VOLUME I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 – FINALIDADE

A presente publicação visa orientar técnica e administrativamente os integrantes do Sistema Pericial do Exército Brasileiro e estabelecer os processos que regulam a atividade técnica das perícias médicas no Serviço de Saúde do Exército Brasileiro.

1.2 – PREMISSAS BÁSICAS

1.2.1 A atividade médico-pericial do Exército abrange a emissão de parecer técnico conclusivo na avaliação da incapacidade laborativa, em face de situações previstas em lei e nos regulamentos militares, bem como a concessão de benefícios indenizatórios e assistenciais instituídos em leis.

1.2.2. A execução dos atos periciais está a cargo dos médicos militares e civis integrantes ao Serviço de Saúde do Exército, neste caso denominados Agentes Médico-Periciais (AMP), sob a supervisão direta dos Comandos Regionais, por intermédio da chefia de sua Seção de Saúde Regional (SSR).

1.2.3 No pronunciamento sobre matéria médico-pericial, os AMP manifestar-se-ão sobre o assunto, respondendo aos quesitos estabelecidos por dispositivos legais ou solicitados por autoridade competente e pela emissão de pareceres técnicos.

1.2.4 A realização de exames médico-periciais, bem como a revisão da conclusão, é de competência exclusiva do Sistema de Perícias Médicas do Exército.

1.2.5 Os atos médico-periciais implicam, sempre, em manifestação de natureza médico-legal destinada a produzir efeito no campo administrativo, passível de contestação por revisão ou recurso no âmbito do Exército Brasileiro.

1.3 – APLICAÇÃO

As presentes Normas, de atendimento obrigatório, aplicam-se às diversas categorias listadas no art. 2º da Seção II do Capítulo I das Instruções Gerais para as Perícias Médicas no Exército (IG 30-11), aprovadas pela Port nº 566, de 13 Ago 09, do Comandante do Exército.

1.4 – CONCEITUAÇÃO

1.4.1 – AGENTE MÉDICO-PERICIAL (AMP) - profissional legalmente habilitado e nomeado por autoridade competente que executa, isoladamente ou integrando uma junta de inspeção de saúde, os atos médico-periciais.

1.4.2 – COMUNICAÇÃO DE INSPEÇÃO - documento oficial, exarado por AMP, entregue ao inspecionado ou seu representante legal, informando a data em que ocorreu o ato pericial.

1.4.3 – CONFERÊNCIA MÉDICA - reunião de três ou mais médicos especialistas para apreciar e debater sobre a condição nosológica específica de determinado paciente, incluindo

o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico da patologia encontrada, com a finalidade de esclarecer e subsidiar o parecer médico-pericial a ser prolatado por AMP.

1.4.4 – CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE – inspeção de saúde que visa verificar se o militar ou servidor civil, já pertencente ao efetivo do Exército, preenche os requisitos de saúde necessários ao desempenho técnico-profissional e militar, bem como evidenciar qualquer alteração precoce na higidez do inspecionado, com finalidade preventiva.

1.4.5 – CONVOCAÇÃO - ato pelo qual os brasileiros são chamados para a prestação do Serviço Militar, quer inicial, quer sob outra forma ou fase.

1.4.6 – CONVOCAÇÃO PARA INSPEÇÃO - documento oficial, emitido por AMP, solicitando comparecimento para inspeção de saúde.

1.4.7 – DEPENDENTE - pessoa legalmente habilitada, cuja condição de dependência está prevista no Estatuto dos Militares ou em outros instrumentos que a lei indicar.

1.4.8 – DESINCORPORAÇÃO - ato de exclusão do militar do serviço ativo de uma Força Armada.

1.4.9 – DESLIGAMENTO - ato de desvinculação do militar de uma Organização Militar.

1.4.10 – ENGAJAMENTO - prorrogação voluntária do tempo de serviço do incorporado.

1.4.11 – EXCLUSÃO - ato pelo qual o militar deixa de integrar uma Organização Militar.

1.4.12 – HOMOLOGAÇÃO - ato legal previsto na legislação médico-pericial com a finalidade de revisar, em última instância, os aspectos formais, a legalidade e a correção dos pareceres exarados por médico perito ou por junta de inspeção de saúde. A homologação final dos atos médico-periciais no âmbito do Exército é privativa de oficial-general médico do Serviço de Saúde.

1.4.13 – INCLUSÃO - ato pelo qual o convocado, voluntário ou reservista, passa a integrar uma organização militar.

1.4.14 – INCORPORAÇÃO - ato de inclusão do convocado ou voluntário em Organização Militar da Ativa, bem como em certos casos, a matrícula em Órgãos de Formação de Reserva.

1.4.15 – ISENTO DO SERVIÇO MILITAR - brasileiro que, por sua condição moral (em tempo de paz), física ou mental, é dispensado das obrigações do Serviço Militar, em caráter permanente ou enquanto persistir essa condição.

1.4.16 – INSPEÇÃO DE SAÚDE - perícia médica ou médico-legal, de interesse do Exército, realizada por AMP, por determinação formal de autoridade competente, com finalidade específica definida nestas Normas, destinada a verificar o estado de saúde física ou mental do inspecionado.

1.4.17 – INSPEÇÃO DE SAÚDE EM GRAU DE RECURSO - procedimento que faculta ao inspecionado requerer a realização de nova inspeção de saúde com a mesma finalidade, por AMP de instância superior àquele que exarou o parecer recorrido.

1.4.18 – INSPEÇÃO DE SAÚDE EM GRAU REVISIONAL - meio que dispõe a administração militar para solicitar nova inspeção por AMP de instância superior àquele que exarou o parecer a ser revisado.

1.4.19 – LAUDO MÉDICO-PERICIAL – é representado pela cópia da Ata de Inspeção de Saúde (AIS), extraída do Livro-Registro de Atas de Inspeção de Saúde, sendo a peça médico-legal básica constitutiva dos atos e processos periciais, devendo conter o diagnóstico completo e o parecer conclusivo, prolatados de acordo com a legislação em vigor.

1.4.20 – LICENCIAMENTO - ato de exclusão do militar do serviço ativo de uma Força Armada, após o término do tempo de Serviço Militar inicial, com a sua inclusão na reserva.

1.4.21 – MATRÍCULA - ato de admissão do convocado ou voluntário em Órgão de Formação de Reserva, bem como em certas Organizações Militares da Ativa - Escola, Centro ou Curso de Formação.

1.4.22 – MILITAR - membro das Forças Armadas que, em razão de sua destinação constitucional, forma uma categoria especial de servidor da Pátria.

1.4.23 – MILITAR TEMPORÁRIO - militar incorporado às Forças Armadas para prestação de serviço militar nas modalidades e prazos previstos na legislação.

1.4.24 – PROMOÇÃO - ato pelo qual o militar tem acesso aos postos e/ou graduações na hierarquia militar.

1.4.25 – PENSÃO - rendimento percebido pelo dependente de militar, de servidor civil, de ex-combatente ou de anistiado político falecidos ou assim considerados.

1.4.26 – PENSIONISTA - beneficiário de pensão de militar, de servidor civil, de ex-combatente ou de anistiado político falecidos ou assim considerados.

1.4.27 – QUESITO MÉDICO-LEGAL - indagação feita pela autoridade ou pela Lei, que deve ser respondida por AMP.

1.4.28 – REENGAJAMENTO - prorrogação do tempo de serviço, uma vez terminado o engajamento.

1.4.29 – REESTUDO – estudo, em segunda oportunidade, realizado pelo Agente Médico-Pericial (AMP) que exarou o ato médico-pericial, visando à correção de erros materiais ou quanto à forma da ata, podendo produzir mudança quanto ao mérito do parecer exarado.

1.4.30 – REINCLUSÃO - ato pelo qual o reservista ou desertor passa a reintegrar uma organização militar.

1.4.31 – REINCORPORAÇÃO - ato de reinclusão do reservista ou isento, em determinadas condições, em Organização Militar da Ativa, bem como em certos Órgãos de Formação de Reserva.

1.4.32 – REVERSÃO - ato pelo qual o militar agregado retorna ao respectivo Corpo, Quadro, Arma ou Serviço tão logo cesse o motivo que determinou sua agregação.

1.4.33 – SERVIDOR CIVIL - servidor público da União, lotado e em exercício no Comando do Exército, que ocupa cargo efetivo ou em comissão.

1.4.34 – VERIFICAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA - exame médico-pericial solicitado por autoridade competente, com a finalidade de avaliar a capacidade laborativa do inspecionado para o desempenho de atividade, cargo ou função no Exército.

1.5 – O AGENTE MÉDICO-PERICIAL (AMP)

1.5.1 – O AMP E SUA RELAÇÃO COM O INSPECIONADO

Há que se distinguir a posição do médico que examina a pessoa, médico-assistente, com o objetivo de tratá-la e a do médico que a examina na qualidade de perito (AMP).

Enquanto o paciente escolhe seu médico livre e espontaneamente, o inspecionando, ao contrário, é encaminhado por autoridade competente a comparecer diante de um perito ou junta de peritos para verificar se o seu estado de saúde, as seqüelas da sua doença ou lesão e o comprometimento de sua capacidade laboral são enquadrados pela legislação, com vistas à obtenção de um direito.

O paciente tem todo o interesse de informar ao seu médico-assistente sobre os seus sintomas e como surgiram, tendo a convicção de que somente assim o médico poderá chegar a um diagnóstico correto e ao tratamento adequado.

O mesmo, na maioria das vezes, não ocorre nas perícias. Nestas, o inspecionando busca um resultado que lhe seja favorável. Para tanto, presta somente as informações que possam conduzir ao resultado pretendido, sendo usual a omissão e a distorção de fatos ou sintomas importantes para a conclusão pericial.

Na relação médico-paciente há um clima de mútua confiança, enquanto na relação pericial, ocorre exatamente o contrário, acrescido do fato de que o inspecionando não terá qualquer benefício terapêutico ou de alívio para os seus males. O perito não deve ser afetado pelo inspecionando em nenhum sentido, devendo ser neutro para julgar os fatos e ter como norte o que prescreve a lei. Isso não significa falta de cortesia, atenção ou tratamento educado por parte do perito.

1.5.2 – O AMP E SUA RELAÇÃO COM A INSTITUIÇÃO (EB)

No exercício da função pericial, a relação perito-inspecionando é diferente da relação médico-paciente observada no exercício da função assistencial. Sua atuação é exercida em função do interesse público, que é o da lei.

Quando o médico estiver exercendo a atividade pericial, não se pode pretender que, como perito, deixe de revelar o que souber em decorrência do exame ou de informação do inspecionando. O AMP ao proceder a um exame para fim de licença, ou concessão de benefícios, tem a obrigação de comunicar aos setores próprios da instituição as informações necessárias que permitam a aplicação da legislação pertinente.

O Oficial Médico, enquanto nomeado AMP, deve se dedicar exclusivamente à atividade médico-pericial.

1.5.3 – COMPORTAMENTO DESEJÁVEL

Dadas as considerações anteriores sobre a relação AMP e inspecionando, é desejável o seguinte comportamento:

- Evitar conclusões intuitivas e precipitadas.

- Falar pouco e em tom sério.

- Ser modesto e ter pouca vaidade.

- Manter o segredo exigido.

- Ter autoridade para ser acreditado.

- Ser livre para agir com isenção.

- Não aceitar a intromissão de ninguém.

- Ser honesto e ter vida pessoal correta.

- Ter coragem para decidir.

- Ter competência profissional para ser respeitado.

1.6 – ESTRUTURA DO SISTEMA MÉDICO-PERICIAL DO EXÉRCITO

O Sistema de Perícias Médicas do Exército Brasileiro, integrante do Serviço de Saúde do Exército, é o responsável pelo controle e verificação do estado de higidez do pessoal militar e civil em serviço ativo, inativo e a ser selecionado para ingresso no Exército.

1.6.1 – CONSTITUIÇÃO

O Sistema de Perícias Médicas é constituído por órgãos de direção, responsáveis pelo gerenciamento e controle das atividades e por órgãos de execução, representados pelas Juntas de Inspeção de Saúde (JIS) e por Médicos Peritos (MP), que funcionam como Agentes Médico-Periciais (AMP), organizados segundo o princípio da hierarquia funcional, com a seguinte precedência:

1.6.1.1 – ÓRGÃOS DE DIREÇÃO

a. Departamento-Geral do Pessoal;

b. Diretoria de Saúde do Exército; e

c. Região Militar.

1.6.1.2 – ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO

a. Junta de Inspeção de Saúde Especial Revisional (JISE/Rev);

b. Junta de Inspeção de Saúde de Recurso (JISR);

c. Juntas de Inspeção de Saúde Especiais (JISE);

d. Médico Perito de Guarnição (MPGu); e

e. Médico Perito de Organização Militar (MPOM).

1.6.2 – ATRIBUIÇÕES

1.6.2.1 – DO DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL (DGP)

a. baixar diretrizes sobre a atividade médico-pericial no âmbito do Exército, em consonância com as diretrizes emanadas do Comandante do Exército;

b. adotar as medidas necessárias à execução das atividades de perícias médicas no âmbito do Exército;

c. aprovar instruções reguladoras referentes às perícias médicas no âmbito do Exército;

d. implementar, manter e atualizar o Sistema Informatizado de Perícias Médicas do Exército (SIPMED);

e. determinar inspeção de saúde em grau revisional por JISE/Rev;

f. deferir os requerimentos para realização de inspeções de saúde em grau recursal e revisional, ante a uma JISE/Rev; e

g. dirimir dúvidas decorrentes das presentes Normas.

1.6.2.2 – DA DIRETORIA DE SAÚDE (D Sau)

a. propor ao Chefe do Departamento-Geral do Pessoal as modificações da legislação atinente às perícias médicas, quando necessário;

b. coletar dados, analisar, apresentar propostas e coordenar a implementação de medidas que visem o aprimoramento das atividades relacionadas às perícias médicas no âmbito do Exército;

c. elaborar normas técnicas, propor reestudos, emitir pareceres técnicos, homologar atos periciais e assessorar o chefe do DGP no deferimento de requerimentos para inspeções de saúde de caráter revisional em última instância;

d. emitir pareceres técnicos pertinentes à atividade médico-pericial, quando solicitada;

e. orientar, tecnicamente, os integrantes do Sistema de Perícias Médicas do Exército, visando à unidade de doutrina nos procedimentos médico-periciais;

f. homologar, em última instância, as perícias médicas realizadas pelos AMP;

g. propor a composição e orientar tecnicamente os trabalhos das JISE/Rev que devam atuar como AMP nos casos de inspeção de saúde em caráter revisional, em atendimento à determinação do DGP;

h. assessorar o DGP na aplicação destas Normas, conforme for determinado; e

i . determinar inspeção de saúde em grau revisional por JISE/Rev, em casos especiais.

1.6.2.3 – DAS REGIÕES MILITARES

a. coletar dados, analisar e encaminhar à Diretoria de Saúde propostas visando o aprimoramento da atividade pericial, principalmente no tocante às peculiaridades da RM;

b. deferir os requerimentos para realização de inspeções de saúde em grau recursal e revisional, ante as JISR;

c. auditar, continuadamente, os atos periciais realizados pelos agentes médico-periciais no âmbito regional, mediante emprego sistemático do SIPMED;

d. propor o reestudo e emitir pareceres técnicos sobre os atos médico-periciais executados pelos agentes médico-periciais jurisdicionados na região militar;

e. registrar todos os procedimentos relacionados à atividade pericial no SIPMED;

f. nomear os AMP, coerente com as necessidades e peculiaridades da região militar;

g. propor a reciclagem dos AMP, conforme regulamentado em norma técnica, sempre que ocorrer percentual anormal de pareceres incorretos ou falta de documentos que motivem a restituição dos processos;

h. fiscalizar os horários de trabalho e cumprimento dos prazos de tramitação de documentos produzidos pelos AMP;

i. realizar visitas de inspeção e orientação aos AMP sediados na área regional;

j. realizar reuniões com os AMP da área regional para avaliação geral dos trabalhos;

k. encaminhar à Diretoria de Saúde as perícias médicas que devam ser homologadas por aquele Órgão Técnico-Normativo; e

l. controlar as licenças para tratamento de saúde, com períodos superiores aos estabelecidos no Anexo XII destas Normas, providenciando sua publicação em boletim regional.

1.7 – ELEMENTOS DE EXECUÇÃO DA ATIVIDADE MÉDICO PERICIAL

1.7.1 – MÉDICO PERITO DE ORGANIZAÇÃO MILITAR (MPOM)

1.7.1.1 – DESCRIÇÃO

O MPOM é o AMP de caráter permanente da OM, cuja atividade será exercida por médico militar do EB, de carreira ou temporário, designado em Boletim Interno da OM a que pertence, com os meios necessários fornecidos pela própria OM.

Em caráter excepcional, nas OM especiais em que houver médicos de outras Forças, a função poderá ser exercida por Oficial de outra Força, quando não houver médico do EB.

1.7.1.2 – ATRIBUIÇÕES:

a. Controle Periódico de Saúde do Pessoal Militar e Civil (militar de carreira com estabilidade assegurada);

b. Verificação da Capacidade Laborativa;

c. Prorrogação do Tempo de Serviço (militar de carreira);

d. Concessão de Licenças para Tratamento de Saúde própria e suas prorrogações até o máximo de trinta dias, consecutivos ou não, por ano;

e. Concessão de Licenças para Tratamento de Saúde de pessoa da família e suas prorrogações até o máximo de trinta dias, consecutivos ou não, por ano;

f. Licenciamento (militar de carreira);

g. Desincorporação (militar de carreira);

h. Justiça e Disciplina; e

i. Permanência ou saída do serviço ativo de militar temporário.

1.7.1.2.1 As inspeções para as finalidades previstas nas letras “c”, “e”, “f” e “g” de militares portadores de Documento Sanitário de Origem (DSO), ou que possuam em suas alterações registro de acidente em serviço ou baixa hospitalar, não serão realizadas pelo MPOM, mas encaminhadas para o Médico Perito de Guarnição (MPGu).

1.7.1.2.2 O MPOM poderá, mediante justificativa, encaminhar outros casos para inspeção pelo MPGu.

1.7.2 – MÉDICO PERITO DE GUARNIÇÃO (MPGu)

1.7.2.1 – DESCRIÇÃO

O MPGu é o AMP de caráter permanente da Guarnição Militar, cuja atividade será exercida por médico militar de carreira do EB, preferencialmente integrante de Organização Militar de Saúde da Guarnição (hospital, policlínica ou posto médico de guarnição), designado em Boletim Regional pelo Comandante da Região Militar a quem

estiver jurisdicionada a Guarnição Militar. O MPGu exercerá a atividade pericial nas instalações da OMS, quando existir, com os recursos fornecidos pelo seu Chefe ou Diretor.

Nas guarnições que não possuam OMS, o oficial médico de carreira de uma OM da guarnição poderá ser, além de MPOM, o MPGu, desde que nomeado pelo Comandante da RM a quem estiver jurisdicionada a Guarnição Militar.

O Comandante da Região Militar, considerando a demanda, poderá nomear mais de um MPGu na mesma guarnição, os quais poderão utilizar as mesmas instalações ou não, podendo atuar em horários concomitantes ou não.

Em situações especiais, mediante solicitação justificada do Comandante da Guarnição Militar à Região Militar, o MPGu poderá atuar nas instalações de uma OM, mesmo a guarnição possuindo OMS.

1.7.2.2 – ATRIBUIÇÕES

Ao MPGu compete inspecionar militares e civis encaminhados por autoridade competente para todas as finalidades previstas nestas Normas, incluídas aquelas em que o MPOM encontra-se impedido.

No caso de militares que exerçam atividades de aviação, as inspeções serão realizadas por MPGu qualificados em Medicina de Aviação, que devem servir, preferencialmente, nas OM de Aviação do Exército.

1.7.3 – JUNTA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE ESPECIAL (JISE)

1.7.3.1 – DESCRIÇÃO

a. A JISE é o AMP constituído pela reunião formal de três (03) ou mais médicos militares ou civis do EB, com número impar de integrantes e o número de militares de carreira superior ao de militares temporários e civis, designados em Boletim Regional pelo Comandante da Região Militar, para exercerem, em caráter temporário e em grupo, funções periciais especificadas no Boletim de designação.

b. A presidência das JISE é privativa de Oficial Médico de Carreira em serviço ativo, sendo na sucessão hierárquica, os demais integrantes designados Membros e o Oficial Médico de Carreira de menor hierarquia designado Secretário.

c. Na falta de número suficiente de médicos do EB para compor a JISE, poderão ser incluídos médico militar de outra Força ou médico civil, desde que o número de médicos do EB seja superior ao somatório dos demais. Os médicos de outras Forças ou civis somente poderão atuar como membros.

d. As JISE funcionarão nos Hospitais Gerais vinculados às Regiões Militares, podendo, a critério do Comando da RM, funcionar em outros locais, satisfeitas as condições para seu funcionamento.

e. As JISE deverão funcionar com a presença da totalidade de seus componentes e as decisões serão tomadas por maioria de votos, pronunciando-se o Presidente por último. Se algum integrante não concordar com o parecer, poderá declarar voto vencido, que será justificado no LIVRO REGISTRO DE IS no local destinado às considerações finais

da JISE. Na cópia de ata de IS, ao lado do nome do integrante que discordou do parecer, será lançada, entre parêntesis, a expressão "voto vencido".

1.7.3.2 – ATRIBUIÇÕES

A JISE é o AMP destinado a efetuar IS específicas, definidas pela autoridade competente que determinou a instauração da JISE.

1.7.4 – JUNTA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE DE RECURSOS (JISR)

1.7.4.1 – DESCRIÇÃO

a. A JISR é a reunião formal de três (03) médicos militares ou civis do EB, sendo no mínimo dois (2) militares de carreira, designados em Boletim Regional pelo Comandante da Região Militar, para exercerem em caráter permanente e em grupo, determinadas funções periciais. A presidência das JISR é privativa de Oficial Médico de Carreira em Serviço Ativo. O Oficial Médico de Carreira de menor hierarquia será designado Secretário.

b. Na falta de número suficiente de médicos do EB para compor a JISR, poderá ser incluído um médico militar de outra Força Armada. Os médicos de outras Forças e civis somente poderão atuar como membros.

c. As JISR funcionarão nos Hospitais Gerais vinculados às Regiões Militares, podendo, a critério do Comando da RM, funcionar em Hospitais de Guarnição.

d. Os integrantes de uma JISR não podem participar, simultaneamente, de outras juntas, ou atuarem como MPOM e MPGu.

e. As decisões das JISR serão tomadas por maioria de votos, pronunciando-se o Presidente por último. Se algum integrante não concordar com o parecer poderá declarar voto vencido, que será justificado no LIVRO REGISTRO DE IS no local destinado às considerações finais da JISR. Na cópia de ata de IS, ao lado do nome do integrante que discordou do parecer, será lançada, entre parêntesis, a expressão "voto vencido".

1.7.4.2 – ATRIBUIÇÕES

À JISR compete:

a. realizar inspeções de saúde em grau de revisão, em primeira instância, de IS realizada por MPOM, MPGu ou JISE, por determinação da administração militar;

b. realizar inspeções de saúde em grau de recurso, em primeira instância, de inspeção realizada por MPOM, MPGu ou JISE, por solicitação fundamentada do inspecionado; e

c. homologar as IS realizadas por MPGu em inspecionados militares ou civis portadores de doenças especificadas em lei, quando esta necessidade estiver prevista em dispositivos legais.

1.7.4.2.1 A inspeção de saúde revisional ou recursal, em primeira instância, de inspeção para atividade de aviação será realizada por JISR com respaldo obrigatório em

laudo especializado, solicitado pela própria JISR e emitido por especialista em Medicina de Aviação sem qualquer participação na inspeção revisada ou recorrida.

1.7.5 – JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE ESPECIAL REVISIONAL (JISE/Rev)

1.7.5.1 – DESCRIÇÃO

a. A JISE/Rev é a reunião formal de três (03) ou mais médicos militares ou civis do EB, sendo o número de médicos de carreira maior que os demais, nomeados em Boletim do DGP, por proposta da D Sau ou nos Boletins Regionais após consulta à D Sau, para exercerem, em caráter temporário e em grupo, funções periciais especificadas no boletim de nomeação.

b. A presidência das JISE/Rev é privativa de Oficial Médico de Carreira em serviço ativo, sendo na sucessão hierárquica, os demais integrantes designados Membros e o Oficial Médico de Carreira de menor hierarquia designado Secretário.

c. As JISE/Rev funcionarão em local a ser designado no boletim de nomeação.

d. Os integrantes de uma JISE/Rev não podem participar, simultaneamente, de outros AMP, ou atuarem como MPOM e MPGu.

1.7.5.1.1 As decisões das JISE/Rev serão tomadas por maioria de votos, pronunciando-se o Presidente por último. Se algum componente não concordar com o laudo poderá declarar voto vencido, que será justificado no LIVRO REGISTRO DE IS no local destinado às considerações finais da JISE/Rev. Na cópia de ata de IS, ao lado do nome do integrante que discordou do parecer, será lançada, entre parêntesis, a expressão "voto vencido".

1.7.5.2 – ATRIBUIÇÕES

À JISE/Rev compete:

a. realizar inspeções de saúde em grau revisional, de IS realizada por JISR, por determinação da administração militar;

b. realizar inspeções de saúde em grau de recurso, em segunda instância, por solicitação fundamentada do inspecionado por JISR e deferida pela autoridade competente da administração militar.

1.7.5.2.1 A inspeção de saúde revisional ou recursal, em segunda instância, de inspeção para atividade de aviação será realizada por JISE/Rev que tenha em sua composição especialista em Medicina de Aviação, não podendo ser aquele que tenha atuado, anteriormente, como MPGu ou integrando JISR.

1.8 – EXAME MÉDICO PERICIAL

1.8.1 – CARACTERÍSTICAS DO EXAME MÉDICO

Ao contrário do exame médico assistencial, no exame pericial o inspecionando não escolhe o médico que procederá ao exame. Dessa forma, o inspecionando comparecerá a um

exame que, em geral, não escolheu fazer, realizado por interesse de um terceiro, em cumprimento a normas legais ou para o esclarecimento de uma autoridade, muitas vezes trazendo consigo uma carga de preconceito formada pela percepção negativa de conhecidos que se submeteram a esse tipo de exame.

O perito, no ato da perícia, está sujeito a ter sobre si a projeção de uma série de fantasias, pois representa para o inspecionando uma autoridade que está ausente. E ainda pior, se há uma expectativa de direito que só poderá se concretizar após o resultado da perícia, o perito poderá ainda representar naquele momento o maior entrave à concretização dessa expectativa, aumentando ainda mais a resistência do inspecionando a fornecer informações fidedignas, ou pelo menos aquelas que ele imagina poder prejudicá-lo na perícia.

É sabido que o perito não pode ter compromisso com qualquer das partes envolvidas, mas apenas com os fatos observados na perícia.

A forma de registro dos dados observados no exame difere do exame médico assistencial, uma vez que toda perícia tem um objetivo específico e os dados de interesse são aqueles que atendem a esse objetivo.

Quanto ao resultado, diferentemente do exame assistencial, será público, com nível de publicidade diverso, dependendo do tipo e finalidade da perícia realizada.

1.8.2 – CARACTERÍSTICAS DA PESSOA EXAMINADA

A primeira diferença está no nome. Em medicina assistencial é o paciente e na pericial, o inspecionado ou periciado (inspecionando ou periciando, dependendo do momento do relato da perícia). O inspecionando nunca deve ser chamado de paciente, para evitar alguma confusão com possibilidade de parcialidade da perícia.

Outra diferença está no grau de envolvimento com o exame. Na medicina assistencial o paciente tem todo o interesse de informar o mais correta e completamente possível, pois daquele exame pode depender a recuperação de algo que já perdeu (a saúde, o bem-estar, tempo de vida, etc.), ou a possibilidade de evitar a perda de algo, se o exame é de caráter preventivo. A relação médico-paciente é idealmente caracterizada por uma relação de empatia, na qual o paciente deposita em seu médico toda a confiança.

Já na perícia, dependendo da percepção do risco de não obter algo que deseja ou que considera ser direito seu, o inspecionando pode tentar uma interferência ativa no exame, escondendo dados ou fatos, falseando ou inventando queixas, desenvolvendo quadros na forma que imagina serem suficientes para garantir o que deseja. É uma característica do exame pericial a desconfiança e a resistência por parte do periciado. O médico, em lugar de se irritar ou incomodar com esse fato, deve saber se utilizar dessa característica do comportamento do inspecionando para obter informações que lhe sejam relevantes.

1.8.3 – DESTINO DO RESULTADO DO EXAME

No exame médico assistencial, o destino do exame é o próprio paciente e, eventualmente, seus familiares, com a finalidade de tratamento. Já no exame pericial, seu destino são autoridades judiciais ou administrativas com a finalidade de prestar esclarecimento sobre assunto afeto à área médica, visando decisões em âmbito judicial ou administrativo.

1.9 – DAS FINALIDADES

1.9.1 A inspeção de saúde tem por finalidade avaliar a integridade física e psíquica do inspecionado, a fim de emitir um determinado parecer que subsidie tomada de decisão sobre direito pleiteado ou situação apresentada por autoridade competente.

1.9.2 As finalidades das inspeções de saúde são aquelas constantes dos diversos Volumes destas Normas.

1.10 – DA VALIDADE DAS INSPEÇÕES

As inspeções de saúde terão seu prazo de validade estabelecido conforme a finalidade e estão definidas no Anexo A.

1.11 – DO ENCAMINHAMENTO E IDENTIFICAÇÃO E DA CONVOCAÇÃO

1.11.1 – DO ENCAMINHAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DO INSPECIONADO

1.11.1.1 O encaminhamento para Inspeção de Saúde (IS) far-se-á, obrigatoriamente, mediante ofício emitido pelos Comandantes/Chefes/Diretores das OM de subordinação ou vinculação do inspecionado ou seu representante legal, contendo os seguintes dados, pertinentes a cada categoria de inspecionado:

a. Finalidade da Inspeção;

b. Identificação do Inspecionado:

1) Nome;

2) Nr da Identidade;

3) Endereço;

4) Nr do CPF;

5) Prec CP;

6) Data de Nascimento;

7) Filiação; e

8) Endereço eletrônico (facultativo).

c. Situação Funcional:

1) Categoria do inspecionado;

2) Posto/Graduação;

3) Data de Praça;

4) Data da Última Promoção;

5) Data Provável do Licenciamento ou Término do Reengajamento;

6) Início/ Término de LTS; e

7) Função exercida.

