusões vasculares da retina (com diminuição da visão)	30
H35	Outros transtornos da retina com diminuição da visão	15
H35.6	Hemorragia retiniana	30
H36.0	Retinopatia diabética (com procedimento)	15
H40	Glaucoma	15
	Cirurgia para correção de glaucoma +Z54.0	30
H43.1	Hemorragia	30
H44.0	Endoftalmite purulenta	30
H46	Neurite óptica	30
H49	Cirurgia para correção de estrabismo + Z54.0	10



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

H52	Cirurgia para correção de vício de refração + Z54.0	3
-----	---	---

**Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide (H60-H95)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
H60	Otite externa aguda (quadros severos e dolorosos)	3
H65/70	Timpanomastoidectomia	30
H65/70	Mastoidectomias associadas ou não a timpanoplastias	30
H65	Otite média aguda não supurada	5
H65	Miringoplastia para colocação de tubo de ventilação + Z54.0	5
H66	Otite média aguda supurada	3
H72/H73	Timpanoplastia + Z54.0	20
H80	Estapedectomia + Z54.0	30
H82	Síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte (em crise de agudização)	15
H91	Surdez súbita	30
H93.3	Exérese de neurinoma do nervo acústico + Z54.0	90

**Doenças do Aparelho Circulatório (I00-I99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
I01	Febre reumática com comprometimento do coração (cardite reumática)	30
I10	Hipertensão arterial PA até 150/110	2
	PA acima de 150/110	7
I11	Doença cardíaca hipertensiva	20
	Angina tratamento Clínico	20
I20	Revascularização miocárdica - a partir da data da cirurgia + Z54.0	90
	Infarto Agudo do Miocárdio sem complicação	30
I21	Revascularização miocárdica - a partir da data da cirurgia + Z54.0	90
	Infarto do miocárdio recorrente	90
I22	Revascularização miocárdica - a partir da data da cirurgia + Z54.0	90
I23	Infarto agudo do miocárdio com complicação	60
I30	Pericardite aguda	30
I30	Revascularização do miocárdio +Z54	90
I33	Endocardite aguda	60
I40	Miocardite aguda	60



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

I44	Bloqueio A-V / bloqueio de ramo esquerdo	10
I47	Taquicardia paroxística	5
I49	Outras arritmias (taquiarritmias)	5
I50	Insuficiência congestiva crônica descompensada	30
I60	Hemorragia subaracnóidea (aneurisma roto, acidente vascular, hemorrágico) + Z54	60
I71	Aneurisma de aorta + Z54 0	60
I73	Revascularização de membros inferiores + Z54.0	60
I80.0	Tromboflebitis de veias superficiais dos membros inferiores	7
I80.2	Trombose venosa profunda dos membros	30
183	Cirurgia de varizes com raqui ou peridural + Z54.0	15
	Cirurgia de Varizes com anestesia local Z54.0	7
	Safectomia radical + Z54.0	30
I84	Hemorroidectomia (convencional) +Z54	30
	Hemorróidas	05
I85.0	Varizes de esôfago - com sangramento	7
I86.1	Cirurgia para correção de varicocele + Z54.0	20
I89.0	Linfedema • Não exige ortostatismo prolongado	-----
	• Exige ortostatismo prolongado	Avaliação do Especialista
	• Casos complicados (geralmente por erisipela)	15

**Doenças do Aparelho Respiratório (J00-J99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
J00	Ivas	3
J01	Sinusopatia aguda	5
J02	Faringite aguda viral	3
J03	Amigdalite aguda viral	3
	Amigdalite aguda bacteriana	7
J04	Laringites ou traqueítes agudas virais	3
	Laringites ou traqueítes agudas virais em professores	7
	Laringites ou traqueítes agudas bacterianas	7
J11	Gripe não complicada	3
J12/J16	Pneumonia	10
J18.0	Broncopneumonia	10
J20	Bronquite aguda	5
J21	Bronquiolite	7
J30	Rinopatia alérgica ou vasomotora em vigência de crise de agudização?	3



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

	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	
J34.2	Septoplastias por desvio do septo nasal + Z54.0	15
	Em se tratando de funções que exijam sobrecarga física do servidor	21
J34.3	Turbinectomia + Z54.0	15
J35	Amigdalectomia +Z54.0	10
J36	Abcesso amigdaliano	10
J38	Cirurgia de cordas vocais + Z54.0	30
J41	Bronquite crônica (agudização)	10
J44.1	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização)	7
J45	Asma (crise) O período poderá ser aumentado em caso de reforma na unidade	5
J57	Bronquiectasia (infectada)	15
J85.1	Pneumonia com abscesso	30
J85.2	Abcesso do pulmão	30
J91	Pneumonia com derrame	20
J93	Pneumotórax	15

**Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
K11	Submandibulite e parotidite aguda não epidêmica	3
K12	Estomatites	3
K21.0	Esofagite de refluxo dias	2
K22.1	Esofagite erosiva - com sangramento	7
K25/K26	Úlcera gástrica ou duodenal	5
K25.4	Úlcera gástrica - com sangramento	10
K29	Gastrite	2
K29.0	Gastrite aguda (erosiva) - com hemorragia	7
K35.1	Apendicectomia no adulto + Z54.0	30
K40	Herniorrafia inguinal + Z 54.0	30
K40	Herniorrafia inguinoescrotal + Z54.0	30
K42	Herniorrafia umbelical + Z54.0	15
K43	Herniorrafia epigástrica + Z54.0	20
K40/K46	Herniorrafia incisional + Z54.0	30
K40/K46	Herniorrafia por videolaparoscopia + Z54.0	15
K50	Doença de <i>Crohn</i> - em atividade	10
K51	Retocolite ulcerativa - em atividade	15
K57	Doença diverticular do intestino – em atividade	7



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

K60	Fistulectomia + Z54.0	30
K60	Fissura das regiões anal e retal	5
K61	Abscesso das regiões anal e retal	7
K74	Cirrose hepática descompensada	60
K80.0	Colecistectomia convencional + Z54.0	30
K80.0	Colecistectomia videolaparoscópica + Z54.0	15
K80.0	Calculose da vesícula biliar com colecistite Aguda	7

**Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (L00-L99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
L01	Impetigo / impetiginização de outras dermatoses	7
L02	Abscesso cutâneo	7
L03	Celulite (flegmão)	10
L05	Cisto pilonidal / caso haja procedimento(drenagem)	15
L08.0	Piodermite	7
L14	Herpes zoster + B02.9	15
L20	Dermatite quando agudizada	5
L23	Dermatite alérgica de contato (devendo ser considerada a função exercida)	7
L40	Psoríase quando agudizada e extensa	10
L52	Eritema nodoso – para diagnóstico da doença de base	15
L60.0	Unha encravada (com procedimento e considerada a função)	5
L97	Úlcera de estase	15
L98.0	Granuloma piogênico	5

**Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
M05	Artrite reumatoide (em atividade)	15
M10	Artrite gotosa	8
M13.0	Poliartrite não especificada	10
M13.2	Artrite não especificada	10
M16.7	Artroplastias de quadril por artrose + Z54.0	90
M17.9	Artroplastia de joelho por artrose + Z54.0	90
M20.1	Correção de hálux valgo + Z54.0	45
M22.4	Condromalácia da rótula	15
M23	Transtornos internos do joelho	15
M23.5	Artroscopia para reparação ligamentar + Z54.0	60
M23.9	Artroscopia diagnóstica + Z54.0	10



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

	Artroscopia (para outros procedimentos) + Z54.0	30
M25.4	Derrame articular	15
M32	Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)	15
M43.1	Espondilolistese (com sintomatologia)	15
M45	Espondilite anquilosante (com sintomatologia)	30
M43.6	Torcicolo	3
M50/M51	Transtornos dos discos vertebrais (com radiculopatia)	15
	Transtornos dos discos cervicais e outros transtornos dos discos intervertebrais	15
	Laminectomia (hérnia de disco) + Z54.0	60
M54.2	Cervicalgia	3
M54.3	Ciática	15
M54.4	Lombociatalgias agudas	15
M54.5	Lombalgias	5
M62.6	Distensão muscular	10
M65	Sinovite e tenossinovite	7
M65.9	Tenólise + Z54.0	15
M71.2	Cisto sinovial do espaço poplíteo (com sintomatologia)	5
M71.3	Retirada de cisto sinovial de punho + Z54.0	15
M71.9	Bursopatia não especificada	15
M72.2	Facíte plantar	10
M75.1/M75.4	Lesões do ombro	30
M79.0	Fibromialgia (quando doloroso inicial)	20
M86	Osteomielite	30
M86.4	Osteomielite crônica com seio drenante	90
M87	Osteonecrose	30
	da cabeça do fêmur, côndilo do fêmur e platô tibial	90
M90.0	Tuberculose óssea (em atividade)	60
M96.1	Síndrome pós-laminectomia não classificada em outra parte (com subsídios)	30

**Doenças do Aparelho Geniturinário (N00-N99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
N00/N03	Glomérulonefrite	20
N04	Síndrome nefrótica	60
N10/N16	Pielonefrite	10
N13	Uropatia obstrutiva e por refluxo	7
N17	Insuficiência renal aguda	90
N18	Insuficiência renal crônica com encaminhamento para aposentadoria	90
N20	Calculose renal	7
N20/N23	Nefrolitotomia + Z54.0	60