1.11.1.2 Os militares e servidores civis ativos que necessitarem de inspeção de saúde deverão ser encaminhados, obrigatoriamente, ao AMP mais próximo do local onde estiverem servindo.

1.11.1.3 Os militares e servidores civis na inatividade, os pensionistas e dependentes serão encaminhados ao AMP mais próximo de sua residência.

1.11.1.4 Caberá a realização do ato médico-pericial no local em que se encontrar o inspecionando, quando este estiver impossibilitado de se locomover.

1.11.1.5 Cabe ao comandante da Região Militar a autorização e demais providências necessárias para viabilizar o deslocamento de AMP para uma guarnição fora de sua sede, para a realização de inspeção de saúde.

1.11.1.6 O encaminhamento para IS de inspecionado residente fora da guarnição sede do AMP é de competência do Cmt da Gu de origem do inspecionado e do Cmt de RM, nas guarnições sede de RM, devendo ser observado o contido na Seção II, do Cap V, das Instruções Reguladoras das Perícias Médicas no Exército (IRPMEx), aprovadas pela Port 215-DGP, de 01 Set 09, alteradas pela Port 132-DGP, de 29 Jun 10.

1.11.1.7 O modelo de ofício de apresentação é o constante do Anexo B destas Normas.

1.11.2 – DA CONVOCAÇÃO

1.11.2.1 A convocação do inspecionando será realizada mediante ofício, de acordo com o modelo previsto no Anexo C destas Normas, que poderá ser entregue pessoalmente, com registro de recebimento de próprio punho pelo inspecionado/representante legal ou mediante uso da via postal, com Aviso de Recebimento (AR). Em ambos os casos deverá conter os seguintes dados:

a. Identificação do AMP;

b. Local e horário de funcionamento do AMP;

c. Data do agendamento do atendimento;

d. Endereço completo e telefone de contato do AMP;

e. Outras informações julgadas necessárias pelo AMP, tais como tipo de documentação médica a ser portada.

1.11.2.2 O documento de convocação deve ser expedido com antecedência mínima de 07 (sete) dias da data do agendamento do atendimento;

1.11.2.3 A extinção do processo, caso exista, ou a abstenção da realização da inspeção pelo AMP, ocorrerá após o vencimento do prazo estipulado pela terceira convocação, sem o comparecimento do inspecionando.

1.11.2.4 O prazo máximo de convocações sucessivas não poderá exceder 30 (trinta) dias da primeira à última convocação.

1.11.2.5 Vencido o prazo previsto no item anterior, o AMP deverá encerrar o procedimento no SIPMED declarando o motivo pelo qual deixou de ser realizada a inspeção e restituir o processo físico, se houver, à autoridade que determinou a inspeção.

1.11.2.6 A recusa de militar da ativa de submeter-se a inspeção de saúde após ordem para tal ensejará a tomada de medidas disciplinares, podendo, inclusive, ser caracterizado crime militar.

1.11.2.7 A critério justificado do AMP, poderá deixar de ser agendado o atendimento, quando o expediente de encaminhamento, previsto no item 1 acima, não contiver as informações mínimas necessárias para o agendamento e para realização do subseqüente ato pericial, devendo tal fato ser informado pelo AMP, mediante ofício, à autoridade que solicitou a IS.

1.12 – DO CONSENTIMENTO

1.12.1 O consentimento livre e esclarecido consiste em um documento em que o inspecionado ou o seu procurador legal, livres de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, dá anuência, após ter recebido informações completas e adequadas, de que o(s) processo(s) médico-pericial (ais) gerado(s) pelo seu pleito ou pela Administração Pública conterá (ao) documentação nosológica e exames complementares sobre seu estado de saúde, bem como permite a emissão de diagnóstico alfa-numérico ou por extenso, conforme o previsto na Classificação Internacional de Doenças (CID) em vigor; resguardadas as recomendações éticas vigentes.

1.12.2 O modelo de Termo de Consentimento é o constante do Anexo D.

1.13 – DOS PARECERES E OBSERVAÇÕES

1.13.1 Os pareceres e as observações emitidas pelos AMP obedecerão aos modelos previstos nestas normas e contidos no SIPMED.

1.13.2 Sempre que a inspeção de saúde integrar processo de qualquer espécie, os diagnósticos serão lançados por extenso, passando a AIS à classificação de CONFIDENCIAL.

1.14 – DO SISTEMA INFORMATIZADO DE PERÍCIA MÉDICA (SIPMED)

O Sistema Informatizado de Perícias Médicas é um sistema de prestação de serviços através da Internet, desenvolvido para atender na área de saúde, fornecendo informações necessárias para padronizar os procedimentos relativos às atividades médico-periciais do Exército Brasileiro, definidas na legislação vigente.

1.14.1 – DAS ABREVIATURAS E SIGLAS

No texto do SIPMED empregar-se-ão as abreviaturas e siglas estabelecidas do Manual de Campanha C 21-30. As palavras ou grupo de palavras não constantes das abreviaturas e siglas serão escritos por extenso.

1.14.2 – DO ACESSO

O SIPMED dispõe de dois endereços eletrônicos para acesso: http://dsau.dgp.eb.mil.br/, acesso pela página inicial da Diretoria de Saúde e www2.dgp.eb.mil.br, acesso pela página inicial da Divisão de Orçamento, Finanças e Auditoria (DIORFA) do DGP.

1.14.3 – DOS NÍVEIS DE ACESSO

a. O SIPMED está organizado em três níveis de acesso: Gerencial (D Sau), Regional (RM) e Operacional (MPOM, MPGu e JIS).

b. Os comandantes, chefes e diretores de OM/OMS, nos diversos níveis, terão acesso aos relatórios estatísticos, disponibilizados pelo sistema, resguardados os princípios do sigilo médico.

c. Para acessar os diferentes níveis do sistema, a Seção de Saúde Regional fará o cadastro e atualização das senhas, conforme previsto no Manual do SIPMED.

1.14.4 – DA SEGURANÇA

a. A segurança das informações no SIPMED é, inicialmente, dada pela estruturação por níveis de acesso ao sistema. A cada nível é dado acesso de forma independente.

b. Os militares e servidores civis que tratam com assuntos sigilosos ou de natureza sensível são responsáveis pela segurança dos mesmos e estão sujeitos às regras referentes ao sigilo profissional, em razão do ofício, da legislação vigente, do Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal e do Estatuto dos Militares.

1.14.5 – DAS MENSAGENS ELETRÔNICAS

O SIPMED dispõe de serviço de mensagem eletrônica para rápida comunicação entre os três níveis do Sistema, via Internet, a fim de facilitar e simplificar o gerenciamento do trâmite de informações.

1.14.6 – DOS RELATÓRIOS

a. O SIPMED disponibiliza relatórios estratégicos, gerenciais e de avaliação do desempenho das OM a que pertencer o AMP no tocante às perícias médicas realizadas pelos AMP.

b. O relatório estratégico registra os mapas demonstrativos, estatísticos e pareceres técnicos das inspeções de saúde realizadas pelo Agente Médico-Pericial (AMP).

c. O relatório gerencial registra diversas informações como: composição dos vários tipos de AMP, agendamento prévio para inspeção de saúde pelos MPGu, JISR, JISE e

JISE/Rev, livro registro de atas de inspeção de saúde, parecer técnico, cadastro de inspecionados e registro das situações periciais em exigência dos vários AMP.

1.14.7 – DO ARQUIVO DE DOCUMENTOS DO SIPMED

a. O Livro Registro de Atas de Inspeção de Saúde produzido ao término da sessão será impresso após decorridos três dias úteis do lançamento das inspeções no sistema, carimbado e assinado pelos membros da entidade médico-pericial para ser arquivado por tempo indeterminado.

b. A Ficha Registro de Dados de Inspeção (FiRDI) ao término da sessão será impressa e assinada pelo AMP para ser arquivada pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos para a preservação da FiRDI do inspecionado em suporte de papel.

c. A FiRDI será de guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para as fichas arquivadas eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

d. A FiRDI deve conter, obrigatoriamente, os dados de identificação completa do inspecionado, sua história clínica e outros dados nosológicos que esclareçam e respaldem o parecer do AMP, como transcrição sintética de dados importantes contidos nos resultados de exames especializados, se houver.

1.14.8 – DOCUMENTOS ORIGINÁRIOS DO SISTEMA

O SIPMED disponibiliza os seguintes documentos via on-line em formulários próprios e padronizados de acordo com a legislação em vigor:

a. livro registro de atas de inspeção de saúde;

b. cópia de atas de inspeção de saúde;

c. comunicação de inspeção;

d. comunicação de agendamento;

e. ficha registro de dados do inspecionado; e

f. parecer técnico.

1.14.9 – DO AGENDAMENTO

a. O agendamento prévio é realizado, obrigatoriamente, pela secretaria do AMP, com antecedência mínima de 24 horas e máxima de 30 dias.

b. Em casos de imperiosa necessidade e mediante justificativa verbal, apresentada pelo AMP, a inspeção de saúde poderá ser realizada na mesma data, com autorização e liberação pela Região Militar.

1.15 – DA DOCUMENTAÇÃO PERICIAL

1.15.1 – São documentos médico-periciais:

a. Documentos Sanitários de Origem em tempo de paz (DSO):

1) Atestado de Origem (AO); e

2) Inquérito Sanitário de Origem (ISO).

b. Cópia da Ata de Inspeção de Saúde (AIS);

c. Comunicação de Inspeção;

d. Ficha Registro de Dados de Inspeção de Saúde;

e. Livro Registro de Atas de Inspeção de Saúde; e

f. Parecer Técnico de Inspeção de Saúde.

1.15.2 – São utilizados pelos agentes médicos periciais os seguintes modelos de documentos:

a. Atestado de Origem – Anexo V;

b. Cópia de Ata de Inspeção de Saúde – Anexo E;

c. Comunicação de Inspeção – Anexo F;

d. Ficha Registro de Dados de Inspeção – Anexo G;

e. Guia de Acompanhamento de Tratamento – Anexo Z;

f. Inquérito Sanitário de Origem – Anexo X;

g. Mapas estatísticos produzidos no SIPMED;

h. Pedido de Laudo Especializado ou Exame – Anexo H; e

i. Parecer Técnico de Inspeção de Saúde – Anexo I.

1.16 – DAS SESSÕES

1.16.1 As sessões serão abertas pelo AMP no início do expediente, com a conferência dos registros de agendamento para aquela sessão e encerradas pela aposição da assinatura dos AMP no Livro-Ata.

1.16.2 As sessões serão numeradas com três dígitos e seqüenciais, dentro do ano civil (Ex: sessão n° 001/2009).

1.17 – DA COMUNICAÇÃO DE INSPEÇÃO

1.17.1 A comunicação de inspeção é o documento de emissão obrigatória pelo AMP, onde deve constar o nome e a identidade do inspecionado, a finalidade da inspeção e a data de sua realização.

1.17.2 A comunicação de inspeção deverá ser entregue ao inspecionado, impreterivelmente, após a realização do ato pericial.

1.17.3 Caso o inspecionado não possua documento de identidade, deverá ser lançado o número de identidade do responsável pelo inspecionado, não sendo possível atender esta disposição, não poderá ocorrer o ato pericial.

1.17.4 O modelo da Comunicação de Inspeção está definido pelo Anexo F e deve ser confeccionado e emitido pelo SIPMED.

1.18 – DO LIVRO-ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

O Livro-Ata deverá ser impresso após o prazo de 03 (três) dias úteis para auditoria pela SSR, e assinado pelos AMP, devendo constar sob a assinatura os seguintes dados:

a. nome completo por extenso;

b. posto;

c. número da identidade militar; e

d. número de registro no conselho regional de sua especialidade.

1.19 – DA CÓPIA DE ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

1.19.1 A cópia da ata será impressa após o prazo de 03 (três) dias úteis para auditoria das SSR e assinada pelo MPOM, MPGu e Secretário ou Presidente de JIS.

1.19.2 O modelo de cópia de ata é o constante do Anexo E.

1.20 – DA FICHA REGISTRO DE DADOS DE INSPEÇÃO (FiRDI)

1.20.1 A ficha de registro de dados de inspeção (FiRDI) consiste na compilação de informações nosológicas do inspecionado, com registros progressivos e ordenados cronologicamente, que nos permitem acompanhar a progressão sanitária do inspecionado.

1.20.2 A FiRDI deve conter obrigatoriamente os dados de identificação completa do inspecionado, sua história clínica e outros dados que esclareçam e respaldem o parecer do AMP, como transcrição sintética de dados importantes contidos nos resultados de exames especializados, se houver.

1.20.3 A cada inspeção do indivíduo no Sistema Informatizado de Perícias Médicas, é gerada uma FiRDI.

1.20.4 O modelo da FiRDI é o constante do Anexo G.

1.21 – INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

1.21.1 – INSTALAÇÕES

1.21.1.1 As atividades médico-periciais devem se desenvolver, preferencialmente, no interior das Organizações Militares de Saúde ou em áreas anexas, utilizando-se de instalações reservadas para esse fim.

1.21.1.2 Quando funcionar nas demais organizações militares, o comandante/chefe ou diretor deverá providenciar para que as instalações sejam adequadas à execução dos atos médicos periciais.

1.21.1.3 As instalações destinadas à execução das atividades médico-periciais devem atender aos padrões de arejamento e luminosidade, possuírem sinalização adequada para a orientação dos inspecionados e uma área de recepção onde os mesmos possam aguardar sentados à chamada para o exame, com facilidades como banheiros masculino e feminino e bebedouro de água.

1.21.1.4 Além do setor de recepção, as instalações devem contemplar uma área administrativa para os trabalhos de secretaria e uma área técnica para a realização dos exames médico-periciais, devendo, se possível, o acesso dos AMP estar segregado das áreas de acesso dos inspecionados.

1.21.1.5 As instalações devem ser de fácil acesso para os inspecionados, inclusive para deficientes e idosos, o piso deve ser de material resistente, não escorregadio, lavável e de acordo com as condições climáticas da região.

1.21.1.6 As paredes e o teto devem ser revestidas com material de fácil conservação, duráveis e sem aspereza; as divisórias devem possuir cores claras, material leve e removível que facilite as modificações necessárias para a adaptação ou expansão dos setores; a aeração e iluminação, se possível, naturais; as instalação elétricas planejadas e dimensionadas para ligar todos os equipamentos técnicos dos consultórios médicos, da área de recepção e da área administrativa.

1.21.1.7 Deverão ser previstas instalações sanitárias masculinas e femininas para os peritos e os auxiliares administrativos, independentes das destinadas aos inspecionados.

1.21.2 – MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS RECOMENDÁVEIS

1.21.2.1 Para os consultórios médicos:

a. escrivaninha;

b. cadeira giratória;

c. mesa de exame clínico com o respectivo colchonete;

d. escadinha para a mesa de exame clínico;

e. cadeira comum para o examinado;

f. armário guarda-roupa com chave e cabide;

g. cesta de papéis;

h. porta-toalhas;

i. lavatório;

j. lençóis (de preferência descartáveis);

k. escova para as mãos;

l. ventilador ou aparelho de ar condicionado;

m. balança antropométrica;

n. esfigmomanômetro;

o. estetoscópio;

p. negatoscópio;

q. termômetro clínico;

r. lanterna;

s. martelo de *Babinsky* ou de *Dejerine;*

t. fita métrica;

u. régua milimetrada transparente;

v. abaixadores de língua descartáveis;

x. escala de Snellen para a aferição da acuidade visual;

y. prancheta para avaliação de daltonismo; e

w. aparelho para a aferição da força muscular.

1.21.2.2 Para a recepção:

a. ventilador tipo comercial ou aparelho de ar condicionado;

b. bebedouro;

c. cadeiras ou bancos em número suficiente; e

d. aparelho emissor de senhas com chamada sonora, se for o caso.

1.21.2.3 Todas as instalações do setor de perícias médicas devem possuir ramais telefônicos.

1.21.3 – INFORMÁTICA

A recepção, os consultórios médicos e o setor de administração devem possuir, no mínimo, um computador para o AMP, a recepção e a administração, permitindo o acesso em tempo real ao SIPMED, o que facilitará e agilizará os procedimentos administrativos e técnicos do setor de perícias médicas.

1.21.4 – DA RESPONSABILIDADE DOS COMANDANTES, CHEFES E DIRETORES

a. É responsabilidade do diretor da OMS ou do Comandante/Chefe/Diretor das demais OM, prover os meios necessários para o bom funcionamento do setor de perícias médicas.

b. O Comandante/Chefe/Diretor, sempre que possível, deverá mobiliar os setores de perícias médicas de sua OM/OMS, com militares do serviço de saúde e, excepcionalmente, de outras qualificações militares, para auxiliar os trabalhos dos AMP.

c. O Anexo J às presentes normas apresenta uma proposta de planta baixa para os setores de perícia médica das OMS e OM.

VOLUME IV

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE DE ROTINA NO SERVIÇO ATIVO

4.1 – CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE (CPS) DO PESSOAL MILITAR

4.1.1 – DEFINIÇÃO

São inspeções de saúde (IS) que visam verificar se o pessoal já pertencente aos efetivos do Comando do Exército preenche os requisitos de saúde necessários ao desempenho profissional e militar, bem como evidenciar qualquer doença inicial, com finalidade preventiva, incluindo-se neste volume os militares inativos designados para funções na ativa.

O CPS somente deve ser realizado em militares de carreira com estabilidade assegurada.

4.1.2 – COMPETÊNCIA

a. São competentes para efetuar estas inspeções de saúde, em primeira instância os MPOM e MPGu.

b. Para o Controle Periódico de Saúde dos militares que estejam exercendo atividades especiais, observar o previsto no Volume IX destas Normas.

4.1.3 – PERIODICIDADE

O controle periódico de saúde do pessoal militar terá a seguinte periodicidade:

a. trienal para todos os militares em serviço ativo, inclusive aqueles que forem portadores de restrições por tempo indeterminado (Volume XII – Restrições funcionais);

b. anual para os militares que exercem atividades especiais previstas no Volume IX destas Normas, manipuladores de explosivos, motoristas, portadores assintomáticos do HIV e, em cumprimento aos subitens 26.4 e 26.6 da seção 9 da Portaria Normativa nº 1.174, de 5 de setembro de 2006, do Ministério da Defesa, para os portadores de neoplasia maligna, sem critério de incapacidade, durante os cinco primeiros anos a partir do laudo de aptidão para o Sv Atv Ex.

c. semestral para aqueles que operam com radiações ionizantes e terapia antineoplásica; e para taifeiros e pessoal de rancho.

4.1.4 – PROCEDIMENTOS

a. Os casos de militares portadores de deficiências funcionais permanentes não incapacitantes, que necessitem de restrições por tempo indeterminado (exemplo: hipertensão arterial, hérnia discal, etc), depois de completado o prazo máximo de 36 meses consecutivos de restrições, deverão ser submetidos a controle periódico anual por MPGu.

b. A Inspeção de Saúde do Controle Periódico de Saúde (IS/CPS) terá validade, também, para promoção, passagem para a reserva remunerada, inscrição e matrícula em

cursos e missão no exterior, dentro de sua validade, ressalvados os casos com exigências específicas previstas em Lei, editais ou normas.

4.1.5 – PADRÕES PSICOFÍSICOS E EXAMES COMPLEMENTARES

a. os padrões de saúde para o controle periódico são, basicamente, os mesmos de ingresso, com a atenuante do desgaste fisiológico normal em decorrência da idade, bem como maior tolerância nos índices mencionados no Anexo K. A avaliação pericial, diante de uma deficiência encontrada no militar, deve considerar o prognóstico, a possibilidade de recuperação, o tempo de serviço, a especialidade, o grau hierárquico, bem como a repercussão nas atribuições do militar. Quanto mais precocemente na carreira forem detectadas causas de incapacidade, melhores serão as chances do militar readaptar-se funcionalmente. Os exames complementares relativos ao Controle Periódico de Saúde são os constantes do Anexo M;

b. nos casos de IS para o pessoal que manuseia explosivos, especial atenção deverá ser prestada às patologias oculares, incluindo a realização de fundoscopia e a pré-existência de cirurgias refrativas, o que incapacitaria o militar para esta função (vide Anexo M); e

c. nos casos de IS para o pessoal que manipula e administra terapia antineoplásica são obrigatórios, além dos constantes do Anexo M, os seguintes exames: hepatograma, acuidade visual e fundoscopia (investigar possível neurite óptica) e dosagem de beta-HCG (para mulheres em idade fértil).

4.1.6 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

4.1.6.1 – MILITARES EM GERAL

a. “Apto para o serviço do Exército”; e

b. nos casos de incapacidade parcial ou total, temporária ou definitiva, verificada nas IS, deverão ser adotados as conclusões estabelecidos no Volume XII destas Normas.

4.1.6.2 – OPERADORES DE FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE, MANIPULADORES DE EXPLOSIVOS E ATIVIDADE DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

a. “Apto para (a finalidade a que se destina)”;

b. “Incapaz temporariamente por ___ meses (para a finalidade a que se destina) estando apto para o serviço do Exército (com restrições, se necessário)”; ou

c. “ Incapaz definitivamente para (finalidade a que se destina), por doença (ou lesão) com (ou sem) relação de causa e efeito como serviço (fundamentado em DSO), estando apto para o serviço do Exército, (com restrições, se necessário).”

4.2 – CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE DO PESSOAL CIVIL

4.2.1 – CONCEITUAÇÃO

É a perícia médica destinada a verificar o estado de sanidade física e mental do servidor civil, ao longo do tempo de serviço (Decreto nº 6.856, de 25 Maio 09).

4.2.2 – PERIODICIDADE

O Controle Periódico de Saúde (CPS) será realizado conforme os seguintes intervalos de tempo:

a. Bienal para os servidores com idade entre dezoito e quarenta e cinco anos;

b. Anual para os servidores com idade acima de quarenta e cinco anos; e

c. Semestral para os servidores expostos aos raios X e irradiação ionizante ou que desempenham atividades perigosas ou insalubres.

4.2.3 – EXAMES COMPLEMENTARES

São os seguintes os exames a serem realizados:

a. para todos os servidores:

I. hemograma completo;

II. glicemia;

III. EAS;

IV. creatinina;

V. colesterol total e triglicerídeos;

VI. TGO e TGP; e

VII. citopatologia oncótica (Papanicolau), para mulheres.

b. servidores com mais de 45 anos:

I. exame oftalmológico.

c. servidores com mais de 50 anos:

I. pesquisa de sangue oculto nas fezes (método imunocromatográfico);

II. mamografia, para mulheres; e

III. PSA, para homens.

4.2.4 – COMPETÊNCIA

São competentes para realizar a IS para controle periódico de saúde do pessoal civil, em primeira instância, os MPOM e MPGu.

Os MPOM são impedidos de realizar IS de CPS dos servidores civis que estejam exercendo funções insalubres (Port 3.214, do Ministério do Trabalho, de 08 Jul 1978).

4.2.5 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

4.2.5.1 – NOS CASOS DE APTIDÃO

a. "Apto para o Serviço Público em Geral";

b. "Apto(a) para ..... (discriminar a atividade ou operação insalubre);

c. "Apto(a) para ..... (discriminar a atividade ou operação insalubre), devendo manter-se sob controle ambulatorial (quando portador de doença com ou sem relação de causa e efeito com o serviço, mas não incapacitante).

4.2.5.2 – NOS CASOS DE INCAPACIDADE

a. "Incapaz temporariamente para o Serviço Público em Geral. Necessita de ____ dias de afastamento do serviço para realizar seu tratamento.";

b. "Incapaz temporariamente para .....(discriminar a atividade ou operação insalubre), por ..... dias, podendo exercer atividades não insalubres";

c. "Incapaz definitivamente para ..... (discriminar a atividade ou operação insalubre), devendo ser designado para outra função"; e

d. "Inválido para o Serviço Público em Geral."

4.2.6 – OBSERVAÇÕES

Ao servidor fica facultada a decisão de realizar o Controle Periódico de Saúde e, em caso de recusa, esta terá que ser formalizada, reduzindo a termo a sua decisão, conforme modelo constante do Anexo AF à estas Normas.

4.3 – MATRÍCULA EM CURSOS

4.3.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para matrícula em cursos de carreira é a perícia médica que visa verificar se os inspecionados preenchem os requisitos de saúde necessários para freqüentar os referidos cursos.

4.3.2 – COMPETÊNCIA

São competentes para proceder a estas IS, os MPGu e as JISE.

4.3.3 – PROCEDIMENTOS

Os AMP deverão realizar estas IS, obedecendo aos padrões e índices exigidos para cada curso, e constantes da portaria de criação ou funcionamento do referido curso.

4.3.4 – PADRÕES PSICOFÍSICOS E EXAMES COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS

Os padrões psicofísicos exigidos são, basicamente, os mesmos previstos para controle periódico de saúde, observando a faixa etária e respeitando-se as peculiaridades de cada curso, observado o previsto no Anexo K. Para exames complementares, vide o Anexo M.

4.3.5 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

4.3.5.1 – NOS CASOS DE APTIDÃO

"Apto para matrícula no curso de ..... " (especificar o curso).

4.3.5.2 – NOS CASOS DE INCAPACIDADE

"Inapto para matrícula no curso de....." (especificar o curso);

4.4 – VERIFICAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA (VCL)

4.4.1 – CONCEITUAÇÃO

É a perícia médica realizada para avaliar o estado de saúde física e/ou mental dos militares e servidores civis já pertencentes ao efetivo do Comando do Exército, toda vez que houver alterações do seu estado sanitário, buscando verificar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho profissional, bem como evidenciar qualquer doença inicial, com finalidade preventiva.

São consideradas alterações do estado sanitário, as situações decorrentes de:

a. acidente em serviço/ou não;

b. doença decorrente das condições inerentes ao serviço/ou não;

c. término de Licença Gestante;

d. a cada 30 (trinta) dias consecutivos de internação hospitalar; e

e. alta hospitalar.

4.4.2 – COMPETÊNCIA

São competentes para efetuar estas inspeções de saúde, em primeira instância, os MPOM e os MPGu.

4.4.3 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

4.4.3.1 – PARA MILITARES REGIDOS PELA LEI DO SERVIÇO MILITAR (MILITAR TEMPORÁRIO)

Os pareceres para esta categoria estão reguladas no Volume XIII destas Normas.

4.4.3.2 – PARA MILITARES DE CARREIRA

a. “Apto para o serviço do Exército”;

b. “Apto para o serviço do Exército, com restrições” (Observar o disposto no Volume XII destas Normas);

c. “Incapaz temporariamente para o serviço do Exército. Necessita _____ dias de afastamento para tratamento de saúde (até no máximo 30)”; e

d. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Não é inválido”;

e. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

f. Quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

I – “Necessita (Não necessita) de internação especializada”;

II – “Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente”;

III – “Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem”; e

IV – “Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

g. Quando o AMP concluir pela incapacidade definitiva ou invalidez do inspecionado deverá lançar no campo “Observações” a expressão: “A incapacidade (A invalidez) está enquadrada no inciso ___ do art 108, da Lei nº 6.880/80.

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art 108, da Lei 6.880/80:

1) O inciso I - ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

2) O inciso II - enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

3) O inciso III - acidente em serviço;

4) O inciso IV - doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

5) O inciso V - tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

6) O inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

4.4.3.3 – PARA SERVIDORES CIVIS

a. "Apto para o exercício de suas funções";

b. "Incapaz temporariamente para o exercício de suas funções. Necessita de _____ dias de afastamento para seu tratamento" (no máximo 30);

c. "Incapaz definitivamente para o exercício de suas funções. Convém ser readaptado"; e

d. "Inválido para o Serviço Público em geral".

4.4.4 – PROCEDIMENTOS

4.4.4.1 - A inspeção de saúde para VCL produzirá efeitos em todas as áreas administrativas, terão validade para todas as necessidades administrativas (Promoção, Prorrogação do tempo de serviço, Licenciamento, Desincorporação, Anulação da incorporação), desde que não exijam regulamentação específica, por um período de um ano.

4.4.4.2 – Contatada a necessidade de readaptação do servidor civil, o AMP deverá proceder conforme estabelecido nas letras "c", "d", "e" e "f" do subitem 8.1.3 destas Normas.

4.5 – PRORROGAÇÃO DO TEMPO DE SERVIÇO

4.5.1 – CONCEITUAÇÃO

É a avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares de carreira ainda sem estabilidade assegurada, realizada quando da prorrogação do tempo de serviço.

4.5.2 – COMPETÊNCIA

São competentes para efetuar estas inspeções de saúde, em primeira instância, os MPOM e os MPGu.

4.5.3 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. "Apto para o serviço do Exército";

b. "Apto para o serviço do Exército, com restrições " (Observar o disposto no Volume XII destas Normas);

c. "Incapaz temporariamente para o serviço do Exército. Necessita de _____ dias de afastamento total do serviço e instrução para realizar seu tratamento, a contar de ___/___/____"; e

d. "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Não é inválido";

e. "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

f. Quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

I – "Necessita (Não necessita) de internação especializada";

II – "Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente";

III – "Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem"; e

IV – "Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem".

g. Quando o AMP concluir pela incapacidade definitiva ou invalidez do inspecionado deverá lançar no campo "Observações" a expressão: "A incapacidade (A invalidez) está enquadrada no inciso ___ do art 108, da Lei nº 6.880/80.

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art 108, da Lei 6.880/80:

1) O inciso I - ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

2) O inciso II - enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

3) O inciso III - acidente em serviço;

4) O inciso IV - doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

5) O inciso V - tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

6) O inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

4.5.4 – PROCEDIMENTOS

a. o parecer "Apto para o Serviço do Exército" aplica-se ao inspecionado possuidor de perfeitas condições de sanidade física e mental, ou portadores de doenças ou lesões compatíveis com o serviço do Exército;

b. quando o parecer "Apto para o serviço do Exército, com restrições" for usado, o campo "Observações" da cópia de Ata deverá trazer especificado qual o tipo de restrição e por quanto tempo (até o máximo de 90 dias a cada inspeção), devendo ser observado o contido no Anexo W;

c. o parecer “Incapaz temporariamente para o serviço do Exército” aplica-se ao militar doente ou lesionado, passível de recuperação, e que se encontra temporariamente impossibilitado de exercer suas atividades laborativas em virtude de seu estado sanitário, implicando na imediata concessão de Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP);

d. sempre que for reconhecida a incapacidade física temporária para o serviço do Exército, de inspecionado pertencente a outra guarnição, o AMP deverá complementar o parecer com a expressão “pode viajar" ou "não pode viajar”;

e. o parecer “Apto para o serviço do Exército, com restrições”, observado o contido no Anexo W, deve ser aplicado especificamente nos casos de:

1) portadores assintomáticos do vírus HIV;

2) portadores de doenças especificadas em lei, passíveis de cura ou controle;

3) portadores de seqüelas traumáticas pequenas;

4) portadores de próteses auditivas, oculares e outras, desde que as respectivas funções estejam dentro dos limites aceitáveis; ou

5) militares que necessitem realizar teste de aptidão física (TAF) alternativo.