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

	Ureterolitotomia + Z54.0	60
	Retirada de cálculo por via endoscópica + Z54.0	7
	Litotripsia extracorpórea + Z54.0	5
N21.0	Cistolitotomia + Z54.0	40
	Ureterolitotomia + Z54.0	60
N28.8	Nefropexia + Z54.0	30
N29.8	Ureterocistoplastia + Z54.0	40
N30	Cistite	3
N34	Uretrites	3
N35	Uretrotomia interna (estenose de uretra) + Z54.0	30
	Dilatação uretral: dias + Z54.0	2
N40	Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstrutiva)	10
N41.0	Prostatite aguda	7
N43	Hidrocelectomia + Z54.0	15
N44	Torção de testículo + Z54.0	15
N45	Orquite e epididimite	7
N47	Postectomia + Z54.0	5
N61	Transtornos inflamatórios da mama (casos com sinais flogísticos, associados à infecção)	7
N63	Exerese de nódulo mamário + Z54.0	10
N70	Salpingite e o oforite quando agudas	7
N73	Doença inflamatória pélvica (parametrite, celulite pélvica e pelvipерitonite)	15
N75	Bartholinectomia + Z54.0	15
	Doença da glândula de Bartholin (bartholinite)	7
N76.4	Abscesso vulvar	10
N80	Endometriose (com sintomatologia ocorre no período pré-menstrual)	3
N81	Colpoperineoplastia + Z54.0	30
N88.3	Circlagem por incompetência istmo-cervical com posterior reavaliação + Z54.0	7
N88.3	Incompetência istmocervical com prorrogação	90
N92	Metrorragia (com patologia de base: mioma, adenomiose, pólipos endometrial)	3
N97	Infertilidade: em caso de realizar tratamento para fertilização (Z31.1)	15

**Gravidez, Parto e Puerpério (O00-O99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
O00	Cirurgia para gravidez tubária convencional + Z54.0	30
	Videolaparoscópica para gravidez tubária + Z54.0	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparoscopia)	15



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

	Gravidez ectópica (em caso de laparoscopia)	30
O01	Mola hidatiforme (em caso de curetagem)	10
O06	Curetagem por abortamento + Z54.0	10
	Microcesária + Z54.0	30
O10	Hipertensão preexistente complicando gravidez	15
O13/O14	Ore-eclampsia	15
O20	Ameaça de aborto	15
O21	Hiperemese gravídica	3
O22	Complicações venosas na gravidez	15
O23	Infecção urinária na gestação	10
O24	Diabetes na gestação	10
O44	Placenta prévia	15
O60	Trabalho de parto prematuro	15

**Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (Q00-Q99).**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
Q54	Cirurgia para correção de hipospadia no adulto + Z54.0	30

**Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório Não Classificados em Outra Parte (R00-R99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
R49.0	Disfonia sem outras alterações	3

**Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (S00-T98)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
S12.9	Fratura da coluna lombar / cervical + Z54.0	90
	Fratura de vértebras cervicais	60
	Coluna cervical	90
S22.0	Fratura de vértebras torácicas (com imobilização)	30
S22.3	Fratura de arco-costal	20
S32.0	Fratura de vértebras lombares (com imobilização)	30
S32.8	Fratura de bacia + Z54.0	60
S42	Fratura de ombro e braço	30
S42.0	Fratura de clavícula + Z54.0	45
S43	Luxação de ombro / clavícula / braço	30
	Luxação recidivante de ombro + Z54.0	60
S46	Tenorragia do ombro + Z54.0	60
S52	Fratura de ossos do antebraço (rádio e ulna)	45
	Olecrano	30



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

S52.0	Fratura de cotovelo + Z54.0	60
S52.5	Fratura de úmero + Z54.0	60
	Fratura de Colles + Z54.0	45
S53.1	Luxação de cotovelo	30
S62.0	Fratura de escafoide + Z54.0	60
S62.3	Fratura de metacarpianos + Z54.0	45
	Fratura de metacarpiano com imobilização	30
S62.6	Fratura de falanges	15
S63.1	Luxação de dedos da mão	15
S63.3	Tenorragia do punho e da mão + Z54.0	40
S63.5	Entorse de punho	7
S72.0	Fratura de quadril / colo de fêmur + Z54.0	90
S72.1	Artroplastias de quadril por fratura + Z54.0	90
S72.8	Supracondiliana de fêmur	60
S73.0	Luxação de quadril	60
S82/S83	Artroscopia do joelho (outras) + Z54.0	30
S82.0	Cirurgia de rótula com osteossíntese + Z54.0	45
	Fratura de rótula	30
	Cirurgia de rótula com osteossíntese Z54.0	90
S82.1	Fratura de platô tibial + Z54.0	90
	Fratura de platô tibial com imobilização	45
S82.1/S72.4	Artroplastia de joelho por fratura + Z54.0	90
S82.2/S82.3	Fratura de tíbia	60
S82.4	Fratura isolada da fíbula	30
S83	Entorse de joelho	7
S82.5/s82.6	Fratura de maléolo	60
S83.4	Correção de ligamentos colaterais do joelho (aberta) + Z54.0	90
S83.5	Correção do ligamento cruzado anterior (aberta) + Z54.0	90
S83/S64	Artroscopia do joelho (para correção de ruptura de ligamento) + Z54.0	60
S83	Tenorragia aberta de ligamentos do joelho + Z54.0	60
	Realinhamento de patela + Z54.0	45
S86.0	Tenorragia do tendão de Aquiles + Z54.0	90
S92.0	Fratura de calcâneo / tálus + Z54.0	90
	Fratura de calcâneo (com imobilização)	60
S92.2	Fratura de ossos do tarso com imobilização	30
S92.3	Fratura de metatarsianos + Z54.0	30
S92.5	Pododáctilos	15
S93	Entorse de tornozelo	7
S93.0	Luxação tíbio-társica (tornozelo)	60
T12	Osteossíntese de fêmur + Z54.0	90
	Osteossíntese de tíbia + Z54.0	90
T20/T25	Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, especificadas por local:	5



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA

	2º grau	
	3º grau	15
T78.3	Urticária gigante	3
T82.0	Troca de válvula cardíaca (se biológica) + Z54.0	60
	Troca de válvula cardíaca (se metálica) + Z54.0	90
T82.1	Troca de gerador do marca-passo + Z54.0	15

**Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde (Z00-Z99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
Z03.8	Artroscopia do joelho (diagnóstica)	7
Z13.6	Cateterismo	7
Z13.9	Cistoscopia diagnóstica	2
	Plástica Mamária	30
	Dermolipectomia	40
	Lipoaspiração Lipoescultura	20
Z41	Rinoplastia	20
	Blefaroplastia	7
	Ritidoplastia	20
	Vasectomia	3
Z48.8	Retirada de corpo estranho de córnea +W44	3
Z89.9	Amputação de membros	60
Z94.7	Transplante de córnea	30
Z95.0	Implante de marca-passo	15
Z95.5	Angioplastia sem complicação	15
	Colocação de “stent” em angioplastia sem complicação	15

**Procedimentos sem CID Específico**

CID	PROCEDIMENTO	AFASTAMENTO/DIAS
	<i>Ginecologia e obstétricas</i>	
	Cirurgia de Werthein-Meigs (pan-histerectomia + linfadectomia)	60
	Histerectomia total abdominal	45
	Histerectomia subtotal	30
	Histerectomia vaginal	30
	Anexectomia / ooforectomia convencional	30
	Anexectomia / ooforectomia videolaparoscópica	15
	Curetagem de prova	5
	<i>Urológicas</i>	
C61 /D29	Prostectomia convencional	45
C61/D29.1	Prostectomia transvesical	30
	Ressecção transuretral de próstata	30
	Ressecção transvesical de próstata	45



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

	Resecção transuretral de tumor vesical (pólipos)	10
	Cistectomia	90
	Nefrectomia	60
	Orquiectomia	10

**Parâmetros de Afastamento por Motivos Odontológicos**

**Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
A69.1	Gengivite ulceronecrosante aguda (gona)	7
B00.2	Gengivostomatite herpética (herpes simples)	3
B37.0	Estomatite por Cândida	3

**Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
G50.0	Nevralgia do Trigêmio	15
G50.1	Dor facial atípica	15

**Doenças do Aparelho Digestivo (K00-K93)**

**(K00-K14) Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
K00.1	Dentes supranumerários + Z54.0	5
K01.0	Dentes inclusos	5
K01.1	Dentes impactados	5
K04.0	Pulpite	3
K04.1	Necrose da polpa	3
K04.4	Periodontite apical aguda de origem pulpar	3
K04.5	Periodontite apical crônica + Z54.0	5
K04.6	Abscesso periapical com fístula	3
K04.7	Abscesso periapical com fístula	3
K04.8	Cisto radicular + Z54.0	3
K05.1	Gengivite crônica + Z54.0	3
K05.2	Periodontite aguda	3
K05.3	Periodontite crônica + Z54.0	5
K05.4	Periodontose + Z54.0	3
K06.1	Hiperplasia gengival + Z54.0	5
K06.2	Lesões da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, associadas a traumatismos	3
K06.8	Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	3
K07.0	Anomalias importantes (maior) do tamanho da	45