4.6 – INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA CONSTATAÇÃO DE GRAVIDEZ

4.6.1 – DEFINIÇÃO

É a perícia médica que oficializa, administrativamente, a gravidez da militar ou servidora civil, visando assegurar condições laborativas adequadas à preservação da higidez materno-fetal.

4.6.2 – COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para proceder a essa IS, em primeira instância, são os MPOM e os MPGu.

4.6.3 – PROCEDIMENTOS

a. A IS para constatação de gravidez é realizada em decorrência da apresentação, pela militar ou servidora civil, de exame que comprove o estado gestacional;

b. Após essa IS inicial, não caberá realização de nova IS por AMP, no caso de gestantes saudáveis que estejam normalmente desempenhando suas atividades.

c. Quando for observado algum grau de deficiência funcional, patologias decorrentes do estado gestacional ou potenciais riscos à higidez materno-fetal, a gestante deverá ser encaminhada para IS para Verificação de Capacidade Laborativa (VCL), observando-se as disposições do item 4.4 destas Normas.

d. Na inspeção para constatação de gravidez deverá ser utilizado o Anexo S, em três vias. Uma via será anexada à FiRDI da inspecionada, uma será entregue a gestante,

mediante recibo, a qual será apresentada na Seção de Pessoal de sua OM e a outra será enviada à sua OM, em apenso à AIS.

4.6.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO

As formas de conclusão a serem usadas são as seguintes:

a. “Apta para o Serviço do Exército”, para militares de carreira;

b. “Apta para Serviço Público”, para servidoras civis; e

c. “Apto A”, para militares temporárias.

4.6.5 – OBSERVAÇÕES

No campo “Observações” da AIS o SIPMED lançará, automaticamente, a expressão “Deverão ser respeitadas as restrições constantes da Ficha de Perícia para Gestante Saudável, anexa à presente Ata”.

VOLUME VI

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS LEGAIS

6.1 – CONCESSÃO OU REVISÃO DE AUXÍLIO-INVALIDEZ

6.1.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para concessão de auxílio-invalidez é a perícia médica eventual na qual é verificado se o militar inativo está ou continua inválido, impossibilitado total e permanentemente para todo e qualquer trabalho e se necessita de internação permanente em instituição apropriada e/ou de assistência, ou cuidados permanentes de enfermagem, de acordo com a MP 2215-10, de 31/08/2001 e a Lei 11.421, de 21/12/2006.

6.1.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. O AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado. A incapacidade provocada por doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

c. Os AMP devem atentar para as doenças em fases que não caracterizam invalidez, cujas medidas terapêuticas estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional, não fornecendo amparo legal para concessão deste benefício;

d. A concessão de Auxílio-Invalidez pressupõe a comprovação de invalidez do inspecionado e a necessidade incontestável de internação ou de assistência, ou cuidados permanentes de enfermagem;

e. No parecer de IS de militar da Reserva remunerada ou Reformado é vedada a menção de alegada incapacidade ou invalidez, supostamente surgida enquanto o militar se encontrava na ativa, e não constatada na IS de saída do Sv Atv Ex;

f. A revisão do benefício do Auxílio-Invalidez será realizada a cada 5 (cinco) anos, a fim de cumprir o disposto no art. 79 do Decreto 4.307, de 18 Jul 02; e

g. Não serão submetidos a revisão do Auxílio-Invalidez os militares que recebam o benefício e contem mais de 70 (setenta) anos de idade.

6.1.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.1.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. “Apto para o serviço do Exército”;

b. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Não é inválido”;

c. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

d. Quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

I – “Necessita (Não necessita) de internação especializada”;

II – “Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente”;

III – “Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem”; e

IV – “Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

6.1.5 – OBSERVAÇÕES

Quando o AMP concluir pela incapacidade do inspecionado deverá fazer constar no campo “Observações” da AIS a expressão: “A incapacidade (invalidez) está enquadrada no inciso ____ do art. 108, da Lei 6.880, de 09 Dez 80”.

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art. 108, da Lei 6.880/80:

a. O inciso I – ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

b. O inciso II – enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

c. O inciso III – acidente em serviço;

d. O inciso IV – doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

e. O inciso V – tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

f. O inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

A afirmativa de que uma moléstia incapacitante ou invalidante possui relação de causa e efeito com o serviço necessita ser perfeitamente documentada por Atestado de Origem (AO) ou Inquérito Sanitário de Origem (ISO) ou Ficha de Evacuação (FE).

Quando a necessidade de cuidados permanentes de enfermagem e/ou internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente apresentar caráter irreversível, o AMP deverá fazer constar no campo "Observações" da AIS, a expressão: "Não necessita ser submetido a nova inspeção para revisão do benefício".

6.2 – REVISÃO DE REFORMA PARA RETORNO AO SERVIÇO ATIVO

6.2.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para revisão de reforma para retorno ao serviço ativo é a perícia médica eventual na qual é verificado se o militar reformado por incapacidade definitiva, encontra-se recuperado para o serviço ativo, de acordo com o art. 112, da Lei n° 6.880/1980 e art. 1°, do Decreto n° 72.304/1973.

6.2.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de aptidão, devendo ser considerados os mesmos utilizados para o controle médico periódico.

b. O exame clínico deve ser acurado, com ênfase nas provas funcionais dos órgãos, aparelhos ou sistemas corporais envolvidos e os exames complementares obrigatórios são os mesmos para ingresso no serviço ativo e previstos no Anexo M destas Normas.

6.2.3 – COMPETÊNCIA

a. O AMP competente para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, é o MPGu.

b. Caso haja alteração do parecer de reforma do militar, deverá ocorrer recurso ou revisão "ex-officio" pela JISR.

6.2.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. "Apto para o serviço do Exército";

b. "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Não é inválido";

c. "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

d. Quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

I – "Necessita (Não necessita) de internação especializada";

II – "Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente";

III – "Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem"; e

IV – "Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem".

6.3 – INTEGRALIZAÇÃO DE PROVENTOS DE SERVIDOR CIVIL

6.3.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para integralização de proventos de servidor civil é a perícia médica eventual na qual é verificado se o servidor civil, aposentado com proventos proporcionais ao tempo de serviço, tornou-se inválido em conseqüência de qualquer das doenças especificadas no parágrafo 1° do art. 186 da Lei n° 8.112/1990.

6.3.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. O AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

c. A incapacidade provocada por doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

d. Atentar para o fato de que a lista de doenças especificadas varia conforme a lei do benefício avaliado, não havendo uniformidade a ser presumida, conforme o contido no Anexo P;

6.3.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.3.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. "Não é inválido";

b. "É inválido. Não é portador de doença especificada no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112/90"; e

c. "É inválido. É portador de doença especificada no § 1º do art. 186 da Lei nº 8.112/90".

6.4 – HABILITAÇÃO À PENSÃO ESPECIAL PELA VIÚVA DE MILITAR OU DE SERVIDOR CIVIL

6.4.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para habilitação à pensão especial é a perícia médica eventual na qual é verificado se a viúva do militar ou servidor civil é portadora de Tuberculose Ativa, Alienação Mental, Neoplasia Maligna, Cegueira, Hanseníase, Paralisia

irreversível e incapacitante, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e Cardiopatia Grave, de acordo com a Lei nº 3.738/60, alterada pelas Leis n° 6.782/80 e 7.670/1988;

6.4.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. O AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

c. A presença de doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

d. Atentar para o fato de que a lista de doenças especificadas varia conforme a lei do benefício avaliado, não havendo uniformidade a ser presumida conforme o contido no Anexo P;

6.4.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.4.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

"É inválida. É (Não é) portadora de doença especificada Na Lei nº 3.738/60, alterada pelas Leis n° 6.782/80 e 7.670/1988".

6.5 – HABILITAÇÃO À PENSÃO DE EX-COMBATENTE POR BENEFICIÁRIO INVÁLIDO

6.5.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para habilitação à pensão de Ex-Combatente por beneficiário inválido é a perícia médica eventual na qual é verificado se o (a) filho (a), irmão (ã), pai ou mãe de ex-combatente se encontra inválido (a) de acordo com os itens III, IV e V do art. 5º, da Lei n° 8.059/1990;

6.5.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. O AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

6.5.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.5.4 – FORMA DE CONCLUSÃO PERICIAL

"É (Não é) inválido (a)".

6.5.5 – OBSERVAÇÕES

Quando o AMP concluir pela invalidez do inspecionado deverá fazer constar no campo "Observações" da AIS, as seguintes expressões:

a. "A invalidez pré-existia (não pré-existia) aos 21 anos do (a) inspecionado (a)"; e

b. "A invalidez pré-existia (não pré-existia) ao óbito do instituidor da pensão".

6.6 – HABILITAÇÃO AO SALÁRIO-FAMÍLIA DE SERVIDOR CIVIL POSSUIDOR DE BENEFICIÁRIO INVÁLIDO

6.6.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para habilitação ao salário-família de servidor civil é a perícia médica eventual na qual é verificado se o (a) filho (a) maior de idade de servidor civil encontra-se inválido (a), de acordo com o item I do parágrafo único do art. 197, da Lei nº 8.112/1990;

6.6.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. O AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e pareceres subsidiários eventualmente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

6.6.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.6.4 – FORMA DE CONCLUSÃO PERICIAL

"É (Não é) inválido (a)".

6.7 – HABILITAÇÃO À PENSÃO MILITAR/CIVIL POR BENEFICIÁRIO INVÁLIDO

6.7.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para habilitação à pensão militar ou civil por beneficiário inválido é a perícia médica eventual na qual é verificado se o (a) beneficiário (a) legalmente instituído de acordo com o art. 7, da Lei n° 3.765/1960, alterado pelo art. 29, da Lei n° 8.216/1991 e alínea "a", inciso II, art. 217, da Lei nº 8.112/1990, encontra-se inválido (a) ou interdito (a), ou ainda, acometido (a) de enfermidade grave que o (a) impeça de prover a própria subsistência.

6.7.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. o AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

6.7.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.7.4 – FORMA DE CONCLUSÃO PERICIAL

"É (Não é) inválido (a)".

6.7.5 – OBSERVAÇÕES

Quando o AMP concluir pela invalidez do inspecionado deverá fazer constar no campo "Observações" da AIS as seguintes expressões:

a. "A invalidez pré-existia (não pré-existia) aos 21 anos do inspecionado (a)"; e

b. "A invalidez pré-existia (não pré-existia) ao óbito do instituidor da pensão".

6.8 – CONCESSÃO E REVISÃO DA ISENÇÃO DE RECOLHIMENTO DO IMPOSTO DE RENDA

6.8.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para isenção do recolhimento de imposto de renda é a perícia médica eventual na qual é verificado se o servidor civil, o militar, ou pensionista de militar ou de civil falecido, é portador de Tuberculose Ativa, Alienação Mental, Neoplasia Maligna, Cegueira, Hanseníase, Paralisia irreversível e incapacitante, Cardiopatia Grave, Doença de Parkinson, Espondiloartrose Anquilosante, Esclerose Múltipla, contaminação por

radiação ionizante, Nefropatia Grave, Hepatopatia Grave, estado avançado de Doença de Paget (Osteíte Deformante), Síndrome de Imunodeficiência Adquirida ~~e~~ ou Mucoviscidose, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma, de acordo com o item XIV do art. 6°, da Lei n° 7.713/1988, alterada pelas Leis n° 8.541/1992, 9.250/1995 e 11.052/2004.

Esta inspeção não se aplica aos militares reformados por um dos motivos constantes nos incisos I, II, III e IV do art 108 da Lei nº 6.880, bem como dos civis aposentados por acidente em serviço ou doença profissional, uma vez que a condição necessária para a concessão do benefício já está caracterizada no ato de reforma ou aposentadoria supracitada.

6.8.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. O AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

c. A presença de doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

6.8.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.8.4 – FORMA DE CONCLUSÃO PERICIAL

"É (Não é) portador de doença especificada na Lei nº 7.713/1988, alterada pelas Leis n° 8.541/1992, 9.250/1995 e 11.052/2004".

6.8.5 – OBSERVAÇÕES

a. O AMP deverá declarar, no campo "Observações" a data em que foi firmado o diagnóstico, desde que comprovado, indubitavelmente, pela documentação médica anexada ao processo.

b. Quando tratar-se de doença passível de cura ou controle, o AMP deverá fazer constar no campo "Observações" a data em que o periciado deverá ser submetido à nova inspeção de saúde para revisão do benefício.

c. Quando tratar-se de doença incurável ou não passível de controle, o AMP fará constar no campo "Observações" a seguinte expressão: "Não necessita ser submetido a nova inspeção para revisão do benefício".

6.8.6 – TRAMITAÇÃO

a. A SSR auditará o processo e, uma vez achado conforme, emitirá o Parecer Técnico, conforme modelo constante do Anexo I-2 destas Normas, que juntado ao processo será remetido à SIP para a produção de efeitos administrativos;

b. As Regiões Militares remeterão, até o dia 05 (cinco) do mês subseqüente, à Diretoria de Saúde, uma relação nominal contendo o nome e CPF dos inspecionados que foram isentados do recolhimento do IR, a fim de que a D Sau possa auditar as perícias realizadas mediante avaliação dos dados contidos na cópia de Ata e na FiRDI disponíveis no SIPMED; e

c. Caso durante o procedimento de auditoria, a D Sau considere passível de impugnação alguma concessão de isenção do recolhimento de IR, solicitará inspeção de saúde de grau revisional, visando esclarecer a necessidade da manutenção ou suspensão do benefício.

6.9 – REFORMA DE MILITAR DA RESERVA REMUNERADA

6.9.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para reforma de militar da reserva remunerada é a perícia médica eventual na qual é verificado se o militar da reserva encontra-se incapaz definitivamente para o serviço ativo, estando ou não inválido (impossibilitado total e permanentemente para qualquer trabalho), de acordo com o art. 110, da Lei n° 6.880/1980 e parágrafo 1°, da Lei nº 7.580/1986, parágrafo 1° da Lei nº 7.580/1986.

6.9.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. A determinação para a realização da IS deve especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. O AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação.

c. Os AMP devem atentar para doenças em fase não-incapacitante, cujas medidas terapêuticas estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional e que não fornecem amparo legal para concessão da reforma; e

d. A presença de doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

6.9.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.9.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. “Apto para o serviço do Exército”;

b. “Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. Não é inválido”;

c. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

d. Quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

I – “Necessita (Não necessita) de internação especializada”;

II – “Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente”;

III – “Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem”; e

IV – “Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

6.9.5 – OBSERVAÇÕES

Quando o AMP concluir pela incapacidade do inspecionado deverá fazer constar no campo “Observações” da AIS, a seguinte expressão: “A incapacidade ou a invalidez do inspecionado se enquadra no inciso ____ do Art. 108, da Lei 6.880, de 09 Dez 80”.

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art. 108, da Lei 6.880/80:

a. O inciso I – ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

b. O inciso II – enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

c. O inciso III – acidente em serviço;

d. O inciso IV – doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

e. O inciso V – tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

f. O inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

6.10 – MELHORIA DE REFORMA

6.10.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para melhoria de reforma é a perícia médica eventual na qual é verificado se o militar reformado por incapacidade física é inválido por um dos casos previstos nos itens III, IV e V do art 108 da Lei nº 6.880/80.

6.10.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. O AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

c. A incapacidade provocada por doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

6.10.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.10.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. “Apto para o serviço do Exército”;

b. “Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. Não é inválido”;

c. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

d. Quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

I – “Necessita (Não necessita) de internação especializada”;

II – “Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente”;

III – “Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem”; e

IV – “Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

6.10.5 – OBSERVAÇÕES

Quando o AMP concluir pela incapacidade do inspecionado deverá fazer constar no campo “Observações” da AIS, a seguinte expressão: “A incapacidade ou a invalidez do inspecionado se enquadra no inciso ____ do Art. 108, da Lei 6.880, de 09 Dez 80”.

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art. 108, da Lei 6.880/80:

a. O inciso I – ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

b. O inciso II – enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

c. O inciso III – acidente em serviço;

d. O inciso IV – doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

e. O inciso V – tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

f. O inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

6.11 – MELHORIA DE PENSÃO

6.11.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para melhoria de pensão é a perícia médica documental na qual é verificado se o militar, ao falecer, era considerado inválido por Tuberculose Ativa, Alienação Mental, Neoplasia Maligna, Cegueira, Hanseníase, Paralisia irreversível e incapacitante, Cardiopatia Grave, Doença de Parkinson, Espondiloartrose Anquilosante, Nefropatia Grave, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

6.11.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. O AMP deverá proceder a IS de natureza documental, não podendo ater-se somente à causa-mortis registrada na Certidão de Óbito para constatar a existência de doença especificada em Lei. Para isto o AMP deverá analisar toda a documentação médica disponível, atual e pregressa, que poderá constar de: prontuário médico, laudo de necropsia, boletim de atendimento de emergência, laudos anatomopatológicos, laudos médicos e exames complementares.

c. A incapacidade provocada por doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

6.11.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.11.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. "SE VIVO FOSSE: Apto para o serviço do Exército";

b. "SE VIVO FOSSE: Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. Não é inválido"; e

c. "SE VIVO FOSSE: Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. É inválido".

6.11.5 – OBSERVAÇÕES

Quando o AMP concluir pela incapacidade do inspecionado deverá fazer constar no campo "Observações" da AIS, a seguinte expressão: "A incapacidade ou a invalidez do inspecionado se enquadra no inciso ____ do Art. 108, da Lei 6.880, de 09 Dez 80".

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art. 108, da Lei 6.880/80:

a. O inciso I – ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

b. O inciso II – enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

c. O inciso III – acidente em serviço;

d. O inciso IV – doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

e. O inciso V – tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

f. O inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

6.11.6 Para a realização desta IS documental, o AMP, após receber e analisar a documentação pertinente ao caso, emitirá o relatório constante do Anexo AD.

6.12 – PROVENTOS DO POSTO OU GRADUAÇÃO SUPERIOR

6.12.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para concessão de proventos de posto superior é a perícia médica eventual na qual é verificado se o militar reformado por idade limite tornou-se inválido por Tuberculose Ativa, Alienação Mental, Neoplasia Maligna, Cegueira, Hanseníase, Paralisia irreversível e incapacitante, Cardiopatia Grave, Doença de Parkinson, Espondiloartrose Anquilosante, Nefropatia Grave, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

6.12.2 – PADRÕES E CRITÉRIOS

a. O requerimento do interessado ou seu representante legal e a determinação para a realização da IS devem especificar claramente a finalidade e seu respectivo amparo legal.

b. O AMP deverá proceder ao exame clínico do inspecionado, solicitando exames complementares e laudos especializados subsidiários de caráter plenamente indispensáveis, de modo a evidenciar claramente se as suas condições psicofísicas preenchem os requisitos de enquadramento na legislação do benefício solicitado.

c. A incapacidade provocada por doenças especificadas em legislação deverá ser avaliada de acordo com o Volume XIV destas Normas.

6.12.3 – COMPETÊNCIA

São competentes para a realização desta inspeção de saúde, em primeira instância, os MPGu.

6.12.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. "Apto para o serviço do Exército";

b. "Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. Não é inválido";

c. "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

d. Quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

I – "Necessita (Não necessita) de internação especializada";

II – "Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente";

III – "Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem"; e

IV – "Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem".

6.12.5 – OBSERVAÇÕES

Quando o AMP concluir pela incapacidade do inspecionado deverá fazer constar no campo "Observações" da AIS, a seguinte expressão: "A incapacidade ou a invalidez do inspecionado se enquadra no inciso ____ do art. 108, da Lei 6.880, de 09 Dez 80".

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do art. 108, da Lei 6.880/80:

a. O inciso I – ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

b. O inciso II – enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

c. O inciso III – acidente em serviço;

d. O inciso IV – doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

e. O inciso V – tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

f. O inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

VOLUME VII

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

7.1 – MUDANÇA DE PRÓPRIO NACIONAL RESIDENCIAL POR MOTIVO DE SAÚDE

7.1.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para mudança de Próprio Nacional Residencial (PNR) por motivo de saúde é a perícia médica que visa estabelecer as condições psicofísicas atuais e as eventuais repercussões de doenças que possam comprometer o estado sanitário próprio ou de seus dependentes, relacionadas ao uso do PNR.

7.1.2 – COMPETÊNCIA

O AMP competente para proceder a esta IS em primeira instância é o MPGu.

7.1.3 – PROCEDIMENTOS

O AMP deverá proceder aos exames clínicos dos inspecionados e, além de lançar os registros médicos disponíveis, dar especial ênfase as condições mórbidas do inspecionado vinculadas ao estado sanitário do PNR.

7.1.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO

As formas de conclusão a serem usadas são as seguintes:

a. “Necessita (Não necessita) mudar de Próprio Nacional Residencial por motivo de saúde própria”; e

b. “Necessita (Não necessita) mudar de Próprio Nacional Residencial por motivo de saúde de seu dependente”.

7.1.5 – OBSERVAÇÕES

O AMP deverá lançar no campo “observações” da cópia de Ata de Inspeção de Saúde (AIS), após visitar o PNR, as seguintes informações:

a. as causas determinantes para emissão do parecer; e

b. qual aspecto sanitário fundamental do imóvel a ser ocupado atenderá às condições de saúde do inspecionado, se houver.

7.2 – TRATAMENTO DE SAÚDE NO EXTERIOR

7.2.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de Saúde (IS) para tratamento de saúde no exterior é a perícia médica que visa estabelecer as condições psicofísicas atuais e as eventuais repercussões de doenças que não disponham de tratamento em território nacional.

7.2.2 – COMPETÊNCIA

O AMP competente para proceder a esta IS em primeira instância é uma JISE.

7.2.3 – PROCEDIMENTOS

O AMP deverá proceder aos exames clínicos dos inspecionados e, além de lançar os registros médicos disponíveis, verificar a existência de doenças associadas, cujo tratamento possa solucionar ou melhorar o quadro inicial.

7.2.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO

7.2.4.1 "Necessita de tratamento especializado no exterior"; e

7.2.4.2 "Não necessita de tratamento especializado no exterior".

7.2.4.3 Em caso positivo, o AMP deverá complementar o parecer com as expressões:

a. Necessita (não necessita) de acompanhamento técnico e/ou leigo, especificando no acompanhamento técnico o prazo necessário; e

b. Necessita (não necessita) de tratamento especializado durante o seu deslocamento, em caso positivo discriminar o percurso.

7.2.5 – OBSERVAÇÕES

7.2.5.1 Havendo necessidade de tratamento especializado no exterior, o AMP deve fazer constar da Ata de Inspeção de Saúde:

a. diagnóstico alfanumérico por extenso, detalhado, especificando as lesões ou doenças, sua natureza e localização;

b. acrescentar no campo "observações" da cópia de Ata de Inspeção de Saúde (AIS), as seguinte informações:

1) o paciente é (não é) terminal;

2) existe (não existe) perspectiva de êxito;

3) existe (não existe) tratamento similar no Brasil;

4) nome e endereço completo da clínica no exterior para onde deve ser encaminhado; e

5) tempo de duração provável do tratamento.

7.2.5.2 O inspecionado menor de 18 (dezoito) anos de idade, viajará, obrigatoriamente, com acompanhante, ficando os demais casos na dependência do parecer da JISE.

7.2.5.3 A JISE deverá preencher a Ficha de Informação, contida no Anexo Q destas Normas.

7.3 – MOVIMENTAÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE

7.3.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de Saúde para movimentação por motivo de saúde própria ou de dependente é a perícia médica que visa estabelecer as condições psicofísicas atuais e as eventuais repercussões de doenças e/ou acidentes a fim de manter ou não o tratamento médico-hospitalar do inspecionado na Guarnição de origem e/ou de destino.

São realizadas para as seguintes finalidades:

a. movimentação por motivo de saúde;

b. permanência na OM por motivo de saúde;

c. alteração da OM de destino por motivo de saúde;

d. persistência dos motivos da movimentação por motivo de saúde; e

e. persistência dos motivos de permanência na OM por motivo de saúde.

7.3.2 – COMPETÊNCIA

O AMP competente para proceder a estas IS em primeira instância é o MPGu.

7.3.3 – PROCEDIMENTOS

O AMP deverá proceder aos exames clínicos dos inspecionados e, além de lançar os registros médicos especializados, dar especial ênfase a documentação nosológica e as condições técnicas disponíveis para o tratamento na Guarnição.

7.3.3.1 – NAS DOENÇAS VASCULARES

Nas doenças vasculares, devidamente comprovadas mediante documentação nosológica, o AMP deverá observar se:

a. o clima influencia ou agrava o quadro clínico; e

b. existe a associação com espasmos arteriais ou claudicação intermitente.

7.3.3.2 – NAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS

Nas doenças psiquiátricas, devidamente comprovadas mediante documentação nosológica especializada, os AMP deverão observar:

a. se o ambiente, ou o afastamento do núcleo familiar é um fator de risco ou de agravamento do quadro clínico, considerando-se a dependência econômica e a residência sob o mesmo teto, ambas expressamente declaradas na OM de vinculação;

b. que os casos de neurose fiquem restritos ao estado fóbico, aos transtornos obsessivo-compulsivos e à depressão neurótica; e

c. se o inspecionado recebeu tratamento especializado, quando disponível, no mínimo, durante um ano na guarnição de origem.

7.3.3.3 – NAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Nas doenças respiratórias, de origem alérgica ou não, os AMP deverão observar:

a. se os pacientes residem em guarnições que disponham de alergologista e/ou pneumologista, eles deverão ser acompanhados por estes profissionais por um período mínimo de um ano, buscando identificar fatores causais tais como clima, temperatura, umidade relativa do ar e outros que possam desencadear e/ou interferir nas crises alérgicas;

b. se os pacientes, com diagnóstico de asma brônquica, são acometidos de crises moderadas a fortes, que fujam do controle clínico, mediante terapêutica adequada, e sejam corticóide-dependentes, no mínimo, há um ano; e

c. que a cópia dos documentos abaixo deverá ser anexada aos processos de movimentação por motivo de saúde, conforme o caso:

1) prova de função pulmonar para os inspecionados acima dos seis anos, evidenciando distúrbio ventilatório obstrutivo grau IV, realizada na intercrise;

2) teste de inalantes, positivos para ácaros;

3) Ig E total ou específica;

4) exame radiológico de tórax; e

5) comprovação de hospitalização prolongada e persistente, com diagnóstico de estado de mal asmático.

7.3.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO

7.3.4.1 “Necessita (não necessita) ser movimentado por motivo de saúde própria/dependente”;

7.3.4.2 “Necessita (não necessita) permanecer na OM por motivo de saúde própria/dependente”;

7.3.4.3 “Necessita (não necessita) alterar a OM de destino por motivo de saúde própria/dependente”;

7.3.4.4 “Persistem (não persistem) os motivos que motivaram a movimentação”; e

7.3.4.5 “Persistem (não persistem) os motivos de permanência na OM”.

7.3.5 – OBSERVAÇÕES

7.3.5.1 Quando os recursos técnicos para o tratamento do inspecionado forem preponderantes, o AMP terá que indicar no campo “observações” da cópia de Ata de Inspeção de Saúde (AIS):

a. tipo de especialidade requerida para o tratamento do inspecionado;

b. tempo provável de duração do tratamento, e

c. se a guarnição em que se encontra o inspecionado, ou para a qual foi movimentado, possui, ou não, recursos técnicos para o seu tratamento.

7.3.5.2 Quando o fator clima tiver influência marcante para o agravamento da doença do inspecionado, o AMP deverá declarar, no campo "Observações", o tipo de clima indicado às suas necessidades, conforme Anexo R.

7.3.5.3 As Inspeções de Saúde com as finalidades de "persistência dos motivos de movimentação por motivo de saúde" e "persistência dos motivos de permanência na OM por motivo de saúde", somente poderão ser realizadas após completado um ano da inspeção de saúde que motivou a movimentação ou a alteração da movimentação do militar.

7.3.5.4 No caso de inspeção de saúde para fim de movimentação por motivo de saúde, permanência na OM por motivo de saúde ou alteração da OM por motivo de saúde, deverá ser anexada também, declaração firmada pelo Diretor da OMS que atende o inspecionado ou pelo Cmt/Ch da OM a que pertence o militar, informando que a guarnição dispõe ou não de recursos técnicos, as LTSP ou LTSPF já concedidas ao militar, bem como as internações do militar ou dependente em OMS/OCS.

7.3.5.5 Os AMP não indicarão sedes para onde o militar deve ser movimentado, pois cabe à D Sau sugerir os locais mais adequados para a realização do tratamento de saúde do militar ou de seu dependente.

7.3.5.6 A documentação médica que justifica o parecer, deve ser remetida em duplo envelope lacrado, apenso ao processo, com a citação "DOCUMENTAÇÃO MÉDICA – manuseio permitido apenas ao Serviço de Saúde".

7.4 – LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE PESSOA DA FAMÍLIA

7.4.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de Saúde (IS) de Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF) é a perícia médica que visa estabelecer as condições psicofísicas atuais e as eventuais repercussões de doenças e/ou acidentes ocorridos com pessoa da família do militar ou servidor civil, que obriguem sua permanência junto ao familiar acompanhando o tratamento.

7.4.2 – COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para proceder a esta IS em primeira instância são:

a. o MPOM, até trinta dias, consecutivos ou não, por ano; e

b. o MPGU para qualquer prazo.

7.4.3 – PROCEDIMENTOS

a. O AMP deverá proceder aos exames clínicos do inspecionado e lançar os registros médicos disponíveis, com ênfase na documentação nosológica subsidiária para emissão do parecer.

b. Uma sindicância deverá certificar que o militar ou servidor civil é, de fato, a única pessoa da família do inspecionado, em condições de proporcionar o acompanhamento necessário ao seu tratamento.

c. Não será necessária reapresentação do militar ou civil ao AMP por término de licença se não houver intenção de prorrogá-la, ou caso cesse o motivo da licença (cura ou falecimento do inspecionado).

d. O prazo máximo da LTSPF ou de cada uma das prorrogações é de noventa dias.

e. Quando o AMP emitir parecer que resulte em licença para tratamento de saúde de pessoa da família, com duração maior que as previstas no Anexo AA, contínuos ou em prorrogação imediata, deverá encaminhar à Seção de Saúde Regional (SSR), no prazo de cinco dias úteis, para fim de controle, a cópia da ata de inspeção de saúde e a documentação nosológica subsidiária, que serviu de base para emissão de parecer.

7.4.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO

A forma de conclusão a ser usada é a seguinte:

"Necessita (Não necessita) de assistência permanente de pessoa da família durante ____ dias, a contar de ___/_____/___ (dia/mês/ano)". Acrescentar a expressão "em prorrogação" quando for o caso.

7.4.5 – OBSERVAÇÕES

a. O prazo para conclusão do parecer que trata da concessão ou prorrogação de LTSPF é de três dias a contar do comparecimento do inspecionado ante o AMP.

b. O militar em LTSPF deverá apresentar seu familiar ao AMP três dias antes do término da licença, caso seja necessária sua prorrogação.

c. Caso o AMP necessite submeter o inspecionado a avaliação especializada ou a exames complementares para a emissão de seu parecer, deverá propor a concessão de licença por período que permita a conclusão das avaliações e exames.

7.5 – COMPROVAÇÃO DE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

7.5.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para comprovação de necessidades educativas especiais dos portadores de deficiência (auditiva, física, mental, visual e múltipla) e portadores de altas habilidades.

Para efeito destas Normas, considera-se:

a. Deficiência auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (Db) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000Hz;

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

c. Deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos de idade e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1) comunicação;

2) cuidado pessoal;

3) habilidades sociais;

4) utilização dos recursos da comunidade;

5) saúde e segurança;

6) habilidades acadêmicas;

7) lazer; e

8) trabalho.

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

e. Deficiência múltipla – é a associação de duas ou mais deficiências;

f. Altas habilidades – é o notável desempenho e elevada potencialidade em qualquer dos seguintes aspectos, isolados ou combinados:

1) capacidade intelectual geral;

2) aptidão acadêmica específica;

3) pensamento criativo ou produtivo;

4) talento especial para as artes;

5) capacidade de liderança; e

6) capacidade psicomotora.

g. Condutas típicas – são manifestações de comportamento típicas de portadores de síndromes, quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízos no relacionamento social, em grau que requeira atendimento educacional especializado.

7.5.2 – COMPETÊNCIA

O AMP competente para proceder a esta IS em primeira instância é o MPGu.

7.5.3 – PROCEDIMENTOS

A reinspeção do portador de necessidades educativas especiais será definida pelos AMP.

7.5.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO

As formas de conclusão a serem usadas são as seguintes:

a. "É portador de necessidades educativas especiais"; e

b. "Não é portador de necessidades educativas especiais".

7.5.5 – OBSERVAÇÕES

Em caso de "portador de necessidades educativas especiais" acrescentar no campo "observações" da cópia de ata, uma das expressões:

a. "Deverá ser reinspecionado em ___/____/___ (dia/mês/ano)"; ou

b. "A necessidade educativa especial tem caráter definitivo".

7.6 – CONSTATAÇÃO DE INVALIDEZ PARA RECADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIO

7.6.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde realizada para constatar a presença de invalidez a fim de permitir o recadastramento de beneficiário que já tenha atingido a idade limite para tal.

7.6.2 – COMPETÊNCIA

O AMP competente para proceder a esta IS em primeira instância é o MPGu.

7.6.3 – FORMAS DE CONCLUSÃO

a. "É inválido"; e

b. "Não é inválido".

VOLUME IX

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA EXECUÇÃO DE ATIVIDADES ESPECIAIS

9.1 – ATIVIDADES DE AVIAÇÃO

9.1.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde para atividades de aviação é a perícia médica realizada durante a seleção dos candidatos à aviação do Exército e controle dos militares já habilitados, a fim de verificar se aqueles preenchem os padrões psicofísicos exigidos e se estes mantêm as condições estabelecidas para o exercício de suas funções.

9.1.2 – CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL

O pessoal da Aviação do Exército, para fins de controle, deverá ser classificado nas classes I, II e III conforme se segue.

9.1.2.1 – CLASSE I

Na classe I está incluído o pessoal destinado à pilotagem aérea, divididos em dois grupos:

a. Grupo de Serviço I (GS-I) - pilotos militares com até 35 (trinta e cinco) anos completos; e

b. Grupo de Serviço II (GS-II) - pilotos militares com 36 (trinta e seis) ou mais anos.

9.1.2.2 – CLASSE II

A classe II compreende o serviço em vôo com ou sem o controle eventual da aeronave, estando dividida em dois grupos:

a. Grupo de Serviço I (GS-I) - compreende os médicos de aviação que eventualmente possam exercer o controle real da aeronave de asa rotativa e ainda os controladores de vôo e os operadores de radar; e

b. Grupo de Serviço II (GS-II) - compreende o pessoal de serviço em vôo, sem o controle real da aeronave.

9.1.2.3 – CLASSE III

A Classe III compreende os militares especializados e subespecializados em aviação, mas não obrigados ao vôo.

9.1.3 – PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO

9.1.3.1 Serão submetidos à inspeção de saúde, somente, os candidatos aprovados no exame psicológico que é a avaliação de atributos nas áreas afetiva e cognitiva, a cargo do Centro de Estudos de Pessoal.

9.1.3.2 Na área afetiva serão avaliados os atributos controle emocional, iniciativa, decisão, autoconfiança, cooperação, objetividade e adaptabilidade/flexibilidade.

9.1.3.3 Na área cognitiva serão avaliados os atributos memória, raciocínio espacial, raciocínio abstrato e atenção concentrada.

9.1.4 – PROCEDIMENTOS PARA CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE

9.1.4.1 O controle dos padrões psicofísicos do pessoal incluído nas Classes I e II terá caráter permanente e será realizado por inspeções de saúde periódicas, com a seguinte periodicidade:

a. Classes I e II – anualmente; e

b. Classe III – bianualmente.

9.1.4.2 Será considerado incapaz para a Aviação do Exército o militar que não preencher os padrões específicos para seleção e controle constantes destas Normas.

9.1.4.3 A aptidão verificada nas inspeções de seleção terá validade de um ano, para qualquer finalidade, podendo ser reduzida para um número menor de meses, a critério do AMP, devendo, nesse caso, ser fixado um prazo para o reexame.

9.1.4.4 Não se aplica o contido no item anterior aos militares envolvidos em acidente aeronáutico, que serão submetidos à inspeção de saúde conforme o contido no Volume VIII destas Normas.

9.1.4.5 Serão obrigatoriamente registradas nas FiRDI as causas que motivaram a incapacidade temporária, bem como as recomendações necessárias para a sua correção.

9.1.4.6 A incapacidade temporária para as atividades aéreas não pode perdurar por mais de vinte e quatro meses consecutivos ou não. Se confirmada, após este prazo, a condição passará a ser de “incapacidade definitiva”.

9.1.4.7 Nas incapacidades que se referirem às atividades aéreas, será acrescentada na cópia da ata de inspeção de saúde a observação correspondente, o que resultará no aproveitamento do militar nas funções em terra, observada a sua formação ou especialidade, quando for o caso.

9.1.4.8 Após cada inspeção de saúde, o militar receberá um cartão de saúde conforme modelo constante do Anexo T destas Normas.

9.1.4.9 A responsabilidade pelo controle da validade da inspeção de saúde é individual, devendo o militar interessado entrar em contato com a seção de saúde de sua OM para providenciar sua nova inspeção, antes que se esgote o prazo de validade vigente. Caso o prazo de validade tenha se esgotado, o militar ficará impossibilitado de exercer suas atividades de vôo até que seja concluída sua nova inspeção, cabendo à seção de saúde fazer o controle complementar.

9.1.5 – COMPETÊNCIA

São competentes para realizar a Inspeção de Saúde (IS) para fins de atividade aérea os MPOM quando se tratar de controle periódico de saúde e os MPGu ou JISE nos demais casos.

9.1.6 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.1.6.1 – PARA SELEÇÃO

a. "Apto para matrícula no curso _____ (especificar o curso)". - aplica-se ao inspecionado possuidor de perfeitas condições de sanidade física e mental, e que atenda aos requisitos para seleção;

b. "Inapto para matrícula no curso _____ (especificar o curso)" – aplica-se ao inspecionado que não atenda aos requisitos para seleção.

9.1.6.2 – PARA CONTROLE PERIÓDICO

a. "Apto para atividade aérea" (especificar, entre parênteses, a especialidade do inspecionado) – aplica-se ao inspecionado que atenda aos requisitos específicos de sua classe;

b. "Incapaz temporariamente para atividade aérea" - aplica-se ao militar doente ou lesionado, passível de recuperação, e que se encontra temporariamente impossibilitado de exercer atividade aérea, porém está apto para o serviço do Exército. Deverá ser complementado com a expressão "Deverá ser submetido à nova inspeção de saúde em _____ dias" (máximo 90 dias);

c. "Incapaz definitivamente para atividade aérea" - aplica-se ao militar inspecionado e julgado incapaz definitivamente para atividade aérea, por apresentar lesão, defeito físico, doença mental ou doença incompatível com a referido atividade, porém está apto para o serviço do Exército.

9.1.7 – REQUISITOS COMUNS PARA SELEÇÃO

Os requisitos apresentados a seguir serão utilizados, exclusivamente, no processo de seleção aos cursos de atividade aérea, sendo comuns a todas as Classes e Grupos, devendo ser observado as causas de incapacidade previstas no Anexo U, destas Normas.

9.1.7.1 – REQUISITOS FÍSICOS

a. Estatura

O Inspecionando deverá apresentar estatura mínima de 1,60m (sexo masculino) e 1,55m (sexo feminino).

b. Peso

Nas Inspeções de Saúde de Ingresso serão considerados como contra-indicados para matrícula, os candidatos que obtiverem os valores de IMC menores que 18,5,

caracterizando a magreza, e maiores que 24,9, caracterizando o sobrepeso e os diversos graus de obesidade.

9.1.7.2 – REQUISITOS NEUROLÓGICOS

Serão considerados aptos os inspecionados com:

a. história familiar livre de afecções neurológicas de incidência familiar ou hereditária;

b. ausência de "déficit" neurológicos transitórios ou permanentes, indicativos de afecções do sistema nervoso central e periférico, abrangendo:

1) nervos periféricos, inclusive cranianos;

2) força muscular, global e segmentar;

3) sensibilidade superficial e profunda;

4) coordenação axial e apendicular (estática e dinâmica);

5) exame muscular, incluindo pesquisas de miotonia, atrofias, hipertrofias e distúrbios de tônus;

6) marchas;

7) reflexos, superficiais e profundos;

c. eletroencefalograma (EEG) normal.

9.1.7.3 – REQUISITOS PSÍQUICOS

Não poderão estar presentes os seguintes transtornos mentais e comportamentais:

a. neuroses

b. psicopatias e transtornos da personalidade em geral;

c. reações de imaturidade emocional e afetiva;

d. enurese noturna tardia e repetitiva;

e. tartamudez acentuada;

f. tiques ou maneirismo acentuados;

g. alcoolismo e embriaguez patológica;

h. toxicomanias em geral;

i. história de tentativa de suicídio; e

j. história de dois ou mais casos de psicose em pai, mãe ou irmãos.

9.1.7.4 – REQUISITOS ORTOPÉDICOS

Os inspecionados não poderão apresentar no exame ortopédico das Inspeções de Saúde iniciais, as seguintes anomalias:

a. Escoliose não podendo ultrapassar 12º (doze) graus Cobb;

b. Lordose acentuada, com mais de 48º (quarenta e oito) graus Ferguson no sexo masculino e 60º (sessenta graus) Ferguson no sexo feminino;

c. Cifose que ao estudo radiológico, apresente mais de 40º(quarenta) graus Cobb, tanto no sexo masculino quanto no feminino;

d. "Genu Recurvatum" com mais de 5º (cinco graus) além da posição neutra, em raios X lateral, decúbito dorsal com elevação ao nível do calcâneo de 10cm (dez) em situação de relaxamento;

e. "Genu Varum" que apresente distância bicondilar superior a 7cm (sete), ao exame clínico, sendo que as radiografias realizadas em posição ortostática com carga evidenciem acima de 6º (seis) graus, no eixo anatômico;

f. "Genu Valgum" que apresente distância bimaleolar superior a 7cm (sete), cujas radiografias realizadas em posição ortostática com carga evidenciem 6º (seis) graus no sexo masculino e até 9º (nove) graus no sexo feminino, no eixo anatômico;

g. megapófises de vértebra lombar que apresentem articulação anômala unilateral no estudo radiológico;

h. espinha bífida com repercussão neurológica;

i. anomalia no comprimento dos membros inferiores que apresentem ao exame, encurtamento de um dos membros superior a 15mm (quinze), constatado em mensuração referencial da crista ilíaca até o maléolo interno e confirmado através de escanometria de membros inferiores;

j. hemivértebra, tumores vertebrais (benignos e malignos), seqüela de fraturas que comprometam mais de 50% (cinqüenta por cento) do corpo vertebral, laminectomia, passado de cirurgia de hérnia discal, pinçamento discal lombar maior que 20% (vinte por cento) do espaço intervertebral;

k. todas as espondilólises e as espondilolisteses;

Os exames radiológicos, para a coluna vertebral, deverão ser realizados no filme 35cm (trinta e cinco) x 43cm (quarenta e três), com o inspecionando em pé e descalço, em AP e Perfil, incluindo como limite inferior à 1a vértebra sacra. A ampola de raios X distará do chassi em 180cm (cento e oitenta).

9.1.8 – REQUISITOS PARA SELEÇÃO PARA A CLASSE I

9.1.8.1 – REQUISITOS CARDIOLÓGICOS

a. pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;

b. exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c. eletrocardiograma de repouso normal;

d. exame radiológico do tórax sem anormalidades; e

e. ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme Anexo P.

9.1.8.2 – REQUISITOS VISUAIS

a. acuidade visual a 6 (seis) metros igual a 1,0 (20/20) em cada olho, separadamente, sem correção;

b. acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros igual a J-1 em cada olho, separadamente, sem correção;

c. senso cromático pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas, admitindo-se até 03 (três) interpretações incorretas;

d. motilidade ocular extrínseca:

1) Índices forométricos a 06 (seis) metros, em caso de foria, admite-se os seguintes limites nos índices forométricos a 06 (seis) metros:

- endoforia até 10 dioptrias prismáticas;

- exoforia até 05 dioptrias prismáticas; e

- hiperforia até 01 dioptria prismática;

2) Capacidade de divergência de 03 (três) a 15 (quinze) dioptrias prismáticas, sendo que a divergência deve ser igual ou exceder à endoforia; e

3) Poder de convergência: o ponto de convergência (PC) não deve exceder à distância interpupilar (DP).

e. campo visual – qualquer escotoma central ou para-central inabilita. Não deverá apresentar contração maior do que 15 (quinze) graus em qualquer meridiano, considerado os seguintes limites (exame realizado a critério do especialista):

1) temporal - 90 graus;

2) superior - 50 graus;

3) nasal - 60 graus; e

4) inferior - 70 graus;

f. visão de profundidade pesquisada em aparelho específico, "Keystone ou Ortho-Rater". Será considerada normal a leitura da metade do número de linhas mais uma;

g. Oftalmotônus entre 10 a 20 mm/Hg; e

h. Os candidatos que foram submetidos à cirurgia refrativa (CERATOTOMIA RADIAL) serão incapacitados.

9.1.8.3 – REQUISITOS AUDITIVOS

a. audibilidade com perda tolerável de até 25db (vinte e cinco decibéis) ISO (International Standard Organization), nas freqüências de 250 (duzentos e cinqüenta) a 6.000 (seis mil) ciclos/segundo em cada ouvido, separadamente;

b. audibilidade para voz cochichada a cinco metros em cada ouvido, separadamente; e

c. Ausência de sinal evidente de sensibilidade anormal ao ruído.

9.1.8.4 – REQUISITOS ODONTOLÓGICOS

a. presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função;

b. presença de, no mínimo, 04 (quatro) molares naturais, 01 (um) em cada hemiarcada. Os espaços existentes, em decorrência de ausências de molares e/ou pré-molares, deverão estar ocupados por próteses que satisfaçam à estética e função;

c. ausência de cáries;

d. ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual;

e. ausência de afecções periapicais constatadas visualmente, ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos; e

f. ausência de má-oclusões do tipo classe II severa e classe III de Angle, tipo óssea.

9.1.9 – REQUISITOS PARA SELEÇÃO PARA A CLASSE II

9.1.9.1 – REQUISITOS CARDIOLÓGICOS DOS INSPECIONADOS ATÉ 35 ANOS

a. pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;

b. exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c. eletrocardiograma de repouso normal;

d. exame radiológico do tórax sem anormalidades; e

e. ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme Anexo U.

9.1.9.2 – REQUISITOS CARDIOLÓGICOS DOS INSPECIONADOS A PARTIR DE 36 ANOS

a. pressão arterial em decúbito dorsal, até 145 (cento e quarenta e cinco) mmHg de sistólica por até 95 (noventa e cinco) de diastólica, desde que, após esforço físico, a pressão diastólica se apresente em níveis iguais ou inferiores a 90 (noventa) mm de mercúrio;

b. exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c. eletrocardiograma de repouso normal;

d. telerradiografia de tórax em PA sem anormalidades;

e. lipidograma normal;

f. teste ergométrico normal; e

g. ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme o Anexo U.

9.1.9.3 – REQUISITOS VISUAIS

a. acuidade visual a 06 (seis) metros igual a 0,5 (20/40), em cada olho, separadamente, sem correção, desde que, com o uso de lentes corretoras, atinja visão igual a 1,0 (20/20);

b. acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros J-2 em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção;

c. campo visual normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador;

d. senso cromático pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas, admitindo-se até 03 (três) interpretações incorretas;

e. motilidade ocular extrínseca:

1) índices forométricos a 06 (seis) metros, em caso de foria, admite-se os seguintes limites nos índices forométricos a 06 (seis) metros:

- endoforia até 10 dioptrias prismáticas;

- exoforia até 05 dioptrias prismáticas; e

- hiperforia até 01 dioptria prismática;

2) capacidade de divergência: de 03 (três) a 15 (quinze) dioptrias prismáticas sendo que a divergência deve ser igual ou exceder à endoforia; e

3) poder de convergência: o ponto de convergência (PC) não deve exceder à distância interpupilar (DP);

f. visão de profundidade pesquisada em aparelho específico, "Keystone ou Ortho-Rater", sendo considerada normal a leitura da metade do número de linhas mais uma; e

g. Oftalmotônus entre 10 a 20 mm/Hg.

9.1.9.4 – REQUISITOS AUDITIVOS

a. audibilidade com perda tolerável de até 35db (trinta e cinco decibéis) ISO, nas freqüências de 500 (quinhentos) a 2000 (dois mil) ciclos/segundo;

b. audibilidade para voz cochichada a cinco metros em ambos os ouvidos

9.1.9.5 – REQUISITOS ODONTOLÓGICOS

a. presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função;

b. presença de, no mínimo, 04 (quatro) molares naturais, 01 (um) em cada hemiarcada. Os espaços existentes, em decorrência de ausências de molares e/ou pré-molares, deverão estar ocupados por próteses que satisfaçam à estética e função;

c. ausência de cáries;

d. ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual;

e. ausência de afecções periapicais constatadas visualmente, ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos; e

f. ausência de má-oclusões do tipo classe II severa e classe III de Angle, tipo óssea.

9.1.10 – REQUISITOS PARA SELEÇÃO PARA A CLASSE III

9.1.10.1 – REQUISITOS CARDIOLÓGICOS DOS INSPECIONADOS ATÉ 35 ANOS

a. pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;

b. exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c. eletrocardiograma de repouso normal;

d. exame radiológico do tórax sem anormalidades; e

e. ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme Anexo U.

9.1.10.2 – REQUISITOS CARDIOLÓGICOS DOS INSPECIONADOS A PARTIR DE 36 ANOS

a. pressão arterial em decúbito dorsal, até 145 (cento e quarenta e cinco) mmHg de sistólica por até 95 (noventa e cinco) de diastólica, desde que, após esforço físico, a pressão diastólica se apresente em níveis iguais ou inferiores a 90 (noventa) mm de mercúrio;

b. exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c. eletrocardiograma de repouso normal;

d. telerradiografia de tórax em PA sem anormalidades;

e. lipidograma normal;

f. Teste Ergométrico normal; e

g. ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme o Anexo U.

9.1.10.3 – REQUISITOS VISUAIS

a. acuidade visual a 06 (seis) metros igual a 0.1 (20/200), em cada olho, separadamente, sem correção, desde que, com o uso de lentes corretoras atinja visão igual a 0.66 (20/30) no mínimo em cada olho, separadamente;

b. acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros J-4, em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção;

c. motilidade ocular extrínseca: excursões oculares normais nas 08 (oito) posições cardinais;

d. campo visual normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador;

e. senso cromático pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas. Ocorrendo mais de 08 interpretações incorretas o inspecionado poderá qualificar-se, desde que reconheça, com facilidade, as cores VERMELHA, VERDE, AZUL, ÂMBAR E BRANCA, utilizadas em aviação; e

f. Oftalmotônus entre 10 a 20 mm/Hg.

9.1.10.4 – REQUISITOS AUDITIVOS

a. audibilidade com perda tolerável de até 35db (trinta e cinco decibéis) ISO, nas freqüências de 500 (quinhentos) a 2000 (dois mil) ciclos/segundo;

b. audibilidade para voz cochichada a cinco metros em ambos os ouvidos

9.1.10.5 – REQUISITOS ODONTOLÓGICOS

a. presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função;

b. presença de, no mínimo, 04 (quatro) molares naturais, 01 (um) em cada hemiarcada. Os espaços existentes, em decorrência de ausências de molares e/ou pré-molares, deverão estar ocupados por próteses que satisfaçam à estética e função;

c. ausência de cáries;

d. ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual;

e. ausência de afecções periapicais constatadas visualmente, ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos; e

f. ausência de má-oclusões do tipo classe II severa e classe III de Angle, tipo óssea.

9.1.11 – REQUISITOS COMUNS PARA O CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE

Nas inspeções de saúde (IS) de controle periódico os AMP deverão considerar o constante do Anexo U, destas normas e avaliar o requisito de peso de acordo com o IMC, como segue:

a. Os inspecionados com IMC entre 18,5 e 24,9 serão considerados "APTOS";

b. Os inspecionados com IMC abaixo de 18,5 (MAGREZA), IMC de 25 a 29,9 (SOBREPESO) e IMC entre 30 e 34,9 (OBESIDADE GRAU I) serão considerados aptos, deverão receber a observação de que são portadores dessa condição;

c. Os inspecionados com IMC entre 35 a 39,9 (OBESIDADE GRAU 2) serão considerados temporariamente incapazes para atividade aérea e deverão receber a observação de que são portadores desse diagnóstico, com indicação de realizar tratamento especializado; e

d. Os inspecionados com IMC igual ou maior do que 40 (OBESIDADE GRAU 3) serão considerados definitivamente incapazes para a atividade aérea e deverão receber a observação de que são portadores desse diagnóstico, sendo encaminhados para tratamento especializado, podendo ter restrições temporárias a critério da Junta de Saúde. Caso esses inspecionados não apresentem qualquer possibilidade de recuperação após o tratamento adequado, poderão, a critério do AMP, ter incapacidade definitiva para o serviço.

9.1.12 – REQUISITOS PARA CONTROLE PERIÓDICO DA CLASSE I E PARA O GRUPO I DA CLASSE II

9.1.12.1 – REQUISITOS CARDIOLÓGICOS DOS INSPECIONADOS ATÉ 35 ANOS

a. pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;

b. exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c. eletrocardiograma de repouso normal;

d. exame radiológico do tórax sem anormalidades; e

e. ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme Anexo U.

9.1.12.2 – REQUISITOS CARDIOLÓGICOS DOS INSPECIONADOS A PARTIR DE 36 ANOS

a. pressão arterial em decúbito dorsal, até 145 (cento e quarenta e cinco) mmHg de sistólica por até 95 (noventa e cinco) de diastólica, desde que, após esforço físico, a pressão diastólica se apresente em níveis iguais ou inferiores a 90 (noventa) mm de mercúrio;

b. exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c. eletrocardiograma de repouso normal;

d. telerradiografia de tórax em PA sem anormalidades;

e. lipidograma normal;

f. Teste Ergométrico normal; e

g. ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme o Anexo U.

9.1.12.3 – REQUISITOS VISUAIS

a. acuidade visual a 06 (seis) metros igual a 0,5 (20/40), em cada olho, separadamente, sem correção, desde que, com o uso de lentes corretoras, atinja visão igual a 1,0 (20/20);

b. acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros J-2 em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção;

c. campo visual normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador;

d. senso cromático pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas, admitindo-se até 03 (três) interpretações incorretas;

e. motilidade ocular extrínseca:

1) índices forométricos a 06 (seis) metros, em caso de foria, admite-se os seguintes limites nos índices forométricos a 06 (seis) metros:

- endoforia até 10 dioptrias prismáticas;

- exoforia até 05 dioptrias prismáticas; e

- hiperforia até 01 dioptria prismática;

2) capacidade de divergência: de 03 (três) a 15 (quinze) dioptrias prismáticas sendo que a divergência deve ser igual ou exceder à endoforia; e

3) poder de convergência: o ponto de convergência (PC) não deve exceder à distância interpupilar (DP);

f. visão de profundidade pesquisada em aparelho específico, "Keystone ou Ortho-Rater", sendo considerada normal a leitura da metade do número de linhas mais uma; e

g. Oftalmotônus entre 10 a 20 mm/Hg.

9.1.12.4 – REQUISITOS AUDITIVOS

a. audibilidade com perda tolerável de até 35db (trinta e cinco decibéis) ISSO, nas freqüências de 500 (quinhentos) a 2000 (dois mil) ciclos/segundo;

b. audibilidade para voz cochichada a cinco metros em ambos os ouvidos

9.1.12.5 – REQUISITOS ODONTOLÓGICOS

a. presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função;

b. presença de, no mínimo, 01 (um) pré-molar e 01 (um) molar, em cada hemiarcada, naturais, ou substituídos por próteses que satisfaçam à estética e à função;

c. ausência de cáries profundas;

d. ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual; e

e. ausência de afecções periapicais constatadas visualmente ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos.

9.1.13 – REQUISITOS PARA O CONTROLE PERIÓDICO DO GRUPO II DA CLASSE II E DA CLASSE III

9.1.13.1 – REQUISITOS CARDIOLÓGICOS DOS INSPECIONADOS ATÉ 35 ANOS

a. pressão arterial em decúbito dorsal, até 140mmHg (cento e quarenta) de sistólica por até 90mmHg (noventa) de diastólica;

b. exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c. eletrocardiograma de repouso normal;

d. exame radiológico do tórax sem anormalidades; e

e. ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme Anexo U.

9.1.13.2 – REQUISITOS CARDIOLÓGICOS DOS INSPECIONADOS A PARTIR DE 36 ANOS

a. pressão arterial em decúbito dorsal, até 145 (cento e quarenta e cinco) mmHg de sistólica por até 95 (noventa e cinco) de diastólica, desde que, após esforço físico, a pressão diastólica se apresente em níveis iguais ou inferiores a 90 (noventa) mm de mercúrio;

b. exame físico do aparelho cardiovascular normal;

c. eletrocardiograma de repouso normal;

d. telerradiografia de tórax em PA sem anormalidades;

e. lipidograma normal;

f. Teste Ergométrico normal; e

g. ausência de doenças cardiovasculares incapacitantes, conforme o Anexo U.

9.1.13.3 – REQUISITOS VISUAIS

a. acuidade visual a 06 (seis) metros igual a 0,66 (20/30), em cada olho, separadamente, com ou sem correção;

b. acuidade visual a 35 (trinta e cinco) centímetros J-4, em cada olho, separadamente, sem correção, e J-1 com correção;

c. motilidade ocular extrínseca: excursões oculares normais nas 08 (oito) posições cardinais;

d. campo visual normal, pesquisado em relação ao campo visual do examinador;

e. senso cromático pesquisado através das Pranchas Pseudo-Isocromáticas. Ocorrendo mais de 08 interpretações incorretas o inspecionado poderá qualificar-se, desde que reconheça, com facilidade, as cores VERMELHA, VERDE, AZUL, ÂMBAR E BRANCA, utilizadas em aviação; e

f. oftalmotônus entre 10 a 20 mm/Hg.

9.1.13.4 – REQUISITOS AUDITIVOS

Audibilidade, com perda tolerável de até 45db (quarenta e cinco decibéis) ISO, nas freqüências de 500 (quinhentos), 1000 (mil) e 2000 (dois mil) ciclos/segundo, desde que as perdas auditivas nas freqüências acima de 2.000 (dois mil) ciclos /segundo não apresentem evolução capaz de comprometer a audição nas freqüências da faixa da palavra.

9.1.13.5 – REQUISITOS ODONTOLÓGICOS

a. presença de todos os dentes anteriores naturais, incisivos e caninos, tolerando-se próteses que satisfaçam à estética e à função;

b. presença de, no mínimo, 01 (um) pré-molar e 01 (um) molar, em cada hemiarcada, naturais, ou substituídos por próteses que satisfaçam à estética e à função;

c. ausência de cáries profundas;

d. ausência de moléstias periodontais evidenciáveis ao exame visual; e

e. ausência de afecções periapicais constatadas visualmente ou evidenciadas em exames radiográficos de dentes suspeitos.

9.1.14 – EXAMES COMPLEMENTARES

9.1.14.1 – PATOLOGIA CLÍNICA

É obrigatória a realização de exames laboratoriais a seguir discriminados, em todas as Inspeções de Saúde para seleção ou periódicas, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas.

Para fins da realização de exames laboratoriais os inspecionados dividem-se em dois grupos, de acordo com a faixa etária:

a. GRUPO I – inspecionados com idade igual ou inferior a 35 (trinta e cinco) anos, os quais deverão realizar os seguintes exames:

1) no sangue:

- bioquímica após jejum de 12(doze) horas constando de dosagens de Glicose, Uréia e Creatinina;

- a dosagem do Colesterol Total e dos Triglicerídeos deverá ser realizada em todos os inspecionados que apresentarem soro turvo;

- hemograma;

- grupo sangüíneo e fator Rh nas inspeções de saúde para seleção, sendo realizado o teste de Coombs, caso necessário;

- sorologia para Lues através do VDRL e do FTA-ABS nos casos duvidosos;

- pesquisa de anti-HIV nas inspeções de saúde para seleção; e

- dosagem da Beta-HCG nas inspeções de saúde para seleção de candidatas a cursos na aviação. Deverá ser sempre realizada previamente ao exame radiológico, visando à proteção do concepto, em casos de gravidez.