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

	mandíbula + Z54.0	
K07.1	Anomalias da relação entre a mandíbula com a base do crânio + Z54.0	45
K07.2	Anomalias da relação entre as arcadas dentárias + Z54.0	45
K07.6	Transtornos da articulação Temporomandibular	5
K08.1	Perda de dentes devido a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	3
K08.2	Atrofia do rebordo alveolar sem dentes + Z54.0	5
K08.3	Raiz dentária retida + Z54.0	3
K09.0	Cistos odontogênicos de desenvolvimento + Z54.0	7
K09.1	Cistos de desenvolvimento (não odontogênicos) da região bucal + Z54.0	7
K09.2	Outros cistos das mandíbulas + Z54.0	7
K09.8	Outros cistos da região oral não classificados em outra parte + Z54.0	7
K10.0	Transtornos do desenvolvimento dos maxilares + Z54.0	7
K10.1	Granuloma central de células gigantes + Z54.0	3
K10.2	Afecções inflamatórias dos maxilares	7
K10.3	Alveolite maxilar	7
K10.8	Outras doenças especificadas dos maxilares	30
K11.2	Sialadenite + Z54.0	15
K11.3	Abscesso de glândula salivar + Z54.0	15
K11.4	Fístula de glândula salivar + Z54.0	15
K11.5	Sialolitíase + Z54.0	15
K11.6	Mucocele de glândula salivar + Z54.0	7
K11.8	Outras doenças das glândulas salivares + Z54.0	30
K11.9	Doença de glândula salivar, sem outra especificação + Z54.0	30
K12.2	Celulite e abscesso da boca	7
K13.2	Leucoplasia e outras afecções do epitélio oral, inclusive da língua + Z54.0	5
K13.3	Leucoplasia pilosa + Z54.0	5
K13.4	Lesões granulomatosas e granulomatóides da mucosa oral + Z54.0	3
K13.5	Fibrose oral submucosa + Z54.0	5
K13.7	Outras lesões e as não especificadas da mucosa oral	3
K14.5	Língua escrotal + Z54.0	30
K14.8	Outras doenças da língua + Z54.0	30

**Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (L00-L99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
-----	-----------	------------------



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

L14	Herpes Labial sem infecção secundária + B00.1	3
	Com infecção secundária = B001	7

**Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (M00-M99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
M86	Osteomielite	30

**Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (Q00-Q99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
Q36	Fenda labial + Z54.0	45
Q37	Fenda labial com fenda palatina + Z54.0	45
Q38.1	Anquiloglossia + Z54.0	15

**Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas (S00-T98)**

CID	DESCRIÇÃO	AFASTAMENTO/DIAS
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares	30
S02.5	Fratura de dente	3
S02.6	Fratura de mandíbula	30
S02.8	Outras fraturas do crânio e dos ossos da face	30
S03.0	Luxação de articulação temporomandibular	5
S03.2	Luxação dentária	3
S03.4	Entorse e distensão do maxilar-articulação temporomandibular-ligamento temporomandibular	5
T85.7	Infecção e reação inflamatória devido a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos internos	3



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA

ANEXO II

MODELOS DE LAUDOS DE PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE

LAUDO I  
LAUDO MÉDICO/ PERICIAL  
LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Identificação:

Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor apresenta, no momento, incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades, em licença para tratamento de saúde.

Período de afastamento: de ...../...../..... a ...../...../.....

Número de dias de afastamento: ..... **dias**

Deverá retornar ao serviço ao final da licença? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Se **SIM**:

- Data prevista para reavaliação: .....

**Sugestão de texto para não concessão:**

O servidor deverá retornar às suas atividades, por não ter sido constatada incapacidade laborativa no momento.

-----  
Local e data

-----  
Assinatura e carimbo do Perito



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA

**LAUDO II**  
**LAUDO MÉDICO PERICIAL**  
**LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA OU DEPENDENTE**

Identificação:

Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:

**Identificação do Examinado:**

Nome do Examinado:
Grau de Parentesco:
Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em dd/mm/aa, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado é portador de enfermidade cujo tratamento requer a assistência do servidor, que não poderá ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário.

Período de afastamento: de ...../...../..... a ...../...../.....

Número de dias de afastamento: ..... **dias**

A licença para acompanhamento de pessoa da família é remunerada?

( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Se não:

- O servidor está ciente de que a licença é sem remuneração.

( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Deverá retornar ao serviço ao final da licença?

( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença?

( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: ...../...../.....

**Sugestão de texto para não concessão:** O examinado não necessita de acompanhamento do servidor por motivo de doença em pessoa da família.

-----



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

Local e data

-----

Assinatura e carimbo do Perito

**LAUDO III**  
**LAUDO MÉDICO/ PERICIAL**  
**LICENÇA POR ACIDENTE EM SERVIÇO OU MOLÉSTIA PROFISSIONAL**

Identificação:

Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:

Considerando o exame pericial realizado na data dd/mm/aa concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor apresenta incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades, em licença por acidente em serviço ou moléstia profissional, que se relacione, mediata ou imediatamente, com as atribuições do cargo exercido.

Período de afastamento: da data ...../...../..... a ...../...../.....