2) na urina – pesquisa de Elementos Anormais no Sedimento urinário (EAS);

3) nas fezes – Exame Parasitológico de Fezes (EPF) nas inspeções de Saúde para seleção. Nas periódicas será realizado a critério clínico.

b. GRUPO II – inspecionados com idade superior a 35 (trinta e cinco) anos.

Realizarão todos os exames previstos na letra "a", acrescidos, obrigatoriamente, de:

1) colesterol, HDL, LDL e triglicerídeos; e

2) dosagem do PSA total (Antígeno Prostático Específico) para os inspecionados masculinos com idade igual ou acima de 40 (quarenta) anos de idade.

9.1.14.2 – EXAMES DE IMAGEM

a. para seleção:

1) exame radiológico de tórax em incidência Póstero–Anterior (PA);

2) exame radiológico de coluna vertebral, com o inspecionando em pé e descalço, em incidência Ântero–Posterior (AP) e Perfil, incluindo como limite inferior a 1ª vértebra sacra;

3) radiografia panorâmica de arcada dentária;

4) exame radiológico dos seios da face; e

5) outros exames radiológicos caso haja indicação médica.

b. no exame periódico:

1) exame radiológico de tórax em incidência Póstero-Anterior (PA); e

2) exames de Tomografia, Ressonância Magnética e Ultrassonografia e outros exames de imagem, excepcionalmente, a critério médico do AMP.

9.1.14.3 – AUDIOMETRIA

a. audiometria aérea:

1) nas inspeções de saúde para seleção;

2) nas inspeções de saúde periódicas, de dois em dois anos, para todos os militares em atividade de aviação; e

3) a critério do especialista, nas demais inspeções.

b. audiometria óssea - só será realizada diante de suspeita de patologia no ouvido médio e/ou ouvido interno.

9.1.14.4 – ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) COM FOTOESTIMULAÇÃO

É obrigatória a realização de EEG em todas as inspeções de saúde para seleção de militares para atividade de aviação.

Nos exames periódicos deverá ser realizada a cada dois anos.

9.1.14.5 – ELETROCARDIOGRAMA DE REPOUSO (ECG)

O ECG deverá ser realizado por todos os militares em atividade de aviação, com a seguinte freqüência:

a. de dois em dois anos para inspecionados até 30 (trinta) anos completos; e

b. anualmente para inspecionados com 31 (trinta e um) anos ou mais.

9.1.14.6 – TESTE ERGOMÉTRICO (TE)

Será solicitado o TE dos seguintes inspecionados:

a. inspecionados das Classes I e II acima de 35 (trinta e cinco) anos de idade, em suas inspeções de saúde de controle periódico, de dois em dois anos;

b. inspecionados acima de 30 (trinta) anos, na seleção para realização de cursos, onde a atividade física esteja presente; e

c. outros inspecionados, a critério do especialista.

9.2 – MERGULHO DE COMBATE

9.2.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares já pertencentes ao EB para fins de matrícula ou permanência em curso ou estágio de mergulho de combate em Estabelecimento de Ensino do Exército, ou para o Controle Periódico de Saúde para todo o Pessoal já habilitado e em atividade como Mergulhador de Combate, visando avaliar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho da atividade específica de mergulhador de combate, bem como evidenciar qualquer patologia inicial, com finalidade preventiva.

9.2.2 – PROCEDIMENTOS

Deverá ser dada ênfase ao exame físico do inspecionado, utilizando-se dos métodos semiológicos clássicos (inspeção, palpação, percussão e ausculta), para avaliação dos diversos segmentos do corpo humano.

É obrigatória a realização de exames laboratoriais a seguir discriminados, em todas as Inspeções de Saúde para seleção ou periódicas, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas.

a. radiografia de tórax (postero-anterior e perfil – pulmões e coração) e dos seios da face;

b. sorologia para Lues;

c. HIV;

d. reação de Machado Guerreiro (sorologia para doença de Chagas);

e. hemograma completo, VHS, contagem de plaquetas;

f. glicemia em jejum;

g. uréia e creatinina;

h. lipidograma;

i. EPF (parasitologia de fezes);

j. EAS (sumário de urina);

k. ECG (eletrocardiograma em repouso);

l. Teste Ergométrico;

m. audiometria;

n. Exame ginecológico; e

o. colpocitologia.

9.2.3 – PADRÕES PSICOFÍSICOS PARA SELEÇÃO DE CANDIDATOS À ATIVIDADE DE MERGULHO DE COMBATE

São condições incapacitantes:

9.2.3.1 – CABEÇA E PESCOÇO

a. deformidades;

b. perdas extensas de substâncias;

c. contrações musculares anormais;

d. disfunções tiroidianas;

e. cisto braquial;

f. higroma cístico; e

g. fístulas.

9.2.3.2 – OUVIDO E AUDIÇÃO

a. anormalidades do conduto auditivo e tímpano;

b. infecções crônicas recidivantes;

c. otites médias crônicas;

d. labirintopatias e tumores;

e. na audiometria o candidato será desqualificado se apresentar, em prova audiométrica feita em câmara silenciosa, deficiência de audição pela via aérea, superior a:

FREQÜENCIA (Hz)	500	1000	2000	3000	4000 a 8000
QUALQUER OUVIDO	30 db	30 db	30 db	45 db	60 db

9.2.3.3 – OLHOS E VISÃO

a. infecções e processos inflamatórios como conjuntivites;

b. hordéolos;

c. ulcerações;

d. tumores;

e. opacificações;

f. seqüelas de traumatismos e queimaduras;

g. doenças congênitas ou deformidades funcionais significativas;

h. diminuição da acuidade visual;

i. lesões retinianas;

j. doenças neurológicas ou musculares oculares;

k. discromatopsias de grau acentuado;

l. alterações oftalmológicas orgânicas ou funcionais que interfiram na acuidade visual, na visão de profundidade e na visão em obscuridade; e

m. acuidades visuais binoculares inferiores de 20/60 sem correção, ou 20/30 com correção.

9.2.3.4 – BOCA, NARIZ, LARINGE, FARINGE, TRAQUÉIA E ESÔFAGO

a. desvios acentuados do septo nasal;

b. seqüelas de agentes nocivos;

c. fistulas congênitas ou adquiridas;

d. infecções crônicas ou recidivantes;

e. deficiências funcionais da mastigação, respiração, fonação e deglutição; e

f. doenças alérgicas do trato respiratório.

9.2.3.5 – PULMÕES E PAREDES TORÁCICAS

a. deformidades relevantes congênitas ou adquiridas da caixa torácica;

b. função respiratória prejudicada;

c. infecções bacterianas ou micóticas;

d. doenças imuno-alérgicas do trato respiratório inferior (importante colher a história patológica pregressa);

e. tumores malignos e benignos dos pulmões e pleura; e

f. anormalidades radiológicas, exceto se insignificantes e desprovidas de potencialidade mórbida e sem comprometimento funcional.

9.2.3.6 – SISTEMA CARDIOVASCULAR

a. anormalidades, congênitas ou adquiridas;

b. infecções e inflamações;

c. arritmias;

d. doenças do pericárdio, miocárdio, endocárdio, e da circulação intrínseca do coração;

e. anormalidades do feixe de condução e outras detectadas no eletrocardiograma;

f. doenças oro-valvulares;

g. hipotensão arterial com sintomas;

h. hipertensão arterial e taquisfigmia;

i. alterações significativas da silhueta cardíaca no exame radiológico; e

j. doenças venosas, arteriais e linfáticas.

9.2.3.7 – ABDÔMEN E TRATO DIGESTIVO

a. anormalidades da parede (ex: hérnias, fístulas) à inspeção ou palpação;

b. visceromegalias;

c. infecções;

d. esquistossomose e outras parasitoses graves;

e. história de cirurgias com ressecções importantes;

f. doenças hepáticas e pancreáticas;

g. lesões do trato gastrointestinal;

h. distúrbios funcionais, desde que significativos; e

i. tumores benignos e malignos.

9.2.3.8 – APARELHO GENITO-URINÁRIO

a. anormalidades congênitas ou adquiridas da genitália, rins e vias urinárias;

b. tumores;

c. infecções e outras lesões demonstráveis no exame de urina; e

d. varicocele volumosa e/ou dolorosa.

9.2.3.9 – APARELHO ÓSTEO-MIO-ARTICULAR

a. doenças e anormalidades dos ossos e articulações, congênitas ou adquiridas, inflamatórias, infecciosas, neoplásicas e traumáticas;

b. desvios ou curvatura anormais, significativos da coluna vertebral;

c. deformidades ou qualquer alteração na estrutura normal das mãos e pés;

d. próteses cirúrgicas; e

e. seqüelas de cirurgias.

9.2.3.10 – DOENÇAS METABÓLICAS E ENDÓCRINAS

Qualquer distúrbio metabólico ou glandular incapacita o candidato.

9.2.3.11 – SANGUE E ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS

Alterações significativas do sangue e órgãos hematopoiéticos.

9.2.3.12 – DOENÇAS NEUROPSIQUIÁTRICAS

a. distúrbios neuromusculares;

b. afecções neurológicas;

c. anormalidades congênitas ou adquiridas; e

d. ataxias, incoordenações, tremores, paresias e paralisias, atrofias e fraquezas musculares.

9.2.3.13 – DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Qualquer DST em atividade é incapacitante.

9.2.3.14 – TESTE DE PRESSÃO

O candidato deverá ser capaz de equilibrar a pressão equivalente a 60 pés de profundidade, nos ouvidos e seios da face. Qualquer sinal de claustrofobia será motivo de incapacidade.

9.2.3.15 – DENTES

Os candidatos devem possuir número suficiente de dentes naturais ou artificiais que assegurem mastigação satisfatória. As próteses dentárias serão toleradas, desde que obedeçam aos requisitos funcionais e estéticos. Doenças bucais e focos dentários são incapacitantes, assim como as cáries dentárias que interfiram com a atividade de imersão (barodontalgias).

9.2.4 – PADRÕES PSICOFÍSICOS PARA CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE DO PESSOAL EM ATIVIDADE DE MERGULHO

9.2.4.1 – PADRÕES PSICOFÍSICOS

a. deverão ser observados os padrões para seleção dos candidatos à atividade de mergulho levando-se em conta o desgaste natural no desempenho da respectiva atividade; e

b. a história de qualquer doença constatada após inspeção será meticulosamente averiguada para melhor juízo do AMP, principalmente as doenças neuropsiquiátricas, otorrinolaringológicas, pulmonares e cardiológicas, advindas ou não de acidentes de mergulho.

c. a aversão ao mergulho será incapacitante.

9.2.4.2 – ÍNDICES EXIGIDOS

a. serão toleradas pressões arteriais persistentes, sistólica de até 145 mmHg e diastólica de até 90 mmHg, desde que não haja evidência de qualquer comprometimento cardíaco ou vascular;

b. será tolerada acuidade visual binocular para longe até 20/60 sem correção, desde que corrigível para 20/30 em ambos os olhos. Os mergulhadores de combate deverão apresentar no mínimo 20/40 sem correção, corrigível para 20/20;

c. serão toleradas perdas auditivas de até 30 decibéis em freqüência de 500, 1000 e 2000Hz, até 45 db em freqüências até 3000Hz e até 60 db em freqüências de 4000 a 8000Hz, em qualquer ouvido;

d. além dos aspectos clínicos e das informações do militar, deverá ser considerado o desempenho funcional atual e nos últimos seis meses do militar, quando for o caso. Esse relato deverá ser sempre apresentado pelo Comandante da OM quando encaminhar o militar para IS; e

e. a perda de um dos elementos dentários anteriores ou uso de prótese móvel serão considerados incompatíveis com atividade de mergulho.

9.2.4.3 – EXAMES COMPLEMENTARES

a. Faixa etária até 30 anos:

Os mesmos exigidos para seleção, exceto EEG, radiografias de seios da face e grandes articulações e provas de função ventilatória (opcional).

b. Faixa etária de 30 anos até 40 anos:

1) Radiografia de Tórax;

2) Anti-HIV;

3) Uréia;

4) Audiometria;

5) Colesterol HDL;

6) Colesterol;

7) Hemograma Completo;

8) Triglicerídeos;

9) Ácido Úrico;

10) Glicemia;

11) ECG;

12) EAS;

13) VDRL; e

14) Creatinina.

c. Faixa etária superior a 40 anos

Acrescentar ECG com prova de esforço, prova de função ventilatória (Standard) e dosagem do PSA.

9.2.4.4 – PERIODICIDADE

a. bianual para inspecionados até 30 (trinta) anos completos; e

b. anualmente para inspecionados com 31 (trinta e um) anos ou mais.

9.2.5 – COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar a inspeção de saúde para fins de matrícula ou permanência em curso ou estágio de mergulho de combate em Estabelecimento de Ensino do Exército (Estb Ens) ou de outra Força, e para o controle periódico de saúde para todo o

pessoal já habilitado e em atividade como mergulhador de combate são os MPGu.

9.2.6 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.2.6.1 – PARA SELEÇÃO

a. "Apto para matrícula no curso_____ (especificar o curso); e

b. "Inapto para matrícula no curso_____ (especificar o curso).

9.2.6.2 – PARA CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE

a. "Apto para atividade de mergulho";

b. "Incapaz temporariamente para atividade de mergulho"; e

c. "incapaz definitivamente para atividade de mergulho, estando apto para o serviço do Exército".

9.3 – PARA-QUEDISMO

9.3.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares já pertencentes ao EB para fins de matrícula ou permanência em curso ou estágio do Centro de Instrução Paraquedista General Penha Brasil (CI Pqdt GPB) e do pessoal já habilitado e em atividade na Brigada de Infantaria Paraquedista (Bda Inf Pqdt), visando verificar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho da atividade específica de paraquedista militar, bem como evidenciar qualquer patologia inicial, com finalidade preventiva.

9.3.2 – PROCEDIMENTOS

9.3.2.1 – EXAMES COMPLEMENTARES

É obrigatória a realização de exames laboratoriais a seguir discriminados, em todas as Inspeções de Saúde para seleção ou periódicas, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas:

a. radiografia de tórax (postero-anterior e perfil – pulmões e coração) e dos seios da face;

b. densitometria óssea;

c. sorologia para Lues, HIV, reação de Machado Guerreiro (sorologia para doença de Chagas);

d. hemograma completo, VHS, contagem de plaquetas;

e. glicemia em jejum;

f. uréia e creatinina;

g. EPF (parasitologia de fezes);

h. EAS (sumário de urina);

i. ECG (eletrocardiograma em repouso);

j. Teste Ergométrico; e

k. eletroencefalograma.

9.3.2.2 – PERIODICIDADE

A inspeção de saúde para fins de Controle Periódico de Saúde deverá ser realizada anualmente, no pessoal em atividade na Bda Inf Pqdt. Nessa situação, os Exames complementares exigidos deverão ser apresentados.

9.3.2.3 – CAUSAS DE INCAPACIDADE

a. todas as doenças, afecções e síndromes que motivem a isenção definitiva, baixa ou reforma do Exército;

b. altura inferior a l,60m;

c. Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 25,0 na seleção e acima de 30,0 no controle periódico;

d. reações sorológicas positivas para Sífilis ou doença de Chagas e HIV sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência daquelas doenças;

e. campos pleuro-pulmonares anormais, inclusive os que apresentarem vestígios de lesões anteriores, observadas ao raios-X do tórax;

f. hérnias, quaisquer que sejam suas sedes ou volumes;

g. albuminúria ou glicosúria persistentes, observadas através do EAS ou exame de rotina da urina;

h. hidrocele;

i. cicatrizes que, por suas naturezas e sedes, possam, em face dos exercícios, vir a comprometer o uso de equipamentos;

j. pés chatos, espásticos com artroses das articulações intrínsecas dos pés, quando reveladas radiologicamente;

k. hipertrofia acentuada da glândula tireóide, associada ou não aos sinais clínicos de hipertireodismo;

l. varizes acentuadas;

m. área cardíaca em desacordo com o biótipo;

n. hipertensão arterial, caracterizada por índices superiores a 140mm Hg (sistólica) e 90mm Hg (diastólica), ou evidências clínicas de hipertensão arterial sistêmica;

o. taquicardia permanente superior a cem batimentos por minuto, desde que acompanhada de outras perturbações clínicas;

p. ausência ou atrofia de músculos, quaisquer que sejam as causas, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;

q. imperfeições na mobilidade funcional das articulações, bem como quaisquer vestígios anatômicos e funcionais de lesões ósseas anteriores, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;

r. anemia acentuada, com hemoglobinometria inferior a sessenta por cento;

s. acuidade visual inferior a 7/10 (sete décimos), em ambos os olhos, sem correção;

t. ausência de um olho;

u. discromatopsia absoluta e acromatopsia (verificados por meio de chapa pseudo-isocromáticas e/ou lãs de Holgreen);

v. estrabismo com desvio superior a 10 graus;

w. exame radiológico dos seios da face compatível com sinusite crônica (passível de ser confirmado por tomografia computadorizada);

x. desvio do septo, dos pólipos nasais dos cornetos ou afecções que impeçam o livre trânsito do ar nas vias aéreas superiores;

y. dentadura insuficiente:

1) ausência de qualquer dente da bateria labial (incisivos e caninos), tolerando-se dentes artificiais que satisfaçam à estética;

2) menos de seis molares opostos dois a dois, tolerando-se dentes artificiais, em raízes de lesões periapicais (coroas e pontes fixas ou móveis), que assegurem mastigação perfeita;

z. cáries, lesões periapicais, paradentosas ou afecções que comprometam os tecidos de sustentação dos dentes;

aa. deficiência auditiva para voz cochichada de 3 metros em cada ouvido, ou seja, 3/5 (três quintos) ou combinações 4/5 (quatro quintos) e 2/5 (dois quintos) ou 5/5 (cinco quintos) e 1/5 (um quinto);

ab. doenças infecto-contagiosas;

ac. alterações no Eletroencefalograma (EEG), contra-indicado por parecer de especialista;

ad. alterações no Eletrocardiograma com Esforço, contra-indicado por

parecer de especialista;

ae. Frequência Respiratória superior a vinte incursões respiratórias (IR) por minuto;

af. exame toxicológico clínico positivo sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência de substâncias tóxicas;

ag. resultado de glicemia, demonstrando alteração metabólica (hipoglicemia ou hiperglicemia);

ah. audibilidade com perda tolerável de até 35 db (trinta e cinco decibéis) ISO, nas freqüências de 500 (quinhentos) a 2.000 (dois mil) ciclos/segundo; e

ai. ausência de sinal evidente de sensibilidade anormal ao ruído.

9.3.3 – COMPETEÊNCIA

Os AMP competentes para realizar estas inspeções de saúde são os MPOM (das OM Pqdt) para controle periódico de saúde e os MPGu ou JISE para seleção.

9.3.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.3.4.1 – PARA SELEÇÃO

a. “Apto para matrícula no curso _____ (especificar o curso)”; e

b. “Inapto para a matrícula no curso _____ (especificar o curso)”.

9.3.4.2 – PARA CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE

a. “Apto para atividade aeroterrestre”;

b. “Incapaz temporariamente para atividade aeroterrestre”; e

c. “Incapaz definitivamente para atividade aeroterrestre, porém apto para o serviço do Exército”.

9.4 – OPERAÇÕES NA SELVA

9.4.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e mental dos militares já pertencentes ao EB, candidatos à matrícula ou permanência em curso ou estágio no Centro de Instrução de Guerra na Selva (CIGS) e, ainda, para o Controle Médico Periódico de todo o Pessoal em operações na selva, visando verificar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho da atividade militar específica de Operações na Selva, bem como evidenciar qualquer doença em fase inicial, com finalidade preventiva.

9.4.2 – PROCEDIMENTOS

9.4.2.1 – PARA SELEÇÃO

a. serão realizadas duas inspeções de saúde: a primeira, preliminar, na guarnição do candidato, e a segunda, definitiva, realizada em Manaus;

b. o AMP deverá lavrar, ao término da IS preliminar, a Ata de cada candidato com os resultados individuais, devendo tais resultados serem publicados no BI da OM. Uma cópia da Ata, bem como do BI da OM que a publicou, deverá ser conduzida pelo candidato que vier a ser relacionado para o curso e entregue no CIGS, por ocasião de sua apresentação para realização da IS definitiva;

c. por ocasião da IS preliminar, é obrigatória a realização de exames a seguir discriminados, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas:

1) radiografia de tórax (postero-anterior e perfil – pulmões e coração) e dos seios da face;

2) sorologia para Lues, reação de Machado Guerreiro (sorologia para doença de Chagas);

3) hemograma completo, VHS, contagem de plaquetas;

4) glicemia em jejum;

5) EPF (parasitologia de fezes);

6) EAS (sumário de urina);

7) ECG (eletrocardiograma em repouso);

8) Teste Ergométrico;

9) Transaminase Glutânico Oxaloacético (TGO);

10) Transaminase Glutânico Pirúvico (TGP);

11) uréia e creatinina;

12) bilirrubinas (total, direta e indireta);

13) dentário;

14) acuidade visual;

15) exame audiométrico; e

16) eletroencefalograma.

d. além dos exames médicos supracitados, com seus laudos, também deverão ser apresentados à JISE/Matrícula no CIGS, pelos candidatos selecionados, por ocasião da

realização da IS definitiva, laudo de avaliação cardiovascular;

e. a JISE/Matrícula no CIGS será nomeada pelo Comandante da 12ª Região Militar e composta, sempre que possível e seguindo a indicação do Diretor do HGeM, por um médico de carreira da Gu Manaus que, preferencialmente, deverá ser o Presidente da JISE, um médico cardiologista de carreira, um médico do CIGS e um dentista;

f. caso haja IS em grau de recurso, o resultado deverá ser exarado e entregue ao Presidente da Comissão de Aplicação e Fiscalização Definitiva (CAFD), impreterivelmente, antes do início da primeira prova do Exame de Aptidão Física (EAF) definitivo, que ocorrerá antes do curso, em Manaus;

g. somente realizará o EAF definitivo o candidato que for julgado apto na IS definitiva ou, caso ocorra, na IS em grau de recurso;

h. por se constituir em curso de caráter voluntário, os exames realizados deverão ser indenizados pelos candidatos;

i. nos casos de impossibilidade de realização de qualquer um dos exames médicos na guarnição de origem, o candidato, já relacionado, mediante autorização do CMA, poderá antecipar a sua data de apresentação no CIGS em, no mínimo, uma semana da data de início do EAF, de modo a ultimar a realização, no HGeM, do(s) exame(s) médico(s) ainda pendente(s); e

j. a avaliação psicológica tem por finalidade aferir o grau de compatibilidade das características intelectivas, motivacionais e de personalidade dos candidatos com o perfil psicológico exigido para os Cursos de Operações na Selva.

9.4.2.2 – PARA CONTROLE PERIÓDICO DE SAÚDE

a. o controle periódico de saúde do pessoal em operações de selva será realizado anualmente; e

b. os exames complementares são os mesmos elencados na letra “c” do item anterior.

9.4.2.3 – CAUSAS DE INCAPACIDADE

a. todas as doenças, afecções e síndromes que motivem a isenção definitiva, baixa ou reforma do Exército;

b. altura inferior a l,60m;

c. Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 25,0 na seleção e acima de 30,0 no controle periódico;

d. reações sorológicas positivas para Sífilis ou doença de Chagas e HIV sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência daquelas doenças;

e. campos pleuro-pulmonares anormais, inclusive os que apresentarem vestígios de lesões anteriores, observadas ao raios-X do tórax;

f. hérnias, quaisquer que sejam suas sedes ou volumes;

g. albuminúria ou glicosúria persistentes, observadas através do EAS ou exame de rotina da urina;

h. hidrocele;

i. cicatrizes que, por suas naturezas e sedes, possam, em face dos exercícios, vir a comprometer o uso de equipamentos;

j. pés chatos, espásticos com artroses das articulações intrínsecas dos pés, quando reveladas radiologicamente;

k. hipertrofia acentuada da glândula tireóide, associada ou não aos sinais clínicos de hipertireodismo;

l. varizes acentuadas;

m. área cardíaca em desacordo com o biótipo;

n. hipertensão arterial, caracterizada por índices superiores a 140mm Hg (sistólica) e 90mm Hg (diastólica), ou evidências clínicas de hipertensão arterial sistêmica;

o. taquicardia permanente superior a cem batimentos por minuto, desde que acompanhada de outras perturbações clínicas;

p. ausência ou atrofia de músculos, quaisquer que sejam as causas, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;

q. imperfeições na mobilidade funcional das articulações, bem como quaisquer vestígios anatômicos e funcionais de lesões ósseas anteriores, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;

r. anemia acentuada, com hemoglobinometria inferior a sessenta por cento;

s. acuidade visual inferior a 7/10 (sete décimos), em ambos os olhos, sem correção;

t. ausência de um olho;

u. discromatopsia absoluta e acromatopsia (verificados por meio de chapa pseudo-isocromáticas e/ou lãs de Holgreen);

v. estrabismo com desvio superior a 10 graus;

w. exame radiológico dos seios da face compatível com sinusite crônica (passível de ser confirmado por tomografia computadorizada);

x. desvio do septo, dos pólipos nasais dos cornetos ou afecções que impeçam o livre trânsito do ar nas vias aéreas superiores;

y. dentadura insuficiente:

1) ausência de qualquer dente da bateria labial (incisivos e caninos), tolerando-se dentes artificiais que satisfaçam à estética;

2) menos de seis molares opostos dois a dois, tolerando-se dentes artificiais, em raízes de lesões periapicais (coroas e pontes fixas ou móveis), que assegurem mastigação perfeita;

z. cáries, lesões periapicais, paradentosas ou afecções que comprometam os tecidos de sustentação dos dentes;

aa. deficiência auditiva para voz cochichada de 3 metros em cada ouvido, ou seja, 3/5 (três quintos) ou combinações 4/5 (quatro quintos) e 2/5 (dois quintos) ou 5/5 (cinco quintos) e 1/5 (um quinto);

ab. doenças infecto-contagiosas;

ac. alterações no Eletroencefalograma (EEG), contra-indicado por parecer de especialista;

ad. alterações no Eletrocardiograma com Esforço, contra-indicado por parecer de especialista;

ae. Frequência Respiratória superior a vinte incursões respiratórias (IR) por minuto;

af. exame toxicológico clínico positivo sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência de substâncias tóxicas;

ag. resultado de glicemia, demonstrando alteração metabólica (hipoglicemia ou hiperglicemia);

ah. audibilidade com perda tolerável de até 35 db (trinta e cinco decibéis) ISO, nas freqüências de 500 (quinhentos) a 2.000 (dois mil) ciclos/segundo; e

ai. ausência de sinal evidente de sensibilidade anormal ao ruído.

9.4.3 – COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar estas inspeções de saúde são:

a. Inspeção preliminar para seleção – o MPGu;

b. Inspeção definitiva para seleção – a JISE; e

c. Controle periódico de saúde – o MPOM das OM de selva.

9.4.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.4.4.1 – PARA SELEÇÃO

a. “Apto para matrícula no curso _____ (especificar o curso)”; e

b. “Inapto para matrícula no curso _____ (especificar o curso)”.

9.4.4.2 – PARA CONTROLE PERIÓDICO

a. “Apto para operações na selva”;

b. “Incapaz temporariamente para operações na selva”; e

c. “Incapaz definitivamente para operações na selva, estando apto para o serviço do Exército”.

9.5 – OPERAÇÕES ESPECIAIS E AÇÕES DE COMANDO

9.5.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares já pertencentes ao EB (oficiais e sargentos) para fins de matrícula e execução dos cursos do Centro de Instrução de Operações Especiais e para controle periódico de saúde do pessoal já habilitado e em atividade na Brigada de Operações Especiais visando verificar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho de atividades na área de Operações Especiais, bem como evidenciar qualquer patologia inicial, com finalidade preventiva.

9.5.2 – PROCEDIMENTOS

a. a Inspeção de Saúde, destinada à seleção de oficiais e sargentos, será realizada por uma JISE, segundo as instruções vigentes;

b. a inspeção de saúde para fins de controle periódico deverá ser realizada a cada 1 (um) ano, no pessoal em atividade na Bda Op Esp;

c. o AMP deverá lavrar, ao término dos exames, a ata com os resultados individuais;

d. é obrigatória a realização de exames laboratoriais a seguir discriminados, em todas as Inspeções de Saúde para seleção ou periódicas, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas:

1) radiografia de tórax (postero-anterior e perfil – pulmões e coração) e dos seios da face;

2) sorologia para Lues, HIV, reação de Machado Guerreiro (sorologia para doença de Chagas);

3) hemograma completo, VHS, contagem de plaquetas;

4) glicemia em jejum;

5) uréia e creatinina;

6) TGO, TGP, Gama-GT e fosfatase alcalina;

7) marcadores virais para hepaite A, B e C;

8) audiometria;

9) EPF (parasitologia de fezes);

10) EAS (sumário de urina);

11) Teste Ergométrico; e

12) eletroencefalograma.

e. os exames complementares serão realizados anualmente, exceto os contidos nos nº 8, 11 e 12, que serão realizados a cada 2 (dois) anos; e

f. em casos específicos, por indicação clínica, deverão ser solicitados os exames complementares que se fizerem necessários para elucidação do diagnóstico.