Número de dias de afastamento: ..... dias

O servidor deverá retornar ao serviço ao final da licença?  
 SIM  NÃO

O servidor deverá retornar para reavaliação ao final da licença?  
 SIM  NÃO

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: Na data.....

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não apresenta incapacidade laborativa que possa ser considerada acidente em serviço ou moléstia profissional.

O servidor deverá retornar ao serviço?  
 SIM  NÃO

-----  
Local e data



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

-----  
Assinatura e carimbo do Perito

**LAUDO IV**

**LAUDO MÉDICO/ PERICIAL  
PARA CONCESSÃO DE LICENÇA À GESTANTE**

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:

Considerando o exame pericial realizado em na data **dd/mm/aa** concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** A servidora deverá ficar afastada de suas atividades, em licença à gestante.

Período de afastamento: ...../...../..... a ...../...../.....

Número de dias de afastamento:..... **dias**

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença?

(  ) **SIM** (  ) **NÃO**

Se sim:

- Data prevista para reavaliação: Na data .....

**Sugestão de texto para não concessão:** A servidora deverá retornar às suas atividades profissionais, por não ter sido constatada a necessidade da concessão de licença à gestante neste momento.

-----  
Local e data



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA

-----  
Assinatura e carimbo do Perito

**LAUDO V**  
LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ POR DOENÇA NÃO ESPECIFICADA EM LEI PARA FINS DE  
APOSENTADORIA

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:

Considerando o exame pericial realizado na data dd/mm/aa concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor é portador, no momento, de invalidez decorrente de doença não especificada no § 1º do artigo 186 da Lei n. 8112/90, que o incapacita para o desempenho das atribuições do cargo, sendo impossível a aplicação do artigo 24 da Lei n. 8112/90.

Necessita de afastamento **até a publicação da aposentadoria?**

( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Se sim:

- Período de afastamento: a partir de ...../...../..... até ...../...../.....

**OBS.: No laudo deve registrar ainda o total de dias de afastamento desde a licença inicial**

- Data prevista para a reavaliação após aposentadoria: .....

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não é portador, no momento, de doença invalidante que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo. O servidor deverá retornar ao trabalho. Descrever que o servidor deverá retornar ao trabalho em sua função original, readaptado ou com restrição

-----  
Local e data



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA

-----  
Assinatura e carimbo do Perito

**LAUDO VI**  
**LAUDO MÉDICO PERICIAL**  
AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ POR DOENÇA ESPECIFICADA EM LEI PARA FINS DE  
APOSENTADORIA

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:

Considerando o exame pericial realizado na data dd/mm/aa concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor é portador, no momento, de doença invalidante que o incapacita para o desempenho das atribuições do cargo, sendo impossível a aplicação do § 1º artigo 20 da Lei nº432/2008 .

Nome da doença por extenso: .....

Necessita de afastamento **até a publicação da aposentadoria?**

( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Se **SIM**:

- Período de afastamento: a partir de: ...../...../..... até ...../...../.....

**OBS: No laudo deve registrar ainda o total de dias de afastamento desde a licença inicial**

Se **NÃO**:

- O servidor deverá retornar ao trabalho?

( ) **SIM** ( ) **NÃO**

- O servidor deverá retornar para reavaliação da invalidez?

( ) **SIM** ( ) **NÃO**

Se **SIM**:



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA

- Data prevista para reavaliação: Na data .....

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não é portador, no momento, de doença invalidante, que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo. Descrever que o servidor deverá retornar ao trabalho em sua função original, readaptado ou com restrição

**Local e data, .....**

Assinatura e carimbo do Perito  
CRM

Assinatura e carimbo do Perito  
CRM

Assinatura e carimbo do Perito  
CRM

LAUDO VII

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ DECORRENTE DE ACIDENTE EM SERVIÇO OU MOLÉSTIA  
PROFISSIONAL PARA FINS DE APOSENTADORIA

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor é portador de invalidez decorrente de acidente em serviço ou moléstia profissional, que o incapacita para o desempenho das atribuições do cargo, sendo impossível a aplicação dos §§ 6º, 7º e 8º artigo da Lei Complementar n. 432.

Nome da doença por extenso: .....

Necessita de afastamento **até a publicação da aposentadoria?** ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim:

- Período de afastamento: a partir de ...../...../..... até ...../...../.....

- Data prevista para reavaliação após aposentadoria: .....

**OBS: No laudo deve registrar ainda o total de dias de afastamento desde a licença inicial**

**Sugestão de texto para não concessão:** O servidor não é portador, no momento, de invalidez permanente decorrente de acidente em serviço ou moléstia profissional, que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo.

Necessita de afastamento: ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim:

- Período de afastamento: ..... a.....