9.5.3 – CAUSAS DE INCAPACIDADE PARA SELEÇÃO

a. todas as doenças, afecções e síndromes que motivem a isenção definitiva, baixa ou reforma do Exército;

b. altura inferior a l,60m;

c. peso desproporcional à altura e ao biótipo e percentual de gordura;

d. reações sorológicas positivas para Sífilis ou doença de Chagas e HIV sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência daquelas doenças;

e. campos pleuro-pulmonares anormais, inclusive os que apresentarem vestígios de lesões anteriores, observadas ao raios-X do tórax;

f. hérnias, quaisquer que sejam suas sedes ou volumes;

g. albuminúria ou glicosúria persistentes, observadas através do EAS ou exame de rotina da urina;

h. hidrocele;

i. cicatrizes que, por suas naturezas e sedes, possam, em face dos exercícios, vir a comprometer o uso de equipamentos;

j. pés chatos, espásticos com artroses das articulações intrínsecas dos pés, quando reveladas radiologicamente;

k. hipertrofia acentuada da glândula tireóide, associada ou não aos sinais clínicos de hipertireodismo;

l. varizes acentuadas;

m. área cardíaca em desacordo com o biótipo;

n. hipertensão arterial, caracterizada por índices superiores a 140mm Hg (sistólica) e 90mm Hg (diastólica), ou evidências clínicas de hipertensão arterial sistêmica;

o. taquicardia permanente superior a cem batimentos por minuto, desde que

acompanhada de outras perturbações clínicas;

p. ausência ou atrofia de músculos, quaisquer que sejam as causas, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;

q. imperfeições na mobilidade funcional das articulações, bem como quaisquer vestígios anatômicos e funcionais de lesões ósseas anteriores, desde que venham a comprometer o desempenho físico e psicomotor do militar;

r. anemia acentuada, com hemoglobinometria inferior a sessenta por cento;

s. acuidade visual inferior a 7/10 (sete décimos), em ambos os olhos, sem correção;

t. ausência de um olho;

u. discromatopsia absoluta e acromatopsia (verificados por meio de chapa pseudo-isocromáticas e/ou lãs de Holgreen);

v. estrabismo com desvio superior a 10 graus;

w. exame radiológico dos seios da face compatível com sinusite crônica (passível de ser confirmado por tomografia computadorizada);

x. desvio do septo, dos pólipos nasais dos cornetos ou afecções que impeçam o livre trânsito do ar nas vias aéreas superiores;

y. dentadura insuficiente:

1) ausência de qualquer dente da bateria labial (incisivos e caninos), tolerando-se dentes artificiais que satisfaçam à estética;

2) menos de seis molares opostos dois a dois, tolerando-se dentes artificiais, em raízes de lesões periapicais (coroas e pontes fixas ou móveis), que assegurem mastigação perfeita;

z. cáries, lesões periapicais, paradentosas ou afecções que comprometam os tecidos de sustentação dos dentes;

aa. deficiência auditiva para voz cochichada de 3 metros em cada ouvido, ou seja, 3/5 (três quintos) ou combinações 4/5 (quatro quintos) e 2/5 (dois quintos) ou 5/5 (cinco quintos) e 1/5 (um quinto);

ab. doenças infecto-contagiosas;

ac. alterações no Eletroencefalograma (EEG), contra-indicado por parecer de especialista;

ad. alterações no Eletrocardiograma com Esforço, contra-indicado por parecer de especialista;

ae. Frequência Respiratória superior a vinte incursões respiratórias (IR) por minuto;

af. exame toxicológico clínico positivo sempre que, afastadas as demais causas da positividade, confirmem a existência de substâncias tóxicas;

ag. resultado de glicemia, demonstrando alteração metabólica (hipoglicemia ou hiperglicemia);

ah. audibilidade com perda tolerável de até 35 db (trinta e cinco decibéis) ISO, nas freqüências de 500 (quinhentos) a 2.000 (dois mil) ciclos/segundo; e

ai. ausência de sinal evidente de sensibilidade anormal ao ruído.

9.5.4 – COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar estas inspeções de saúde são:

a. Para seleção a JISE; e

b. Para controle periódico o MPOM das OM da Bda Op Esp.

9.5.5 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.5.5.1 – PARA SELEÇÃO

a. "Apto para matrícula no curso _____ (especificar o curso)"; e

b. "Inapto para matrícula no curso _____ (especificar o curso)".

9.5.5.2 – PARA CONTROLE PERIÓDICO

a. "Apto para atividade de operações especiais";

b. "Apto para ações de comando";

c. "Incapaz temporariamente para atividade de operações especiais";

d. "Incapaz temporariamente para ações de comando";

e. "Incapaz definitivamente para atividade de operações especiais, estando apto para o serviço do Exército; e

f. "Incapaz definitivamente para ações de comando, estando apto para o serviço do Exército.

9.6 – MISSÃO NO EXTERIOR

9.6.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares já pertencentes ao EB (oficiais e sargentos) para fins de missão no exterior visando verificar se os mesmos preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho das atividades profissionais militares, bem como evidenciar qualquer patologia inicial, com finalidade preventiva.

9.6.2 – PROCEDIMENTOS

a. quando o militar fizer parte de efetivos militares regulares que deverão cumprir missão no exterior, os exames complementares que deverão ser apresentados por ocasião da IS, serão aqueles listados na portaria específica;

b. quando o militar for cumprir missão no exterior sem fazer parte de efetivos militares regulares (Ex.: adido, observador, curso, estágio), é obrigatória a realização de exames a seguir discriminados, além dos previstos para o exercício de atividades especiais contidos no Anexo M destas Normas:

1) radiografia de tórax (postero-anterior e perfil – pulmões e coração);

2) sorologia para Lues, HIV, reação de Machado Guerreiro (sorologia para doença de Chagas);

3) hemograma completo, VHS, contagem de plaquetas;

4) glicemia em jejum;

5) uréia e creatinina;

6) EPF (parasitologia de fezes);

7) EAS (sumário de urina);

8) ECG (eletrocardiograma em repouso); e

9) eletroencefalograma.

c. em casos específicos, por indicação clínica, deverão ser solicitados os exames complementares que se fizerem necessários para elucidação do diagnóstico;

d. para as Missões no Exterior cujo período de permanência ultrapasse 3 meses, somente serão submetidos a IS aqueles cuja data de vencimento do controle periódico ocorrer durante o período no exterior. Essas IS, terão validade até o regresso ao Brasil, substituindo o controle periódico cabível, exceto o anual para atividades especiais, em que serão exigidos os exames complementares. No caso de pessoal que vá exercer atividade especial no exterior, este deverá ser submetido a exame médico correspondente no país onde cumprir a missão e remeter o mesmo ao Brasil, à sua OM de vinculação para homologação administrativa; e

e. o inspecionado deve apresentar, por ocasião da IS, comprovante de situação vacinal, vinculada à epidemiologia da região onde cumprirá a missão.

9.6.3 – COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizar a inspeção de saúde para fim de missão no exterior são o MPGu e a JISE.

9.6.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. “Apto para _____ (especificar a missão no exterior)”.

b. “Inapto para _____ (especificar a missão no exterior)”.

9.7 – DESIGNAÇÃO DE MILITAR INATIVO PARA O SERVIÇO ATIVO/PRESTAÇÃO DE TAREFA

9.7.1 – DEFINIÇÃO

Inspeção de saúde (IS) para avaliação do estado de saúde física e/ou mental dos militares da reserva remunerada ou reformados para fim de designação para o serviço ativo ou prestação de tarefa por tempo certo.

9.7.2 – PROCEDIMENTOS

a. os exames complementares que deverão ser apresentados por ocasião da inspeção de saúde são os previstos no Anexo M destas Normas;

b. em casos específicos, por indicação clínica, deverão ser solicitados os exames complementares ou laudos que se fizerem necessários para elucidação do diagnóstico;

c. o padrão de eficiência psicofísica para esta atividade é expresso pela ausência de doenças ou lesões incapacitantes e pelo alcance dos índices estabelecidos nas normas médico-periciais, considerando-se sempre a capacidade de desempenhar a atividade que será executada;

d. os padrões psicofísicos exigidos são, basicamente, os mesmos previstos para controle periódico de saúde, observando-se a faixa etária, as doenças preexistentes e as peculiaridades da tarefa que será executada;

e. se, à época de sua designação, a última inspeção de Controle Periódico de Saúde realizada pelo militar na ativa ainda estiver válida, não será realizada a inspeção para designação, sendo utilizada aquela inspeção anterior; e

f. as inspeções para essa finalidade terão validade de três anos, podendo ser utilizadas para a designação e suas prorrogações dentro do prazo de vigência.

9.7.3 – COMPETÊNCIA

Os AMP competentes para realizarem esta inspeção de saúde são os MPGu.

9.7.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

a. “Apto para Prestação de Tarefa por Tempo Certo”;

b. “Inapto para Prestação de Tarefa por Tempo Certo”;

c. “Apto para Designação para o Serviço Ativo”; e

d. “Inapto para Designação para o Serviço Ativo ”.

9.8 – MOBILIZAÇÃO

9.8.1 – DEFINIÇÃO

É a perícia realizada nos reservistas e/ou nos militares da reserva remunerada convocados para exercício de mobilização ou para mobilização de fato, a fim de avaliar a capacidade física do convocado para a atividade a qual será designado.

9.8.2 – COMPETÊNCIA

O AMP competente para realizar esta inspeção de saúde é uma JISE.

9.8.3 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

9.8.3.1 – PARA MILITARES DA RESERVA REMUNERADA:

a. "Apto para o serviço do Exército";

b. "Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. Não é inválido";

c. "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

d. Quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

I – "Necessita (Não necessita) de internação especializada";

II – "Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente";

III – "Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem"; e

IV – "Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem".

e. Quando o AMP concluir pela incapacidade do inspecionado deverá fazer constar no campo "Observações" da AIS, a seguinte expressão: "A incapacidade ou a invalidez do inspecionado se enquadra no inciso ____ do Art. 108, da Lei 6.880, de 09 Dez 80".

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art. 108, da Lei 6.880/80:

a. O inciso I – ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

b. O inciso II – enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

c. O inciso III – acidente em serviço;

d. O inciso IV – doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

e. O inciso V – tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

f. O inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

9.8.3.2 – PARA RESERVISTAS:

a. “Apto A”;

b. “Incapaz B1”;

c. “Incapaz B2”; e

d. “Incapaz C”.

VOLUME XII

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE PARA TÉRMINO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E DE RESTRIÇÕES

12.1 – TÉRMINO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E DE RESTRIÇÕES DE MILITARES

12.1.1 – DEFINIÇÃO

É a perícia que se segue ao término de um período de LTSP ou de restrições, visando a reavaliação do estado de saúde do militar.

12.1.2 – COMPETÊNCIA

São competentes para efetuar essas Inspeções de Saúde, em primeira instância, os MPOM (se a LTSP for menor que trinta dias) e os MPGu.

12.1.3 – PROCEDIMENTOS

a. Considera-se "Apto para o serviço do Exército", o militar que se encontre em condições de higidez física e mental suficientes ao desempenho de suas atividades regulamentares.

b. Considera-se "Apto para o serviço do Exército com restrições" o militar que necessite observar prescrições de ordem médica que impliquem em afastamento de algumas das atividades laborativas e operacionais inerentes ao serviço.

c. Os AMP deverão fazer constar no campo "Observações" da cópia da AIS, a natureza e o período de restrições, não superior a 2 (dois) meses por inspeção.

d. Os AMP deverão reavaliar as restrições por ocasião da realização de uma IS ao término do período estabelecido na IS anterior, ou a qualquer tempo, sempre tendo como meta o mais breve retorno do militar às suas atividades normais.

e. Os militares de carreira, após o transcurso de 36 meses contínuos de restrições ou de alternância destas com períodos de incapacidade temporária pela mesma patologia (ou patologia correlata), deverão ser avaliados para a aplicação dos critérios de incapacidade definitiva.

f. Entende-se por período contínuo aquele que não for interrompido por um período de 12 (doze) meses de aptidão para o serviço ativo do Exército, sem quaisquer restrições funcionais.

g. Admitem-se restrições por tempo indeterminado constatada a irreversibilidade das patologias ou lesões, que permitam a execução de tarefas que não exijam precisão no seu desempenho. Exemplos:

1) não permanecer em ambientes ruidosos (utilizar protetores auriculares);

2) pode realizar TFM/TAF alternativo;

3) não executar atividades que exijam visão binocular ou perfeita discriminação de cores; e

4) deverá permanecer afastado de exposição solar e de substâncias mielotóxicas tais como tinner, tintas, óleos, combustíveis, vernizes etc.

h. Os militares mantidos com restrições por tempo indeterminado, serão submetidos a Inspeção de Saúde anualmente, por MPGu, com enfoque principal em sua patologia de base, com vistas ao controle evolutivo.

i. Quando o AMP exarar parecer de restrições quanto ao exercício de alguma atividade inerente ao desempenho da função militar, deverá fazer constar, no campo "Observações" da AIS, o grupo de atividades compatíveis com as condições do inspecionado, obedecido o previsto no Anexo W destas Normas.

j. Ao indicar o grupo de atividades que poderão ser desempenhadas pelo inspecionado, o AMP somente deverá incluir as que sejam compatíveis com o grau hierárquico deste.

k. Considera-se incapaz temporariamente o militar que necessite de LTSP por apresentar, no momento da IS, indícios de lesão, doença ou defeito físico considerado curável ou clinicamente controlada. Os AMP deverão declarar, então, a incapacidade temporária de até três meses por IS, limitada ao máximo de trinta e seis meses.

l. Considera-se incapaz definitivamente o militar que, no momento da IS, apresente indícios de lesão, doença ou defeito físico que para sua cura total ou parcial, ou para reabilitação para qualquer função específica, necessite de prazo igual ou superior a trinta e seis meses contínuos. Os AMP deverão estar atentos para esses prazos não serem ultrapassados. Ao exarar pareceres de incapacidade definitiva, os AMP deverão certificar-se da existência ou não de Atestado de Origem. Caso afirmativo, deverão pronunciar-se quanto à relação de causa e efeito.

m. Os exames clínico-funcionais deverão visar principalmente os órgãos e sistemas objetos das queixas por parte do paciente, cotejando com a natureza de suas atividades profissionais. Os exames complementares são os mínimos necessários, com ênfase nos órgãos ou funções que motivaram a LTSP.

n. A apresentação, o controle dos tratamentos durante os períodos de LTSP e a reapresentação aos AMP nos devidos prazos, é de responsabilidade da OM do inspecionado, sendo recomendável contato do setor de pessoal com o AMP. O tratamento de saúde, objetivo primordial da concessão de LTSP, é controlado por meio da emissão da Guia de Acompanhamento Médico, constante do Anexo Z destas Normas. Os inspecionados serão apresentados para IS mediante ofício, devendo estar corretamente especificada a finalidade da IS.

12.1.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO

a. "Apto para o serviço do Exército";

b. "Apto para o serviço do Exército, com restrições". Lançar as restrições no campo "Observações";

c. “Incapaz temporariamente para o serviço do Exército. Necessita de _____ dias de afastamento total do serviço e instrução para realizar seu tratamento”.

Acrescentar ao final “em prorrogação” quando for IS por Término de Incapacidade ou Restrição;

d. “Incapaz, definitivamente, para o serviço do Exército. Não é inválido”;

e. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido.

f. Quando o AMP atestar a invalidez do inspecionado deverá complementar o parecer com uma das seguintes assertivas:

I – “Necessita (Não necessita) de internação especializada”;

II – “Necessita (Não necessita) de assistência direta e permanente ao paciente”;

III – “Necessita (Não necessita) de cuidados permanentes de enfermagem”; e

IV – “Necessita (Não necessita) de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem”.

12.1.5 – OBSERVAÇÕES

12.1.5.1 – Quando o AMP concluir pela incapacidade do inspecionado deverá fazer constar no campo “Observações” da AIS, a seguinte expressão: “A incapacidade ou a invalidez do inspecionado se enquadra no inciso ____ do Art. 108, da Lei 6.880, de 09 Dez 80”.

O enquadramento supracitado refere-se aos seguintes incisos do Art. 108, da Lei 6.880/80:

a. O inciso I – ferimento recebido em campanha ou na manutenção da ordem pública;

b. O inciso II – enfermidade contraída em campanha ou na manutenção da ordem pública, ou enfermidade cuja causa eficiente decorra de uma dessas situações;

c. O inciso III – acidente em serviço;

d. O inciso IV – doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempo de paz, com relação de causa e efeito a condições inerentes ao serviço;

e. O inciso V – tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada; e

f. O inciso VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

12.1.5.2 – Para os portadores de DSO o AMP deverá fazer constar no campo "Observações" a expressão:

"O DSO preenche (não preenche) as formalidades legais".

12.1.6 – CASOS ESPECIAIS

a. Os militares da ativa, portadores assintomáticos do vírus HIV, deverão ser classificados em um dos grupos constantes do inciso 34.4 da Portaria nº 1.174-MD, de 06 Set 2006, e serão considerados aptos para o serviço do Exército, com restrições por tempo indeterminado, não podendo participar de procedimentos cirúrgicos médicos e odontológicos, não exercer atividades para as quais esteja prevista a percepção de adicional de compensação orgânica e não ser designado para missão no exterior; e

b. Os militares enquadrados na alínea anterior deverão ser submetidos a controle periódico de saúde anual cujos pareceres conterão todas as restrições acima, sem prejuízo das verificações de deficiência funcional que couberem, em qualquer tempo.

12.2 – TÉRMINO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E DE RESTRIÇÕES DE SERVIDORES CIVIS

12.2.1 – DEFINIÇÃO

Trata-se da perícia médica que visa a estabelecer os variados graus de aptidão, inaptidão ou restrições laborativas do servidor civil, observando os seus tratamentos de saúde junto aos médicos assistentes. Tem caráter eminentemente clínico-funcional**,** objetivando verificar o grau de comprometimento de uma enfermidade qualquer sobre a atividade do servidor civil. A capacidade laborativa dos servidores civis será avaliada segundo os critérios e conceitos definidos pela Portaria Normativa n° 1.675/2006, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

12.2.2 – COMPETÊNCIA

Estas IS são de competência dos MPOM e MPGu.

12.2.3 – PROCEDIMENTOS

a. Em virtude dos aspectos a serem analisados e considerados pelos AMP na avaliação funcional dos servidores civis, determinados pela Portaria Normativa n° 1.675/2006**,** da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, os Ofícios de encaminhamento aos AMP deverão conter, obrigatoriamente, as informações abaixo, conforme o modelo contido no Anexo AB destas Normas:

1) das funções e atividades desempenhadas pelo servidor naquela OM;

2) o período de trabalho do servidor civil, bem como se trabalha em horário especial e desde quando**;**

3) se já foi readaptado**,** ou se está desviado de função (caso afirmativo, desde quando e qual (is) atividade (s) vem desenvolvendo);

4) o meio de transporte utilizado para se deslocar da residência para o trabalho, e vice- versa;

5) potenciais riscos, inclusive ambientais (operar com máquinas de precisão, que gerem ruídos elevados, irradiação, esforços repetitivos desempenhados que possam contribuir para a instalação ou piora da perturbação mórbida percebida pela Chefia e/ou demais servidores que trabalham no mesmo ambiente de trabalho, bem como quando desenvolver esforços físicos intensos julgados de interesse para o conhecimento do AMP);

6) análise ergonômica geral do ambiente de trabalho do servidor civil;

7) a existência (ou não) de Prontuário Médico ou tratamento em vigência no âmbito do Exército e outra instituição da Administração Pública; e

8) a existência (ou não) de Atestado de Origem atinente ao servidor civil, e, em caso positivo, enviá-lo juntamente ao ofício.

b. Os exames clínico-funcionais deverão visar principalmente os órgãos e sistemas objeto das queixas por parte do inspecionando, cotejando com a natureza de suas atividades profissionais. Os exames complementares são os mínimos necessários e previstos no Anexo M destas Normas, que permitam a conclusão do AMP, com ênfase nos órgãos ou funções que motivaram a LTSP, sendo aceitáveis exames externos ao Exército, desde que em papel timbrado do serviço que o emitiu, com aposição do carimbo legível com nome e registro do órgão de regulamentação da profissão do profissional emitente;

c. Considera-se apto para o Serviço Público em Geral o servidor civil que se encontre em condições de saúde para cumprir com eficiência as atividades já desempenhadas. A presença de doença, por si só, não determina incapacidade laborativa (salvo em casos de doença infecto-contagiosa de contato social), sendo de importância a sua repercussão no desempenho das atividades inerentes ao trabalho. Quando se tratar de recomendações assistenciais, estas não devem constar da AIS, porém devem ser lançadas na FiRDI, sendo, obrigatoriamente, informadas mediante ofício do AMP endereçado à Chefia do Servidor Civil. Os AMP não devem confundir recomendações assistenciais com as de caráter restritivo da capacidade laborativa;

d. Está apto para o Serviço Público em Geral, com restrições de determinadas atividades do trabalho, o servidor civil que conseguir desempenhar**,** sem prejuízo para sua saúde**,** mais de 70% de suas atividades de trabalho, na mesma função. Os AMP deverão estimar e fazer constar no campo "observações" da AIS, o período de duração (tempo determinado ou definitivas) e a natureza das restrições, devendo reavaliá-las a qualquer tempo, por ocasião de controle periódico de saúde, ou ao término do período estabelecido, a fim de proporcionar ao servidor civil retorno às suas atividades normais. Neste caso, os AMP deverão transcrever no campo "observações" da AIS, as restrições, descrevendo detalhadamente as limitações laborativas prescritas de acordo com as informações prestadas no oficio de apresentação. Caso o servidor civil não consiga atender a um mínimo de 70% das atribuições do seu cargo, deverá ser sugerida a sua readaptação, nos termos da legislação vigente**;**

e. Nas AIS que contiverem pareceres de apto com restrições, os AMP deverão especificá-las, bem como o período**,** ou informar se são definitivas;

f. Considera-se incapaz temporariamente para o Serviço Público em Geral o servidor civil que necessite de LTSP por apresentar, no momento da IS, indícios de lesão, doença ou defeito físico considerado curável ou clinicamente controlável. Nesses casos os AMP deverão declarar a incapacidade temporária do servidor de até três meses por IS, limitada ao máximo de vinte e quatro meses consecutivos. Nas reapresentações ao AMP para reavaliação, o servidor civil deverá comprovar o tratamento realizado no período exarado pelo AMP, mediante relatórios dos serviços onde se trata**,** com detalhada evolução naquele período pré-estabelecido, bem como das terapêuticas utilizadas (médicas, fisioterapêuticas, fonoaudiológicas, nutricionais, dentre outras possíveis) e pelo preenchimento do Anexo Z destas Normas. A impossibilidade do tratamento estipulado e especializado no período previamente estabelecido deve ser relatada pelo (s) profissional (is) assistente (s), bem como os seus motivos;

g. Nos casos de LTSP superior a trinta dias o MPGu deverá solicitar à RM (SSR), via correio eletrônico do SIPMED, providências para a homologação por JISR, a qual deverá remeter a cópia da ata homologatória para a OM do servidor;

h. Considera-se inválido para o Serviço Público em Geral, o servidor civil que, no momento da inspeção de saúde, apresente indícios de lesão, doença ou defeito físico incurável e impeditivo ao exercício de suas funções, insusceptível de reabilitação ou readaptação funcional num prazo igual ou superior a vinte e quatro meses contínuos, não sendo obrigatório que a doença invalidante conste do art.186 da lei nº. 8.112/90. Os AMP deverão estar atentos para esse prazo não ser ultrapassado;

i. Sempre que possível, os AMP deverão observar o prazo máximo permissível para permanência em LTSP, antes de exarar o laudo de invalidez;

j. Ao exarar pareceres de invalidez, os AMP deverão certificar-se da existência ou não de Atestado de Origem (AO) referente a acidentes anteriores à IS em andamento, procedendo de acordo com o previsto no Volume X quando ao complemento do parecer a ser exarado, qualquer que seja sua conclusão;

k. Quando se tratar de doença especificada no parágrafo 1º, art. 186**,** da Lei n° 8.112/1990, devem ser atendidos os padrões e critérios da Portaria Normativa n° 1.675/2006, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;

l. O AMP deverá registrar também na AIS a existência de AO ou de ISO. Só deverão constar no parecer os diagnósticos por extenso relativos ao enquadramento em um único item do RJU, prevalecendo aquele que maiores benefícios propiciar ao inspecionado, sempre que houver doenças ou lesões que se enquadrem em mais de um item. Os pormenores deste enquadramento deverão ser claramente anotados na descrição da doença atual, item da FiRDI. Não há necessidade de enquadramento legal no parecer, providência essa de competência dos órgãos de pessoal;

m. Permanecerão sob a jurisdição do AMP específico os inspecionados que se encontrarem em LTSP**,** ou sob restrições da capacidade laborativa**,** concedidas por esse mesmo AMP, para todas as modalidades de IS, até que seja exarado um laudo de invalidez (motivando a aposentadoria);

n. A apresentação, o controle dos tratamentos durante os períodos de LTSP e a reapresentação ao AMP nos devidos prazos, é de responsabilidade da OM do inspecionado, sendo recomendável contato formal do setor de pessoal com os setores assistencial e pericial; e

o. Os servidores civis serão apresentados para IS por sua OM**,** por oficio**,** onde deverão ser registradas as datas de início e término dos períodos de LTSP eventualmente gozados, bem como se é necessária perícia domiciliar ou hospitalar (para tal, deve ser anexada ao oficio de apresentação, uma declaração recente do médico assistente do servidor**,** informando textualmente que o mesmo está recebendo visita médico-assistencial em sua residência), ou readaptação profissional.

12.2.4 – FORMAS DE CONCLUSÃO

a. "Apto para o Serviço Público em Geral";

b. "Apto para o Serviço Público em Geral, com restrições". Lançar as restrições no campo observações da AIS;

c. "Incapaz temporariamente para o Serviço Público em Geral, necessitando de (tempo a declarar, em dias ou meses) de LTSP";

Acrescentar ao final "em prorrogação" quando forem IS por término de incapacidade; e

d. "Inválido (a) para o Serviço Público em Geral."

12.2.5 – OBSERVAÇÕES

Constatada a invalidez do servidor civil o AMP deverá declarar no campo "Observações" da AIS a seguinte expressão: " A invalidez é (não é) decorrente do previsto no inciso I, do art. 186 da Lei 8.112/90."

12.2.6 – PRAZOS DE LTSP

a. Considerando-se a necessidade de padronização de critérios nas perícias médicas no Exército, os diagnósticos mais comuns como causas de incapacidade e utilizando o princípio da Medicina Baseada em Evidência (MBE), os AMP deverão basear-se nos prazos constante no Anexo AA, devendo, quando a licença ultrapassar esses prazos, somando-se as prorrogações, lançar a justificativa para a concessão na FiRDI.

b. Outras patologias não relacionadas no referido Anexo AA ficarão sob a estrita responsabilidade dos AMP.

VOLUME XIII

DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE DE MILITARES REGIDOS PELO REGULAMENTO DA LEI DO SERVIÇO MILITAR (RLSM) – PERMANÊNCIA E SAÍDA DO SERVIÇO ATIVO DE MILITARES TEMPORÁRIOS

13.1 – FINALIDADE

a. Os pareceres e suas respectivas observações, que serão aplicados pelos AMP, nas inspeções de militares regidos pelo RLSM, visam orientar quanto à situação administrativa de inspecionados que apresentam problemas sanitários e também os que vêm postergando a sua desincorporação ou licenciamento.

b. Os pareceres a serem exarados pelos AMP não visam subtrair o direito lídimo dos que fazem jus ao amparo do estado previsto na lei, mas, sim, evitar a concessão de benefícios indevidos por falhas administrativas, as quais, passado o prazo legal, não mais poderão ser revertidas, produzindo efeitos definitivos e deletérios ao sistema de saúde e à previdência militar.

c. Os pareceres previstos neste Volume aplicam-se a todos os militares temporários, Oficiais, Sargentos, Cabos ou Soldados.

13.2 – CONCEITOS RELEVANTES

13.2.1 – APTIDÃO OU INAPTIDÃO PARA O EXERCÍCIO DE ATIVIDADES LABORATIVAS CIVIS

a. Os integrantes do sistema pericial devem buscar esclarecer as condições presentes do inspecionado no tocante a sua aptidão para o desempenho de atividades laborativas civis, de forma clara e insofismável, pois que deve esta definição orientar citação que deverá constar da ata de inspeção de saúde.

b. Há que se considerar que ao optar pela inaptidão temporária para atividades civis, o inspecionado não deverá ser desincorporado, e sim mantido em tratamento (serviço de saúde) e adido à OM conforme o Art. 431 do RISG (gestão de pessoal), até que recupere a aptidão.

c. Como orientação para deslindar os limites da aptidão/inaptidão, devem os peritos atentar para a profissão exercida que antecedeu o serviço militar, ou, na inexistência desde dado, fazer juízo de valor sobre as atividades laborativas mais comuns do cotidiano, considerando como cerne da questão se o inspecionado pode integrar processo seletivo em condições similares aos demais candidatos, observado que a grande maioria das profissões comuns não exigem vigor físico.

d. O aspecto aptidão e inaptidão para atividades laborativas civis é de fundamental importância para esclarecimento do Poder Judiciário, quando o ex-militar busca este caminho, bem como caracteriza a preocupação do Exército em manter o inspecionado em tratamento, até que o mesmo obtenha as condições de aptidão.

e. A atuação do Serviço de Saúde na adesão ao tratamento e recuperação dos inaptos, e ainda a execução de um cerrado controle por parte das 1ª Seções das OM, são fatores essenciais para o sucesso na desincorporação pós-aptidão destes militares.

13.2.2 – DOCUMENTO SANITÁRIO DE ORIGEM (DSO)

a. A citação sobre a existência ou não de DSO (Atestado de Origem ou Inquérito Sanitário de Origem) relacionado à causa alegada pelo inspecionado, ou identificada pelos AMP, é essencial para a orientação de medidas administrativas.

b. Os inspecionados que forem portadores de DSO devem ter os mesmos apresentados ao AMP, que se pronunciará sobre a existência do DSO e relação de causa e efeito e quanto ao preenchimento das formalidades legais, devendo, quando não houver DSO, citar esta condição na ata de inspeção de saúde (Observar o Volume X destas Normas).

13.2.3 – MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO APÓS DESINCORPORAÇÃO OU LICENCIAMENTO

a. A orientação para a manutenção do tratamento deve constar da ata de inspeção de saúde com base no artigo 149 do RLSM.

b. A manutenção do tratamento, além de estar prevista no RLSM, permite evitar os casos em que o Judiciário determina a reintegração somente para o tratamento da causa alegada como incapacitante.

c. A concessão do tratamento e seu adequado acompanhamento são fatores importantes para o atendimento pleno do que determina o RLSM, bem como para coibir reintegrações que concedem direitos aos militares (soldo, fardamento e assistência à saúde dos dependentes, entre outros) sem a contrapartida da prestação do serviço, pois que normalmente encontram-se incapazes.

13.2.4 – IMPOSSIBILIDADE DOS PARECERES “APTO COM RESTRIÇÕES” E “INCAPAZ TEMPORARIAMENTE PARA O SERVIÇO DO EXÉRCITO”

Os pareceres “APTO COM RESTRIÇÕES” e “INCAPAZ TEMPORARIAMENTE PARA O SERVIÇO DO EXÉRCITO” não devem ser exarados pelos AMP, para os militares temporários, sejam Oficiais, Sargentos, Cabos ou Soldados, conforme preconiza o Art. 117 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (Decreto-Lei n° 57.654, de 20 de janeiro de 1966).