- Número de dias de afastamento: ..... **dias**

Se não:



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

- O servidor não é portador, no momento, de doença invalidante, que o incapacite para o desempenho das atribuições do cargo. Descrever que o servidor deverá retornar ao trabalho em sua função original, readaptado ou com restrição.

**Local e Data, .....**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM** \_\_\_\_\_

Dr. (a)  
**CRM**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM**

**LAUDO VIII  
LAUDO MÉDICO PERICIAL**

**AValiação de Necessidade de Redução de Carga Horária para Servidor com Familiar ou Dependente Portador de Necessidade Especial**

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:
<b>Identificação do Examinado</b>
Grau de Parentesco:
Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado em **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** - O examinado é portador de necessidade especial, não tendo como o servidor exercer suas atividades integralmente concomitante com o acompanhamento do dependente, havendo necessidade de redução de carga horária.

Tipos de Deficiência:

- ( ) Física  
( ) Mental

Nome por extenso da patologia:.....

Data para nova reavaliação:.....



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

**Sugestão de texto para não concessão:** O examinado é portador de necessidade especial, contudo, o servidor poderá exercer sua atividade integral concomitante com o acompanhamento do dependente, **não** havendo necessidade de redução de carga horária.

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM**

**LAUDO IX  
LAUDO MÉDICO PERICIAL  
AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE REMOÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA DO PRÓPRIO  
SERVIDOR**

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:

Nome por extenso da patologia: .....

Quais as condições de que dispõe a nova localidade que justifique a solicitação?  
.....  
.....

Considerando o exame pericial realizado na data .....e considerando que os recursos da localidade onde o servidor reside não são compatíveis com o tratamento e a nova localidade possui tais recursos:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado é portador de enfermidade cujo tratamento não pode ser realizado na localidade atual de exercício do servidor, sugerimos que este seja removido para outro Município do Estado de Rondônia, onde possua os recursos adequados para o tratamento médico.

**Sugestão de texto para não concessão:** Não há necessidade de remoção do servidor, por motivo de doença, uma vez que a doença pode ser tratada na localidade de exercício atual do servidor.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA

Local e Data, .....

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
CRM/CRO

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
CRM/CRO

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
CRM/CRO

LAUDO X

LAUDO MÉDICO PERICIAL

REVISÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:

Considerando o exame pericial realizado na data **dd/mm/aaaa** concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado mantém-se na condição de inválido.

O examinado deverá retornar para nova reavaliação na data .....

**Sugestão de texto para não concessão 1:** O examinado atualmente não é portador de deficiência.

**Sugestão de texto para não concessão 2:** A deficiência ocorreu após o óbito do servidor.

Data do diagnóstico da doença invalidante:.....

Local e Data, .....

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

**CRM**

**LAUDO XI**

**LAUDO MÉDICO PERICIAL**

**AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PARA FINS DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE PREVIDENCIÁRIO**

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:
<b>Identificação do Examinado</b>
Grau de Parentesco:
Data no Nascimento:

Nome da patologia por extenso:.....

Data do Início da patologia:.....

Considerando o exame pericial realizado, na data **dd/mm/aaaa** concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O examinado é portador de patologia que caracteriza incapacidade laborativa total, permanente e omniprofissional.



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

O examinado deverá retornar para reavaliação na data .....

**Sugestão de texto para não concessão 1:** O examinado não é portador de patologia que caracteriza incapacidade laborativa total, permanente e omni-profissional.

**Sugestão de texto para não concessão 2:** A invalidez ocorreu após a maioridade do examinado.

**Local e Data, .....**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM**

**LAUDO XII**

**LAUDO MÉDICO PERICIAL**

**REAVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PARA FINS DE MANUTENÇÃO DE DEPENDÊNCIA  
PREVIDENCIÁRIA**

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:
<b>Identificação do Examinado</b>
Grau de Parentesco:
Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado na data, **dd/mm/aaaa** concluímos que:

**Sugestão de texto para manutenção da aposentadoria:** O examinado mantém, no momento, a condição de portador de invalidez.

O examinado deverá retornar para nova reavaliação pericial na data .....



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

**Sugestão de texto para a não manutenção da aposentadoria:** O examinado no momento deverá retornar à suas atividades por insubsistência dos motivos que determinaram sua aposentadoria por invalidez.

**Local e Data, .....**

\_\_\_\_\_  
Dr. (a)  
**CRM**

**LAUDO XIII**

**LAUDO MÉDICO PERICIAL**

**AVALIAÇÃO PARA FINS DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA SOBRE A APOSENTADORIA**

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Laudo:

Considerando o exame pericial realizado na data, **dd/mm/aaaa** concluímos que:

Sugestão de texto para concessão: O servidor é considerado, no momento, portador de doença especificada no artigo 6º, inciso XIV, da Lei n. 7.713/88; artigo 47 da Lei n. 8.541/92; e artigo 1º da Lei n. 11.052/04.

Nome da doença especificada no diagnóstico foi firmado na data .....

Há sinais de doença ativa no momento do exame?

( ) **SIM** ( ) **NÃO**

O servidor deverá retornar para reavaliação na data.....



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

Sugestão de texto para não concessão: O examinado não apresenta nenhuma das doenças especificadas no artigo 6º, inciso XIV, da Lei n. 7.713/88 e artigo 47, da Lei n. 8.541/92 em atividade no momento.

**Local e Data,**.....

\_\_\_\_\_  
**Dr. (a)**  
**CRM/CRO**

**LAUDO XIV**

**LAUDO MÉDICO PERICIAL**

**AVALIAÇÃO PARA FINS DE ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA SOBRE PENSÃO**

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Processo:
Número do Laudo:
<b>Identificação do Examinado</b>
Grau de Parentesco:
Data de Nascimento:

Considerando o exame pericial realizado na data, **dd/mm/aaaa** concluímos que:



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA  
GOVERNADORIA**

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor é considerado, no momento, portador de doença especificada no artigo 6º, inciso XIV, da Lei n. 7.713/88; artigo 47, da Lei n. 8.541/92; e artigo 1º, da Lei n. 11.052/04.

Nome da doença especificada no diagnóstico foi firmado na data .....

Há sinais de doença ativa no momento do exame?

( ) SIM ( ) NÃO

O servidor deverá retornar para reavaliação na data.....

**Sugestão de texto para não concessão:** O examinado não apresenta nenhuma das doenças especificadas artigo 6º, inciso XIV, da Lei n. 7.713/88 e artigo 47, da Lei n. 8.541/92 em atividade no momento.

Local e Data,.....

Dr. (a)

**CRM**

Dr. (a)

**CRM**

Dr. (a)

**CRM**

**LAUDO XV**

**LAUDO MÉDICO PERICIAL**

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA PARA FINS DE READAPTAÇÃO**

Identificação:
Nome do Servidor:
CPF:
Órgão:
Matrícula:
Número do Processo:
Número do Laudo:

Considerando o exame pericial realizado na data **dd/mm/aaaa**, concluímos que:

**Sugestão de texto para concessão:** O servidor apresenta no momento, limitação na sua capacidade laborativa para o desempenho das atribuições de seu cargo, devendo ser readaptado em cargo de atribuição e responsabilidade compatível com a sua limitação.



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

Deverá ser readaptado durante.....dias. A partir de .....

Data para nova reavaliação.....

Atribuições que não podem ser exercidas: ( Deverá ser verificado dentro das tarefas típicas de cada cargo descrita em Lei).....

Atribuições que podem ser exercidas: (Deverá ser verificado dentro das tarefas típicas de cada cargo descrita em lei).....

**Sugestão de texto para não concessão:**

**Local e Data, .....**

\_\_\_\_\_  
**Dr. (a)**  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
**Dr. (a)**  
**CRM/CRO**

\_\_\_\_\_  
**Dr. (a)**  
**CRM/CRO**

**ANEXO III**

**QUADRO SINÓPTICO DAS DOENÇAS GRAVES OU INCAPACITANTES, AMPARADAS POR DIPLOMAS LEGAIS**

<b>ENFERMIDADES</b>	<b>LEI n. 8.112/90 REGIME JURÍDICO ÚNICO FEDERAL</b>	<b>LEI n. 8.213/91 PREVIDÊNCIA SOCIAL</b>	<b>LEI n. 11.052/04 IMPOSTO DE RENDA</b>	<b>LEI COMPLEMENTAR n. 432 REGIME PREVIDENCIÁRIO ESTADUAL</b>
Alienação mental	Sim	Sim	Sim	Sim
Cardiopatia grave	Sim	Sim	Sim	Sim
Cegueira posterior ao ingresso no serviço público	Sim	Sim	Sim	Sim
Doenças decorrentes de contaminação por radiação	Não	Sim	Sim	Sim
Doença de	Sim	Sim	Sim	Sim



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA**  
**GOVERNADORIA**

<i>Parkinson</i>				
Esclerose múltipla	Sim	Sim		
Espondiloartrose anquilosante	Sim	Sim	Sim	Sim
Estados avançados do Mal de <i>Paget</i> (osteíte deformante)	Sim	Sim	Sim	Sim
Hanseníase	Sim	Sim	Sim	Sim
Hepatopatia grave	Não	Não	Sim	Sim
Nefropatia grave	Sim	Sim	Sim	Sim
Neoplasia maligna	Sim	Sim	Sim	Sim
Paralisia irreversível e incapacitante	Sim	Sim	Sim	Sim
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)	Sim	Sim	Sim	Sim
Tuberculose ativa	Sim	Sim	Sim	Sim