13.2.5 – PASSAGEM DA SITUAÇÃO DE “INCAPAZ B1” PARA A SITUAÇÃO DE “INCAPAZ B2”

Todo militar julgado “Incapaz B1” ao completar 01 (um) ano de afastamento, contínuo ou não, deverá ser considerado “Incapaz B2” pelo AMP, considerando o previsto no item 15.1 do Decreto nº 703, de 22 Dez 92 (alteração das Instruções Gerais para Inspeção de Saúde de Conscritos – IGISC).

13.3 – FORMAS DE CONCLUSÃO PERICIAL

13.3.1 – PARA MILITAR "APTO A" E SEM DOCUMENTO SANITÁRIO DE ORIGEM (DSO):

a. Parecer:

Apto "A".

b. Observações:

1) Parecer exarado de acordo com o previsto no nr 1) do caput do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966;

2) O parecer "Apto A" significa que o inspecionado satisfaz os requisitos regulamentares, possuindo boas condições de robustez física, podendo apresentar pequenas lesões, defeitos físicos ou doenças, desde que compatíveis com o Serviço Militar;

3) O inspecionado não é portador de documento que registre a ocorrência, durante a prestação do serviço militar, de acidente ou doença contraídos em função militar; e

4) Convém realizar apenas as atividades previstas no Grupo ___ do Anexo W À estas Normas.

13.3.2 – PARA MILITAR "APTO A" E COM DOCUMENTO SANITÁRIO DE ORIGEM (DSO).

a. Parecer:

Apto "A". Há (não há) relação de causa e efeito entre o diagnóstico _____ e o acidente em serviço (ou as condições inerentes ao serviço militar).

b. Observações:

1) Parecer exarado de acordo com o previsto no nr 1) do caput do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966; e

2) O parecer "Apto A" significa que o inspecionado satisfaz os requisitos regulamentares, possuindo boas condições de robustez física, podendo apresentar pequenas lesões, defeitos físicos ou doenças, desde que compatíveis com o Serviço Militar; e

3) Convém realizar apenas as atividades previstas no Grupo ___ do Anexo W À estas Normas.

13.3.3 – PARA MILITAR "INCAPAZ B1", SEM DOCUMENTO SANITÁRIO DE ORIGEM (DSO):

a. Parecer:

Incapaz "B1".

b. Observações:

1) Parecer exarado de acordo com o previsto no nr 2) do caput do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966;

2) O parecer "Incapaz B1" significa que o inspecionado encontra-se incapaz temporariamente, podendo ser recuperado a curto prazo (até um ano);

3) O inspecionado deverá manter tratamento, após sua desincorporação, em organização militar de saúde, até sua cura, conforme previsto no art 149 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966;

4) O inspecionado não é portador de documento que registre a ocorrência, durante a prestação do serviço militar, de acidente ou doença contraídos em função militar; e

5) A doença ou defeito físico pré-existia (não pré-existia) à data da incorporação;

6) Deverá ser submetido a nova inspeção de saúde em _____ dias (no máximo 90 dias por vez); e

7) O parecer de incapacidade temporária refere-se única e exclusivamente aos requisitos para prestação do serviço militar, sem implicação quanto à aptidão ou incapacidade para exercício de atividades laborativas civis ou

8) O parecer de incapacidade temporária refere-se aos requisitos para prestação do serviço militar, e também de incapacidade temporária para exercício de atividades laborativas civis

13.3.4 – PARA MILITAR "INCAPAZ B1", COM DSO:

a. Parecer:

Incapaz "B1". Há (não há) relação de causa e efeito entre o diagnóstico _____ e o acidente em serviço (ou as condições inerentes ao serviço militar).

b. Observações:

1) Deverá ser submetido a nova inspeção de saúde em _____ dias (no máximo 90 dias por vez); e

2) O parecer "Incapaz B1" significa que o inspecionado encontra-se incapaz temporariamente, podendo ser recuperado a curto prazo (até um ano).

13.3.5 – PARA MILITAR "INCAPAZ B2", SEM DSO:

a. Parecer:

Incapaz "B2".

b. Observações:

1) Parecer exarado de acordo com o previsto no nr 3) do caput do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966;

2) O parecer "Incapaz B2" significa que o inspecionado encontra-se temporariamente incapaz, podendo ser recuperado, porém sua recuperação exige um prazo longo (mais de um ano) e as lesões, defeitos ou doenças de que é portador, desaconselham sua incorporação ou matrícula;

3) O inspecionado deverá manter tratamento, após sua desincorporação, em organização militar de saúde, até sua cura, conforme previsto no art 149 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966;

4) O inspecionado não é portador de documento que registre a ocorrência, durante a prestação do serviço militar, de acidente ou doença contraídos em função militar;

5) quando no serviço militar inicial (EV), acrescentar: a doença ou defeito físico pré-existia (não pré-existia) à data da incorporação; e

6) O parecer de incapacidade temporária refere-se única e exclusivamente aos requisitos para prestação do serviço militar, sem implicação quanto à aptidão ou incapacidade para exercício de atividades laborativas civis; ou

7) O parecer de incapacidade temporária refere-se aos requisitos para prestação do serviço militar, e também de incapacidade temporária para exercício de atividades laborativas civis.

13.3.6 – PARA MILITAR "INCAPAZ B2", COM DSO E RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO:

a. Parecer:

Incapaz "B2". Há (não há) relação de causa e efeito entre o diagnóstico _____ e o acidente em serviço (ou as condições inerentes ao serviço militar).

b. Observações:

1) Parecer exarado de acordo com o previsto no nr 3) do caput do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966;

2) O parecer "Incapaz B2" significa que o inspecionado encontra-se temporariamente incapaz, podendo ser recuperado, porém sua recuperação exige um prazo longo (mais de um ano) e as lesões, defeitos ou doenças de que é portador, desaconselham sua incorporação ou matrícula; e

3) Deverá ser submetido a nova inspeção de saúde em _____ dias (no máximo 90 dias por vez).

13.3.7 – PARA MILITAR "INCAPAZ C", SEM DSO, NÃO SENDO INVÁLIDO

a. Parecer:

Incapaz "C". Não é inválido.

b. Observações:

1) Parecer exarado de acordo com o previsto no nr 4) do caput do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966;

2) O parecer "Incapaz C" significa que o inspecionado é incapaz definitivamente (irrecuperável), por apresentar lesão, doença ou defeito físico considerado incurável e incompatível com o Serviço Militar;

3) O parecer de incapacidade definitiva refere-se única e exclusivamente aos requisitos para prestação do serviço militar, sem implicação quanto à aptidão ou incapacidade para exercício de atividades laborativas civis (não é inválido);

4) O inspecionado deverá manter tratamento, após sua desincorporação, em organização militar de saúde, até sua cura ou estabilização do quadro, conforme previsto no art 149 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966; e

5) O inspecionado não é portador de documento que registre a ocorrência, durante a prestação do serviço militar, de acidente ou doença contraídos em atividade militar.

6) A doença ou defeito físico pré-existia (não pré-existia) à data da incorporação.

13.3.8 – PARA MILITAR "INCAPAZ C", COM DSO E NÃO SENDO INVÁLIDO

a. Parecer:

Incapaz "C". Não é inválido. Há (não há) relação de causa e efeito entre o diagnóstico _____ e o acidente em serviço (ou as condições inerentes ao serviço militar).

b. Observações:

I - Caso não haja relação de causa e efeito, o AMP deverá fazer constar no campo "Observações" a seguinte expressão:

1) Parecer exarado de acordo com o previsto no nr 4) do caput do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966;

2) O parecer "Incapaz C" significa que o inspecionado é incapaz definitivamente (irrecuperável), por apresentar lesão, doença ou defeito físico considerado incurável e incompatível com o Serviço Militar;

3) O parecer de incapacidade definitiva refere-se única e exclusivamente aos requisitos para prestação do serviço militar, sem implicação quanto à aptidão ou incapacidade para exercício de atividades laborativas civis (não é inválido);

4) O inspecionado deverá manter tratamento, após sua desincorporação, em organização militar de saúde, até sua cura ou estabilização do quadro, conforme previsto

no art 149 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966.

II – Caso haja relação de causa e efeito, deverá constar:

1) Parecer exarado de acordo com o previsto no nr 4) do caput do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966;

2) A incapacidade está enquadrada no inciso I (ou II ou III ou IV) do Art 108 da Lei nº 6.880/80; e

3) O DSO preenche (não preenche) as formalidades legais.

13.3.9 – PARA MILITAR "INCAPAZ C", POR DOENÇA OU ACIDENTE OU DEFEITO FÍSICO SEM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM FUNÇÃO MILITAR, SEM DSO E CONSIDERADO INCAPAZ, TAMBÉM, PARA ATIVIDADES CIVIS (INVÁLIDO).

a. Parecer:

Incapaz "C". É inválido.

b. Observações:

1) Parecer exarado de acordo com o previsto no nr 4) do caput do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966; e

2) A invalidez está enquadrada no inciso V (ou VI) do Art 108 da Lei nº 6.880/80.

13.3.10 – PARA MILITAR "INCAPAZ C", POR DOENÇA OU ACIDENTE OU DEFEITO FÍSICO COM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM FUNÇÃO MILITAR, COM DSO E CONSIDERADO INCAPAZ, TAMBÉM, PARA ATIVIDADES CIVIS (INVÁLIDO).

a. Parecer:

Incapaz "C". É inválido. Há relação de causa e efeito entre o diagnóstico _____ e o acidente em serviço (ou as condições inerentes ao serviço militar)

b. Observações:

1) Parecer exarado de acordo com o previsto no nr 4) do caput do art 52 do Regulamento da Lei do Serviço Militar (RLSM), Decreto-Lei nr 57.654, de 20 de janeiro de 1966;

2) A invalidez está enquadrada no inciso III (ou IV) do Art 108 da Lei nº 6.880/80.

13.4 – OBSERVAÇÃO

A inspeção de saúde para saída ou permanência no serviço ativo será válida para promoção de militares temporários desde que dentro de seu prazo de validade (12 meses).

VOLUME XIV

DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

14.1 - ALIENAÇÃO MENTAL

14.1.1 – CONCEITUAÇÃO

14.1.1.1 Considera-se alienação mental o estado mental conseqüente a uma doença psíquica em que ocorre uma deterioração dos processos cognitivos, de caráter transitório ou permanente, de tal forma que o indivíduo acometido torna-se incapaz de gerir sua vida social. Assim, um indivíduo alienado mental é incapaz de responder legalmente por seus atos na vida social, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido, por isso, de qualquer atividade funcional, devendo ser obrigatoriamente interditado judicialmente. Em alguns casos, torna-se necessária a sua internação em hospitais especializados visando, com o tratamento, a sua proteção e a da sociedade.

14.1.1.2 A convivência social exige regras e regulamentos necessários para disciplinar as relações entre os indivíduos de uma sociedade. A ética, de um modo geral, padroniza o comportamento das pessoas inseridas num determinado contexto social. Considerar um indivíduo como alienado mental é decretar sua morte social, já que a interdição ou curatela é uma sentença de morte social. Se pensarmos que o que caracteriza o homem como ser social é sua inserção na sociedade na condição de participante de um pacto social, no qual os indivíduos se obrigam (por força de lei) ao respeito mútuo, à observância de direitos e deveres para com a sociedade, um alienado mental está excluído de tal definição de homem. É a força da lei que intima os indivíduos a uma postura de respeito aos seus pares na vida social. Aplicar a lei, quando diante de um ato ilícito, significa reconvocar o indivíduo infrator ao mundo dos homens; significa não permitir a "lei da selva", em que tudo pode; significa não permitir um retorno à animalidade. A aplicação da lei é uma exigência e uma necessidade que o homem se impõe se quer pensar-se homem. Aqui, trata-se da necessidade como conceito de lógica, isto é, aquilo que não pode ser de outra forma. O alienado mental, ou seja, o indivíduo destacado e estranho à sua própria mente, é também um indivíduo estranho e destacado da sociedade, isto é, deixa de fazer parte dela ao ser impedido de submeter-se aos desígnios da lei. Deixa de ser sujeito de suas ações para tornar-se objeto das ações de outros.

14.1.1.3 - A definição de alguém como alienado mental exige uma enorme responsabilidade do médico-perito. Para além das benesses pecuniárias que o enquadramento possa acenar, deve, antes de tudo, o perito examinar e refletir sobre a sentença que estará aplicando: a exclusão de um indivíduo do mundo dos homens e sua alienação num mundo à parte.

14.1.1.4 - Nunca é demais lembrar a possibilidade de se recorrer a uma simples procuração quando um indivíduo se encontra impossibilitado de gerir sua vida econômica (nas fases críticas de quadro psicótico, por exemplo). A curatela deve deixar-se exclusivamente

para os casos em que não há possibilidade de recuperação da faculdade de juízo por parte do doente, ou a crise se mostra tão intensa que indica a necessidade de interdição.

14.1.1.5 - Mesmo diante de quadros psicóticos graves (esquizofrenia, psicose bipolar, paranóia, por exemplo) ou quadros confusionais com grandes alterações da consciência (infecciosos, vasculares, tóxicos, degenerativos ou mistos), o perito deve examinar e avaliar com bastante rigor se é conveniente e apropriado o enquadramento do indivíduo como alienado mental. O simples diagnóstico de tais quadros não é indicativo de enquadramento.

14.1.1.6 - Os AMP poderão identificar alienação mental no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, estejam satisfeitas todas as condições a seguir discriminadas:

a. seja enfermidade mental ou neuromental;

b. seja grave e persistente;

c. seja refratária aos meios habituais de tratamento;

d. provoque alteração completa ou considerável da personalidade;

e. comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, com destruição da autodeterminação e do pragmatismo;

f. torne o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho; e

g. haja um nexo sintomático entre o quadro psíquico e a personalidade do indivíduo.

14.1.2 - QUADROS CLÍNICOS QUE CURSAM COM A ALIENAÇÃO MENTAL

14.1.2.1 - São necessariamente casos de alienação mental:

a. estados de demência;

b. psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;

c. paranóia e parafrenia nos estados crônicos; e

d. oligofrenias graves.

14.1.2.2 - São excepcionalmente considerados casos de alienação mental:

a. psicoses afetivas, mono ou bipolar, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada freqüência de repetição fásica, ou, ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível de personalidade;

b. psicoses epilépticas, quando caracterizadamente cronificadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada freqüência de surtos psicóticos; e

c. psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência.

14.1.2.3 – NÃO SÃO CASOS DE ALIENAÇÃO MENTAL:

a. transtornos neuróticos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos;

b. transtornos da identidade e da preferência sexual;

c. alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica;

d. oligofrenias leves e moderadas;

e. psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao estresse); e

f. psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis).

14.1.3 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.1.3.1 Os profissionais que lidam com a doença mental sabem o quanto é difícil se estabelecer critérios rígidos e objetivos na avaliação dos casos psiquiátricos que chegam para exame médico-pericial, seja na hora de estabelecer um prazo de licença, seja para definir uma reforma/aposentadoria, as dificuldades são enormes. Porém, é importante aprimorarmos cada vez mais esses critérios, de tal forma que nossas decisões sejam embasadas em limites técnico-científicos evitando o "subjetivismo" nas decisões médico-periciais.

14.1.3.2 Nos casos das neuroses, devem ser evitadas as licenças prolongadas, que não trazem qualquer benefício clínico para o paciente. Ao indivíduo acometido com um quadro neurótico, deve ser sugerido um tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso, sem que abandone suas atividades laborativas. Nunca é demais lembrar que a neurose só tende a cristalizar-se quando o indivíduo aufere ganhos com sua doença. Se a licença é para tratamento de saúde, nos casos de neuroses, o comportamento paternalista, ou melhor, "maternalista", por parte do perito, ao invés de ajudar, prejudica a saúde do inspecionado. Trabalho não é causa de doença neurótica e nem aumenta a neurose de ninguém. Por outro lado, os sintomas neuróticos tendem a aumentar quando o inspecionado é contemplado com licenças longas e desnecessárias, beneficiando-se, assim, da sua doença.

14.1.3.3 Os AMP deverão "preservar-se contra uma exagerada admissão de irresponsabilidade" (N. Hungria) e identificar, no quadro clínico de alienação mental, os seguintes elementos:

a. transtorno intelectual: atinge as funções mentais em conjunto e não apenas algumas delas;

b. falta de autoconsciência: o indivíduo ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;

c. inadaptabilidade: o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do indivíduo em relação às regras que disciplinam a vida normal em sociedade; e

d. ausência de utilidade: a perda da adaptabilidade redunda em prejuízo para o indivíduo e para a sociedade (Beca Soto).

14.1.3.4 Os AMP, para maior clareza e definição imediata da situação do inspecionando, deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos laudos declaratórios da invalidez do portador de alienação mental os seguintes dados:

a. diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), edição aprovada para uso nas Forças Armadas;

b. modalidade fenomênica;

c. estágios evolutivos; e

d. a expressão "alienação mental" entre parênteses.

14.1.3.5 Se os laudos concluírem por alienação mental deverão ser firmados em diagnósticos que não se confundam com os quadros de reações psíquicas isoladas, intercorrências psicoreativas e distúrbios orgânicos subjacentes, dos quais sejam simples epifenômenos.

14.1.3.6 A simples menção do grau ou intensidade da enfermidade não esclarece a condição de "alienação mental" se não estiver mencionado o estágio evolutivo da doença.

14.1.3.7 Não poderão ser emitidos laudos de alienação mental com base em diagnóstico de enfermidade psiquiátrica aguda.

14.1.3.8 Os AMP deverão, explicitamente, fazer constar nos laudos das inspeções de saúde a ausência de alienação mental quando a doença do examinado determinar a sua invalidez, mas não se enquadrar nos parâmetros que definam "alienação mental".

14.1.3.9 A alienação mental é condição que determina a invalidez.

14.1.3.10 Os AMP, ao concluírem seus laudos com um diagnóstico subordinado ao conceito de alienação mental, deverão encaminhar o inspecionando ao órgão competente de sua Força para condução da medida legal conveniente ao caso: medida de segurança, interdição, administração provisória e outros casos, na forma prevista em Lei.

14.1.3.11 A medida legal superveniente à conclusão das Juntas de Inspeção de Saúde complementará, indispensavelmente, o processo administrativo de reforma (ou aposentadoria) do inspecionando portador de alienação mental.

14.1.4 – CONSIDERAÇÕES A SEREM OBSERVADAS PELOS AMP

14.1.4.1 As patologias psiquiátricas estão divididas em dois grandes grupos-base:

a. Transtornos psiquiátricos estruturais – são os que tem um substrato orgânico com base anatomoclínica e causas conhecidas. Entre eles, temos as psicoses (esquizofrenia e transtornos de humor/afetivos), as demências e as epilepsias com comprometimento psiquiátrico; e

b. Transtornos psiquiátricos não-estruturais – são os que não tem substrato orgânico, nem base anatomoclínica. São exemplos deste grupo os transtornos neuróticos (transtorno do estresse, os casos de estresse pós-traumático, os distúrbios somatoformes, a ansiedade, as fobias e a depressão neurótica).

14.1.4.2 Na perícia psiquiátrica, o grupo de doenças psiquiátricas estruturais representará benefícios prolongados, no mais das vezes levando à reforma ou aposentadoria precoce (a esquizofrenia eclode na juventude). Também serão os casos de benefícios de amparo social.

14.1.4.3 O perito médico é o profissional especializado que tem a função de avaliar as condições de saúde do periciado, correlacionando estas condições com a existência de incapacidade laboral e, caso esta incapacidade exista, definir objetivamente o grau de incapacidade e o tempo de afastamento pertinente ao quadro incapacitante, sempre relacionado com a atividade laborativa e com a legislação própria.

14.1.5 – PERÍCIA PSIQUIÁTRICA E SIMULAÇÃO

A simulação existe em todas as áreas periciais. A Psiquiatria também tem grandes problemas com este tipo de conduta. Na área previdenciária, os simuladores, na quase totalidade, o são na área psiquiátrica. Há que se ter, por parte do perito, muito conhecimento, zelo e cuidado, pois o número de pessoas que vem procurar o ganho secundário forjando ou exagerando doenças é imenso. Esta situação que se repete e se amplia a cada dia, é um fantasma assustador na atividade do AMP.

Temos de ter muito cuidado para não confundir simulação com doenças que se arrastam e tem substrato e agravamento pelo desequilíbrio psíquico por estresse grave, depressão reativa, ansiedade severa. São algumas dessas doenças: neurastenia; transtorno doloroso persistente; fibromialgia; síndrome da fadiga crônica; transtornos conversivos e somatoformes, que tem motivação inconsciente por parte do periciado.

As simulações podem ser definidas como:

a. Simulação pura – ato de falsificar doença ou incapacidade inexistente;

b. Simulação parcial – exagero consciente de sintomas que não existem; e

c. Simulação falsa imputação – é a atribuição de sintomas reais a uma causa conscientemente entendida e que não tem relação com os sintomas.

O simulador tem como objetivo o ganho secundário e/ou reforço/proteção ambiental, que seriam benesses trabalhistas e laborais fincadas em falsas doenças, restritivas ao trabalho habitual.

14.2 - CARDIOPATIA GRAVE

14.2.1 – CONCEITUAÇÃO

14.2.1.1 Conceitua-se como cardiopatia grave no sistema médico-pericial toda aquela que, em caráter permanente, reduz a capacidade funcional do coração e, conseqüentemente, as capacidades físicas e profissionais do inspecionado, a ponto de acarretar alto risco de morte prematura ou impedir o mesmo de exercer definitivamente suas funções, não obstante tratamento médico e/ou cirúrgico em curso.

14.2.1.2 O critério adotado para avaliação funcional do coração baseia-se no consenso nacional sobre cardiolopatia grave, promulgado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, em consonância com a classificação funcional cardíaca adotada pela *New York Heart Association* (NYHA).

14.2.1.3 Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, cientificamente, são os seguintes:

a. anamnese e exame físico do aparelho cardiovascular detalhados minuciosamente;

b. história clínica, com dados evolutivos da doença;

c. exames laboratoriais de sangue (hematologia, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológica), exames de urina e fezes;

d. radiografia de tórax em AP e perfil;

e. eletrocardiograma, em repouso;

f. eletrocardiograma de esforço;

g. eletrocardiografia dinâmica (Holter);

h. mapeamento ambulatorial de pressão arterial (MAPA);

i. ecocardiografia bidimensional com doppler de fluxos valvares;

j. cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;

k. estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco; e

l) cinecoronarioventriculografia.

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

a. síndrome da insuficiência cardíaca congestiva;

b. síndrome da insuficiência coronariana;

c. arritmias complexas e graves;

d. síndrome de hipoxemia e/ou baixo débito sistêmico/cerebral secundários a uma cardiopatia.

14.2.1.5 Dentro do perfil sindrômico exposto, avaliar-se-á como cardiopatia grave as seguintes entidades nosológicas:

a. cardiopatia isquêmica;

b. cardiopatia hipertensiva;

c. miocardiopatias;

d. arritmia cardíaca complexas e graves;

e. "cor pulmonale" crônico;

f. cardiopatia congênita;

g. valvulopatia; e

h. hipertensão arterial sistêmica com cifras altas e complicadas, com lesões irreversíveis em órgão-alvo: cérebro, rins, olhos e vasos arteriais.

14.2.1.6 São, ainda, consideradas cardiopatias graves:

a. as cardiopatias agudas que, habitualmente rápidas em sua evolução, tornarem-se crônicas, caracterizando uma cardiopatia grave, ou as que evoluírem para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais; e

b. as cardiopatias crônicas, quando limitarem, progressivamente, a capacidade física, funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação) e profissional, não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando induzirem à morte prematura.

14.2.1.7 Os achados fortuitos em exames complementares especializados não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave se não estiverem vinculados aos elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença cardíaca incapacitante.

14.2.1.8 Em algumas condições, um determinado item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção < 0,35); porém, na grande maioria dos casos, a princípio é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares, para melhor conceituá-la.

14.2.1.9 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 normal não provoca fadiga acentuada, palpitação, dispnéia, nem angina de peito.
CLASSE II	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta leve limitação à atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina de peito.
CLASSE III	Pacientes portadores de doença cardíaca que acarreta acentuada limitação da atividade física. Esses se sentem bem em repouso, embora acusem fadiga,

	dispnéia, palpitações ou angina de peito quando efetuam pequenos esforços.
CLASSE IV	Pacientes com doença cardíaca que acarreta incapacidade para exercer qualquer atividade física. Os sintomas de fadiga, palpitação, dispnéia ou angina de peito existem mesmo em repouso e se acentuam com qualquer atividade.

14.2.2 – CARACTERIZAÇÃO DE CARDIOPATIA GRAVE EM CARDIOPATIA ISQUÊMICA

14.2.2.1 – QUADRO CLÍNICO

a. angina, Classes III e IV, da NYHA e da Canadian Cardiovascular Society, apesar de responder à terapêutica;

b. manifestações clínicas de insuficiência cardíaca; e

c. arritmias (associar com dados do ECG e do Holter).

14.2.2.2 – ELETROCARDIOGRAMA (REPOUSO)

a. zona elétrica inativa (localização e magnitude);

b. alterações isquêmicas de ST-T;

c. distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular;

d. hipertrofia ventricular esquerda;

e. fibrilação atrial crônica; e

f. arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).

14.2.2.3 – RADIOGRAFIA DO TÓRAX

a. cardiomegalia; e

b. congestão venocapilar pulmonar.

14.2.2.4 – TESTE ERGOMÉTRICO

a. limitação da capacidade funcional (<5 MET);

b. angina, em carga baixa (<5MET);

c. infradesnível do segmento ST:

1) precoce (carga baixa);

2) acentuado ($\geq$3mm);

3) morfologia horizontal ou descendente;

4) múltiplas derivações; e

5) duração prolongada (> 6 min no período de recuperação);

d. supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio;

e. comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD ≥ 30 mm Hg);

f. insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da freqüência cardíaca);

g. sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço; e

h. arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.

14.2.2.5 – CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA ASSOCIADA A TESTE ERGOMÉTRICO (TÁLIO, MIBI, TECNÉCIO)

a. defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias);

b. dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço;

c. hipercaptação pulmonar;

d. fração de ejeção (FE) em repouso menor ou igual a 0,35 (valor específico para o método);

e. comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%); e

f. motilidade parietal regional ou global anormal.

14.2.2.6 – CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA ASSOCIADA A DIPIRIDAMOL E OUTROS FÁRMACOS

Interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico.

14.2.2.7 – ECOCARDIOGRAMA (EM REPOUSO)

a. fração de ejeção menor ou igual a 0,40 (valor específico para o método);

b. alterações segmentares da contratilidade ventricular;

c. dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda; e

d. complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

14.2.2.8 – ECOCARDIOGRAMA ASSOCIADO A ESFORÇO OU PROCEDIMENTOS FARMACOLÓGICOS

a. aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso;

b. acentuação das alterações de contratilidade preexistentes; e

c. comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%).

14.2.2.9 – ELETROCARDIOGRAFIA DINÂMICA (HOLTER)

a. alterações isquêmicas (ST-T) associadas à dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda;

b. isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração);

c. arritmias ventriculares complexas;

d. fibrilação atrial associada à isquemia; e

e. distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia;

14.2.2.10 – CINECORONARIOVENTRICULOGRAFIA

a. lesão de tronco de coronária esquerda maior ou igual a 50%;

b. lesões triarteriais moderadas a importantes (maior ou igual a 70% do terço proximal ou médio), e, "eventualmente" do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida;

c. lesão bi ou uniarterial menor ou igual a 70%, com grande massa miocárdica em risco;

d. lesões ateromatosas extensas e difusas;

e. fração de ejeção menor ou igual a 0,40;

f. hipertrofia ventricular esquerda e dilatação ventricular esquerda;

g. áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia;

h. aneurisma de ventrículo esquerdo; e

i. complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

14.2.2.11 – FATORES DE RISCO E CONDIÇÕES ASSOCIADAS

a. idade maior ou igual a 70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; e

b. vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico).

14.2.2.12 – PÓS-INFARTO DO MIOCÁRDIO

a. disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia);

b. isquemia à distância (em outra área que não a do infarto);

c. arritmias ventriculares complexas;

d. idade avançada; e

e. condições associadas.

14.2.3 – CARACTERIZAÇÃO DE CARDIOPATIA GRAVE EM CARDIOPATIA HIPERTENSIVA

A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

a. hipertensão essencial ou hipertensão secundária;

b. hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou ecocardiograma, que não regride com o tratamento;

c. disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção menor ou igual a 0, 40;

d. arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial; e

e. cardiopatia isquêmica associada.

14.2.4 – CARACTERIZAÇÃO DE CARDIOPATIA GRAVE EM MIOCARDIOPATIAS

14.2.4.1 – MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA

A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

a. história familiar de morte súbita;

b. indivíduo sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica;

c. diagnóstico na infância (baixa idade);

d. hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T;

e. cardiomegalia;

f. disfunção ventricular esquerda sistólica e/ou diastólica;

g. fibrilação atrial;

h. síndrome de Wolff-Parkinson-White;

i. arritmias ventriculares complexas;

j. regurgitação mitral importante;

k. doença arterial coronária associada; e

l. forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50 mm Hg.

14.2.4.2 – MIOCARDIOPATIA DILATADA

Caracterizada por:

a. história de fenômenos tromboembólicos;

b. cardiomegalia importante;

c. ritmo de galope (B3);

d. insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);

e. fração de ejeção menor ou igual a 0,30;

f. fibrilação atrial;

g. arritmias ventriculares complexas; e

h. distúrbios da condução intraventricular.

14.2.4.3 – MIOCARDIOPATIA RESTRITIVA (ENDOMIOCARDIOFIBROSE, FIBROELASTOSE)

A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

a. história de fenômenos tromboembólicos;

b. cardiomegalia;

c. insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);

d. envolvimento do ventrículo direito ou biventricular;

e. fibrose acentuada; e

f. regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.

14.2.4.4 – CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA

A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

a. história de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos;

b. cardiomegalia acentuada;

c. insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);

d. fibrilação atrial;

e. arritmias ventriculares complexas;

f. bloqueio bi ou trifascicular sintomático; e

g. bloqueio atrioventricular de grau avançado.

14.2.5 – CARACTERIZAÇÃO DE CARDIOPATIA GRAVE NAS ARRITMIAS CARDÍACAS

Constituem características de maior gravidade:

a. disfunção do nó sinusal, sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmia, especialmente em presença de síndrome bradi-taquiarritmia;

b. bradiarritmias:

1) bloqueio atrioventricular (BAV) do 2° grau, tipo II, ou BAV avançado;

2) bloqueio atrioventricular total:

(a) sintomático;

(b) com resposta cronotrópica inadequada ao esforço;

(c) com cardiomegalia progressiva; e

(d) com insuficiência cardíaca;

3) fibrilação atrial com resposta ventricular baixa; e

4) bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca);

c) taquiarritmias:

1) taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia; e

2) taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos) de qualquer etiologia e desencadeadas por qualquer mecanismo;

d) síndrome de preexcitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos; e

e) portadores de marcapasso cardíaco definitivo (anti-bradi ou anti-taquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

14.2.6 – CARACTERIZAÇÃO DE CARDIOPATIA GRAVE NO "COR PULMONALE" CRÔNICO

Constituem características de maior gravidade:

14.2.6.1 – QUADRO CLÍNICO

a. manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);

b. insuficiência cardíaca direita;

c. dores anginosas;

d. crises sincopais;

e. hiperfonese canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar; e

f. galope ventricular direito (B3) - PO2 < 60 mm Hg; PCO2 > 50 mm Hg.

14.2.6.2 – ELETROCARDIOGRAMA

Sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.

14.2.6.3 – ECOCARDIOGRAFIA

a. hipertrofia ventricular direita, com disfunção diastólica e/ou sistólica;

b. grande dilatação do átrio direito;

c. pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, maior ou igual a 60 mm Hg;

d. insuficiência tricúspide importante; e

e. inversão do fluxo venoso na sístole atrial.

14.2.6.4 – ESTUDOS HEMODINÂMICOS

a. dilatação do tronco da artéria pulmonar;

b. dilatação do ventrículo direito;

c. dilatação do átrio direito;

d. pressão na artéria pulmonar maior ou igual a 60 mm Hg;

e. pressão no átrio direito maior ou igual a 15 mm Hg;

f. insuficiência pulmonar; e

g. insuficiência tricúspide.

14.2.7 – CARACTERIZAÇÃO DE CARDIOPATIA GRAVE NAS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

São consideradas graves as que apresentam:

14.2.7.1 – DO PONTO DE VISTA CLÍNICO

a. crises hipoxênicas;

b. insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);

c. hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; e

d. arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

14.2.7.2 – DO PONTO DE VISTA ANATÔMICO

a. doença arterial pulmonar;

b. necrose miocárdica, por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias;

c. drenagem anômala total infracardíaca ou origem das artérias coronárias;

d. drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas;

e. hipotrofia ventricular direita;

f. agenesias valvares (pulmonar e aórtica);

g. hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral;

h. hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;

i. estenose mitral;

j. transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações;

k. ventrículos únicos com atresias valvares;

l. ectopias cardíacas com alterações múltiplas; e

m. cardiopatias complexas.

14.2.8 – CARACTERIZAÇÃO DE CARDIOPATIA GRAVE EM VALVOPATIAS

14.2.8.1 – INSUFICIÊNCIA MITRAL

Caracterizada por:

a. quadro clínico:

1) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);

2) frêmito sistólico palpável na região da ponta;

3) primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética, no foco mitral;

4) sopro holossistólico, no foco mitral, de intensidade > 3/6, com irradiação em faixa ou círculo;

5) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar; e

6) desdobramento amplo e constante da segunda bulha, no foco pulmonar;

b. eletrocardiograma:

1) sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas; e

2) fibrilação atrial;

c) estudo radiológico:

1) aumento acentuado da área, com predominância das cavidades esquerdas;

2) sinais de congestão venocapilar pulmonar; e

3) sinais de hipertensão pulmonar;

d) ecocardiograma:

1) presença de jato regurgitante, de grande magnitude;

2) comprometimento progressivo da função ventricular sistólica;

3) aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo;

4) inversão do fluxo sistólico, em veia pulmonar; e

5) sinais de hipertensão pulmonar;

e) hemodinâmica e angiografia:

1) onda "v" com valor maior ou igual a 3 (três) vezes, em relação à média do capilar pulmonar;

2) opacificação do átrio esquerdo igual ou superior que a do ventrículo esquerdo: Graus III e IV da classificação de Sellers; e

3) fração de regurgitação maior ou igual a 60% (FR = volume de regurgitação/volume sistólico total).

14.2.8.2 – ESTENOSE MITRAL

Caracterizada por:

a. quadro clínico:

1) história de comissurotomia mitral prévia;

2) fenômenos tromboembólicos;

3) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);

4) episódios de edema pulmonar agudo;

5) escarros hemópticos;

6) fibrilação atrial;

7) estalido de abertura da valva mitral precoce;

8) impulsão sistólica do ventrículo direito;

9) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar; e

10) sinais de insuficiência tricúspide;

b. eletrocardiograma:

1) fibrilação atrial; e

2) sinais de sobrecarga de câmaras direitas;

c. estudo radiográfico:

1) inversão do padrão vascular pulmonar;

2) sinais de hipertensão venocapilar pulmonar; e

3) sinais de hipertensão arteriolar pulmonar;

d. ecocardiograma:

1) área valvar < 1,0 cm^2;

2) tempo de ½ pressão > 200 ms;

3) gradiente transvalvar mitral médio > 15 mm Hg;

4) sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mm Hg); e

5) presença de trombo, no átrio esquerdo;

e. hemodinâmica:

1) área valvar < 1,0 cm²;

2) gradiente diastólico mitral médio > 15 mm Hg;

3) pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo > 20 mm Hg; e

4) pressão sistólica de artéria pulmonar > 50 mm Hg.

14.2.8.3 – INSUFICIÊNCIA AÓRTICA

Caracterizada por:

a. quadro clínico:

1) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);

2) manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);

3) síndrome de Marfan associada;

4) presença de galope ventricular (B3);

5) sopro de Austin-Flint, na ponta;

6) *ictus* hipercinético, deslocado externamente;

7) pressão distólica próxima a zero; e

8) queda progressiva da pressão arterial sistólica;

b. eletrocardiograma:

1) sinais de sobrecarga ventricular esquerda, com onda T negativa, em precordiais esquerdas;

2) sinais de sobrecarga atrial esquerda; e

3) fibrilação atrial;

c. estudo radiográfico:

1) aumento importante da área cardíaca, com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em "bota");

2) dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente; e

3) dilatação do átrio esquerdo;

d. ecocardiograma:

1) jato regurgitante Ao/VE largo e extenso;

2) fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente;

3) abertura valvar mitral, ocorrendo somente com a sístole atrial;

4) piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda; e

5) queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço;

e. medicina nuclear associada a teste ergométrico

1) comportamento anormal da fração de ejeção;

f. hemodinâmica e angiografia:

1) baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoventriculares;

2) pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (maior ou igual a 20 mm Hg);

3) opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (Graus III e IV de Sellers); e

4) fração de regurgitação igual ou maior do que 60%.

14.2.8.4 – ESTENOSE AÓRTICA

Caracterizada por:

a. quadro clínico:

1) sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);

2) angina de peito;

3) presença de terceira bulha;

4) insuficiência cardíaca;

5) pressão arterial diferencial reduzida;

6) pico tardio de intensidade máxima do sopro;

7) desdobramento paradoxal da segunda bulha; e

8) fibrilação atrial;

b. eletrocardiograma:

1) sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnivelamento de ST e onda T negativa, em precordiais esquerdas;

2) sobrecarga atrial esquerda;

3) fibrilação atrial;

4) arritmias ventriculares; e

5) bloqueio atrioventricular total;

c. ecocardiograma:

1) área valvar menor ou igual a 0,75 cm²;

2) gradiente médio de pressão transvalvar aórtica maior ou igual a 50 mm Hg;

3) gradiente máximo maior ou igual a 70 mm Hg; e

4) sinais de hipocinesia ventricular esquerda;

d. hemodinâmica:

1) área valvar igual ou menor a 0,75 cm²;

2) hipocinesia ventricular esquerda; e

3) coronariopatia associada.

14.2.8.5 – PROLAPSO VALVAR MITRAL

Caracterizada por:

a. história familiar de morte súbita;

b. história de síncope;

c. fenômenos tromboembólicos;

d. síndrome de Marfan associada;

e. arritmias ventriculares complexas;

f. fibrilação atrial;

g. disfunção ventricular esquerda;

h. regurgitação mitral importante;

i. prolapso valvar tricúspide associado;

j. cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas); e

l. rotura de cordoalhas tendíneas.

14.2.9 – CARACTERIZAÇÃO DE CARDIOPATIA GRAVE EM TUMORES CARDÍACOS

a. Tumores malignos - Deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento da neoplasia maligna.

b. Tumores benignos, com alterações funcionais irreversíveis.

14.2.10 – PROCEDIMENTOSS PERICIAIS

14.2.10.1 Os portadores de lesões cardíacas que se enquadrem nas especificações dos Graus III ou IV da avaliação de capacidade funcional descrita no item 14.2.1.9 destas Normas serão considerados como portadores de cardiopatia grave pelos AMP.

14.2.10.2 Os portadores de lesões cardíacas que se enquadrem nas especificações dos Graus I e II da avaliação de capacidade funcional descrita no item 14.2.1.9 destas Normas, e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a eficiência funcional, somente serão considerados incapazes por cardiopatia grave quando, fazendo uso de terapêutica específica, e depois de esgotados todos os recursos terapêuticos, houver progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico evolutivo e exames subsidiários.

14.2.10.3 A idade do indivíduo, sua atividade profissional e a incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de lesões cardíacas, a que se refere o item 14.2.10.2 destas Normas.

14.2.10.4 Os portadores de lesões cardíacas susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, serão reavaliados após a cirurgia e considerados incapacitados se enquadrados nos itens 14.2.10.1 e/ou 14.2.10.2 destas Normas.

14.2.10.5 Os portadores de hipertensão arterial secundária, passível de tratamento cirúrgico, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional reavaliada após o tratamento da doença hipertensiva.

14.2.10.6 Os portadores de valvulopatias susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional reavaliada após a correção, salvo se as alterações cardiovasculares, pela longa evolução ou gravidade, forem consideradas irreversíveis ou comprometedoras da atividade funcional.

14.2.10.7 As arritmias graves, comprovadas eletrocardiograficamente, resistentes ao tratamento, ou cursando com episódios tromboembólicos, serão consideradas como cardiopatia grave, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de alterações cardiovasculares.

14.2.10.8 Os AMP somente enquadrarão os indivíduos como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, devendo aguardar o tratamento especializado por até 24 (vinte e quatro) meses.

14.2.10.9 Os AMP poderão fazer o enquadramento de cardiopatia grave, dispensando o prazo de observação e tratamento citado no item 14.2.10.8 destas Normas, nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com mau prognóstico, a curto prazo, desde que claramente comprovada por documentação médica.

14.2.10.10 Os laudos dos AMP deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), e a afirmação ou negação de cardiopatia grave para o enquadramento legal da lesão incapacitante.

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

14.3 – CEGUEIRA

14.3.1 – CONCEITUAÇÃO

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

14.3.1.2 São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

a. os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nestas Normas, não susceptíveis de correção óptica nem capazes de serem beneficiados por tratamento médico-cirúrgico; e

b. os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20º, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

14.3.2 – GRAUS DE PERDA PARCIAL DA VISÃO

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

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

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

d. Grau IV: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 1 (um) metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

Serão enquadrados nos Graus II, III e IV os indivíduos que tiverem redução do campo visual, no melhor olho, entre 20º e 10º, entre 10º e 5º, e menor que 5º, respectivamente.

14.3.3 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.3.3.1 Os AMP concluirão pela incapacidade definitiva e invalidez, por cegueira, dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.

14.3.3.2 Os AMP, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela incapacidade definitiva e pela invalidez, por cegueira, em qualquer dos graus descritos no item 14.3.2 destas Normas, dos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, de caráter irreversível, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

14.3.3.3 Os AMP, ao emitirem laudos declaratórios de invalidez de portadores de afecção que os inclua nos graus de diminuição da acuidade visual descritos no item 14.3.2 destas Normas deverão fazer constar entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "é cegueira".

14.3.4 – CONSIDERAÇÕES A SEREM OBSERVADAS PELOS AMP

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

14.3.4.2 Não são considerados incapazes para o serviço do Exército os inspecionados com eficiência visual binocular igual ou superior a 70%.

14.3.5 – AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL – ESCALAS ADOTADAS

14.3.5.1 Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, as Juntas de Inspeção de Saúde adotarão as escalas Snellen e Decimal na avaliação da acuidade visual para longe.

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

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100,0
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/23	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	0,1	10,0

14.3.6 – CÁLCULO DA EFICIÊNCIA VISUAL BINOCULAR (EVB)

A EVB é obtida pela soma dos valores percentuais de visão de cada olho, multiplicados por seus pesos e dividindo-os por 4 (quatro), após a avaliação da acuidade visual de cada olho em separado. É atribuído peso 3 (três) ao percentual de visão do melhor e peso 1 (um) ao percentual de visão do pior olho. Assim, se a eficiência de OD = 90% e de OE = 30%, tem-se:

EVB = (3 X 90% + 1 X 30%) / 4 = 75%.

14.4 – ESPONDILITE ANQUILOSANTE

14.4.1 – CONCEITUAÇÃO

14.4.1.1 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 sacroilíacas e, ascensionalmente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados, resultando rigidez progressiva da coluna. As articulações periféricas também podem ser comprometidas, particularmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

14.4.1.2 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 conseqüência da fusão patológica dos ossos que a constituem.

14.4.1.3 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 Veu-Bechterew, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante e pelvispondilite reumática.

14.4.1.4 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, porém não determinam anquilose.

14.4.2 – PROCEDIMENTO DOS AMP

14.4.2.1 Os AMP somente farão o enquadramento legal dos portadores de espondilite anquilosante quando verificada a incapacidade definitiva para o Serviço Ativo e para todo e qualquer trabalho.

14.4.2.2 Ao firmarem seus laudos, os AMP deverão fazer constar:

a. o diagnóstico nosológico;

b. a citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral; e

c. a citação dos segmentos da coluna vertebral atingidos.

14.4.2.3 Os AMP farão o enquadramento legal, equiparado ao da espondiloartrose anquilosante, aos portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo à mobilidade da coluna vertebral.

14.4.2.4 Os AMP acrescentarão, entre parênteses, a expressão "é espondilite anquilosante", ao concluírem os laudos dos portadores de afecções da coluna vertebral que, por seu grave comprometimento e extensa imobilidade, se tornarem total e permanentemente incapacitados para qualquer trabalho.

14.4.2.5 Os AMP, além dos elementos clínicos de que disponham, deverão, obrigatoriamente, ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

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

b. cintilografia óssea;

c. teste sorológico específico HLA – B27; e

d. tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

14.5 – ESTADOS AVANÇADOS DA DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)

14.5.1 – CONCEITUAÇÃO

14.5.1.1 A doença 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 freqüentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

14.5.1.2 A evolução da doença, que pode acompanhar-se de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, processa-se em duas fases:

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

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

14.5.1.3 Do mesmo modo que as formas avançadas, beneficiam-se também das vantagens da lei as formas complicadas de transformações sarcomatosas.

14.5.2 – CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO AVANÇADO

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

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

b. complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgias; e

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

14.5.3 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.5.3.1 As formas localizadas da doença de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina, ou oligossintomáticas, não serão legalmente enquadradas nessa afecção.

14.5.3.2 As Juntas de Inspeção de Saúde enquadrarão em incapacidade definitiva por estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante) os inspecionados que apresentarem as formas extensas da doença, de acordo com o item 14.5.2 destas Normas.

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

14.5.3.4 Os portadores de estados avançados da doença de Paget serão considerados inválidos.

14.5.3.5 Ao firmarem o diagnóstico, os AMP deverão registrar a extensão das deformidades e partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

14.5.3.6 São considerados exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

a. exame radiológico;

b. dosagem da fosfatase alcalina; e

c. dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

14.6 – HANSENÍASE

14.6.1 – CONCEITUAÇÃO

14.6.1.1 A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), de curso crônico, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

14.6.1.2 Fica proscrita a sinonímia "lepra" nos documentos oficiais dos Serviços de Saúde das Forças Armadas.

14.6.2 – CLASSIFICAÇÃO

14.6.2.1 A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

a. paucibacilares (PB) – baciloscopia negativa:

1) tuberculóide (T); e

2) indeterminada (I) – Mitsuda positiva; e

b. multibacilares (MB) – baciloscopia positiva:

1) virchowiana (V);

2) dimorfa (D); e

3) indeterminada (I) – Mitsuda negativa.

14.6.2.2 O teste de Mitsuda é recomendado para agrupar as formas clínicas I em PB ou MB. A forma clínica I com Mitsuda negativa é potencialmente MB.

14.6.3 – CARACTERÍSTICAS DAS FORMAS CLÍNICAS

14.6.3.1 Hanseníase tuberculóide (T): apresenta lesões tórpidas ou reacionais anestésicas ou hipoestésicas, circunscritas, acompanhadas de anidrose ou hipoidrose e alopécia, com acentuada estabilidade dentro do tipo, a saber:

a. Lesões tórpidas:

1) reação de Mitsuda sempre positiva;

2) o exame bacterioscópico revela ausência de bacilos nas lesões e na linfa cutânea;

3) o exame histológico evidencia a presença de granuloma tipo tuberculóide de células epitelióides, linfócitos e células gigantes tipo Langhans; e

4) o exame clínico identifica as lesões em pápulas e tubérculos bem delimitados, nas quais as micropápulas, numerosas ou únicas, se desenvolvem em pele aparentemente normal ou sobre manchas do grupo indeterminado, ou sobre lesões tuberculóides em reação na fase involutiva. As micropápulas podem ser mais coradas que a pele normal, acastanhadas ou avermelhadas, com tendência a coalescerem. Podem apresentar descamação ptiriônica. Da erupção de novas pápulas resultam hansênides figuradas ou marginadas, anulares, ovais elípticas, bem delimitadas, de centro claro e bordas elevadas. A discreta atrofia na área central indica a progressão centrífuga da hansênide. São freqüentes as neurites (mononeurites), podendo aparecer lesões cutâneas e espessamento dos nervos.

b. Lesões reacionais:

1) reação de Mitsuda positiva;

2) o exame bacterioscópico pode ser positivo;

3) o exame histológico revela o granuloma tuberculóide com edema inter e intracelular; e

4) o exame clínico mostra placas eritemato-violáceas edematosas, escamosas, elevadas, com contornos nítidos, de localização palmoplantar, periorificial da face e occipital, ou tomam as extremidades dos membros à maneira de bota ou luva. As lesões geralmente são polimorfas e os tubérculos e nódulos eitemato-violáceos são sugestivos do diagnóstico.

14.6.3.2 Hanseníase virchowiana (V): apresenta lesões da pele, mucosas, olhos, nervos periféricos (polineurites) e vísceras, sempre tendentes à difusão e expansão.

Suas principais características são:

a. reação de Mitsuda negativa;

b. ao exame bacteriológico: numerosos bacilos e globias nas lesões e na linfa cutânea;

c. ao exame histopatológico: infiltrado perineural, perivascular e periglandular dos histiócitos contendo bacilos, com a formação de globias (células de Virchow - degeneração lipoídica), formando a estrutura hansenomatosa patognomônica; e

d. as lesões cutâneas, em geral anestésicas, consistem em eritema e infiltração difusa, máculas eritemato-pigmentadas acompanhadas de tubérculos e nódulos, formando hansenomas, alopécia (principalmente dos supercílios – madarose), atrofia da pele e músculos, infiltração da face com intumescimento nasal e dos pavilhões auriculares (fácies leonino). No comprometimento das mucosas, é precoce o aparecimento de rinite posterior e destruição do septo nasal. Podem ocorrer, também, lesões viscerais principalmente do fígado, baço e testículos. Os nervos mais comumente atingidos são: cubital, ciático poplíteo externo e auricular magno.

14.6.3.3 Hanseníase indeterminada (I): assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana.

Suas principais características são:

a. reação de Mitsuda positiva ou negativa;

b. bacterioscopia das lesões e linfa negativa;

c. histologicamente apresenta infiltrados discretos de linfócitos e fibroblastos ao redor dos capilares, anexos cutâneos e terminações nervosas; e

d. ao exame clínico encontram-se manchas com alteração da sensibilidade superficial, de bordas imprecisas, hipocrônicas ou ligeiramente eritematosas, acompanhadas de alopécia e distúrbios da sudorese (hipoidrose ou anidrose), isoladas, geralmente planas.

14.6.3.4 Hanseníase dimorfa (D): apresenta lesões cutâneas semelhantes tanto às da forma virchowiana quanto às da forma tuberculóide, e que tendem, freqüentemente, a evoluir para a forma virchowiana na ausência de tratamento.

Suas principais características são:

a. reação de Mitsuda negativa ou fracamente positiva;

b. bacterioscopia da pele fortemente positiva nas lesões fulvas e menos intensa nas lesões semelhantes às da reação tuberculóide;

c. histologicamente, apresenta granulomas tuberculóides e infiltrados de células de Virchow; e

d. clinicamente, as lesões dermatológicas lembram, pelo aspecto e distribuição, as da reação tuberculóide, das quais se distinguem pela imprecisão dos limites externos e pela pigmentação ocre ou ferruginosa, dando uma tonalidade fulva ou acastanhada, própria da hanseníase virchowiana. As lesões, geralmente cervicais, apresentam anestesia, anidrose e alopécia e cursam com surtos eruptivos. Mãos túmidas, cianóticas e com extremidades afiladas.

14.6.4 – PRESCRIÇÕES DIVERSAS

14.6.4.1 Tratamento específico: será eminentemente ambulatorial, mediante esquema-padrão preconizado pela Organização Mundial de Saúde (poliquimioterapia) e aprovado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria no 816, de 26 de julho de 2000.

14.6.4.2 Critérios clínicos de atividades:

a. presença de eritema e/ou infiltração nas lesões;

b. aparecimento de novas lesões;

c. aumento de lesões preexistentes;

d. espessamento e/ou parestesia de nervos ou troncos nervosos previamente normais;

e. paresia ou paralisia de músculo não afetados anteriormente; e

f. surgimento de novas áreas anestésicas.

14.6.5 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.6.5.1 Os portadores de hanseníase indeterminada (I) realizarão tratamento sem afastamento do Serviço Ativo.

14.6.5.2 Os portadores de hanseníase tuberculóide (T) farão o tratamento sem afastamento do Serviço Ativo, com exceção dos casos em que:

a. apresentarem manifestações cutâneas e/ou neurológicas incompatíveis com o desempenho das atividades militares; e

b. cursarem com surtos reacionais.

14.6.5.3 Os portadores de hanseníase virchowiana e dimorfa farão o tratamento afastados, temporariamente, do Serviço Ativo, enquanto permanecerem com as lesões em atividade ou quando evoluírem com surtos reacionais.

14.6.5.4 Os portadores de hanseníase, mesmo nos casos de tratamento sem afastamento do Serviço Ativo, serão submetidos, obrigatoriamente, à inspeção de saúde nas seguintes situações:

a. logo que firmado o diagnóstico;

b. a cada 6 (seis) meses, no máximo, durante o tratamento; e

c. após o término do tratamento.

14.6.5.5 Os inspecionados já curados de hanseníase, mas que apresentarem seqüelas incompatíveis com o desempenho das atividades militares, sem, contudo, determinar invalidez, serão incapacitados sem o enquadramento em hanseníase.

14.6.5.6 Os AMP farão o enquadramento pela incapacidade definitiva para o Serviço do Exército por hanseníase dos inspecionados que:

a. permanecerem com sinais de atividade clínica após completarem o tratamento;

b. tiverem a ocorrência de atividade clínica após a alta por cura, isto é, recidiva; e

c. manifestarem surtos reacionais freqüentes durante o tratamento ou após a cura.

14.6.5.7 Serão considerados inválidos os inspecionados que apresentarem seqüelas invalidantes de hanseníase.

14.6.5.8 Todos os inspecionados portadores de hanseníase, independente do julgamento dos AMP, permanecerão sob rigoroso controle médico e deverão ser submetidos a exames periódicos, determinados pela clínica especializada.

14.7 – MAL DE PARKINSON (DOENÇA DE PARKINSON)

14.7.1 – CONCEITUAÇÃO

14.7.1.1 O mal de Parkinson (doença de Parkinson), também chamado paralisia agitante, é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecida, resultante do comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal e caracterizado pelos seguintes sinais:

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" (Negro); e

c. oligocinesia: diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.

14.7.1.2 Na maioria dos casos não é possível conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou doença de Parkinson, expressão que, por sua maior abrangência e por melhor atender aos conceitos científicos mais modernos sobre a enfermidade, é preferida à de mal de Parkinson, embora esta denominação se mantenha nestas Normas, de conformidade com a Lei.

14.7.1.3 Quando conseqüente a lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas (inclusive medicamentos), endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos é conhecida por síndrome de Parkinson ou parkinsonismo Secundário.

14.7.2 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.7.2.1 Quaisquer das formas clínicas do mal de Parkinson ou do Parkinsonismo Secundário podem levar à incapacidade definitiva para o Serviço Ativo quando determinarem impedimento do inspecionando ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

14.7.2.2 Os AMP não deverão 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.

14.7.2.3 Os AMP deverão especificar a etiologia da síndrome de Parkinson, responsável pela incapacidade do inspecionando, sempre que possível.

14.7.3 – CONSIDERAÇÕES A SEREM OBSERVADAS PELOS AMP

Um portador de doença de Parkinson será reformado ou aposentado por invalidez quando os sinais clínicos da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da enfermidade. A avaliação da aptidão ou não de um paciente portador de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster.

14.7.3.1 - TABELA DE WEBSTER

A tabela permite pontuação com valores crescentes de 0 (zero) a 3 (três) pontos por item analisado.

Concluído o estudo, é emitido parecer sobre a condição do examinado fundamentado no somatório dos valores obtidos.

ITEM AVALIADO	00 NORMAL	01 POUCO COMPROMETIDO	02 MODERADO	03 GRAVE
Bradicinesia de mãos	Sem sintomas.	Ligeira diminuição da velocidade de supinação-pronação. Pequena dificuldade de utilizar instrumentos de trabalho, abotoar botões e escrever.	Moderada diminuição da velocidade de supinação-prona-ção em um ou am-bos os lados. Gran-de dificuldade para escrever. Surgimento da micrografia.	Grande diminuição da velocidade de supinação-prona-ção. Incapacidade de escrver ou de abotoar a roupa. Evidente dificauldade para manejar utensílios.
Rigidez	Sem sintomas.	Ligeira rigidez de pescoço e ombros e se observa ligeira rigidez, ainda que não constante, em um dos braços.	Rigidez moderada de pescoço e ombros e a rigidez é constante se o paciente não recebe medicação.	Intensa rigidez em pescoço e ombros e a rigidez se mantém mesmo com medicação
Postura	Postura normal. A cabeça se inclina para frente menos de 10 cm	Início da espondilite deformante. A cabeça se inclina para frente até 12,5 cm	Princípio da flexão dos braços. A cabeça se inclina para frente até 15 cm.	Início da postura simiesca. A cabeça se inclina para frente mais de 15 cm. Início da flexão do joelho
Balanceio de membros superiores	Balanço normal em ambos os braços.	Redução do balança de um dos braços.	Cessa o balanço de um dos braços	Cessa o balanço de ambos os braços.
Marcha	Marcha satisfatória com passos de 46 a 76 cm. Gira sem dificul-dade	A distância dos passos se reduz para 30 a 46 cm. O paciente começa a se apoiar vigorosamente em um dos calcanhares. O giro se torna lento e requer vários passos.	Os passos se reduzem para 15 a 30 cm. Os dois calcanhares batem vigorosamente ao solo.	Se inicia a marcha com pequenos pássos. A distância entre eles é inferior a 7,5 cm.
Tremor	Inexistente	Oscilações menores que 2,5 cm nas extremidades ou treme a cabeça na manobra dedo-nariz.	Amplitude do tremor até 10 cm. O tremor é intenso mas não constante.	O tremor passa dos 10 cm. É constante e intenso e acomete o paciente todo o tempo em que estiver acorda-do. Impossibilidade de comer e escrever sozinho.
Face	Mímica com vivacidade normal.	Certa imobilidade. A boca permanece fechada. Primeiros sinais de angústia ou depressão.	Relativa imobilidade. A boca está pouco aberta. Sinais moderados de angústia e depressão. Pode haver sialorréia	Rosto congelado (frozen facies). A boca está aberta 0,6 ou mais cm. Intensa sialorréia.
Seborréia	Não há.	Aumento da transpiração. A secreção é clara.	Pele visivelmente gordurosa. A secreção é mais espessa	Evidente seborréia. Todo o rosto e a cabeça são cobertos

				por secreção espessa.
Fala	Clara alta, com ressonância e perfeitamente inteligível.	Princípio da afonia com diminuição da modulação e da ressonância. Volume de voz satisfatória e claramente inteligível.	Afonia e disfonia moderadas. Tom permanentemente monótono, sem variações. Princípio de disartria. Locução vacilante e balbuceio, dificilmente inteligível.	Marcada afonia e distonia. Grande dificuldade para escutá-lo e entendê-lo.
Cuidados pessoais	Normal.	Certa dificuldade para vestir-se.	Precisa de ajuda para algumas situações críticas, como girar na cama, levantar da poltrona. É lento para realizar a maior parte das atividades, porém as realiza.	Invalidez permanente. O paciente é incapaz de vestir-se, comer ou caminhar sozinho.

O somatório dos valores encontrados possibilita identificar e classificar o estado e a evolução da doença a partir dos valores obtidos, permitindo definir pela aptidão ou não. Assim temos:

a. de 01 a 10 – Doença de Parkinson leve;

b. de 11 a 20 – Doença de Parkinson moderada; e

c. de 21 a 30 – doença de Parkinson grave ou avançada.

O inspecionado que apresentar Doença de Parkinson leve será considerado apto. Se for moderada, será julgado incapaz, mas não inválido. Os casos graves ou avançados receberão parecer de invalidez.

A conclusão obtida a partir do preenchimento da Tabela de Webster visa caracterizar apenas a aptidão ou incapacidade relativa à presença da doença de Parkinson, não devendo ser usada nas inspeções para isenção do pagamento do Imposto de Renda, quando o AMP deve se manifestar somente quanto à presença ou não da doença.

14.8 – NEFROPATIAS GRAVES

14.8.1 – CONCEITUAÇÃO

14.8.1.1 São consideradas nefropatias graves as patologias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência renal, determinando incapacidade para o trabalho e/ou risco de vida.

14.8.1.2 As nefropatias graves são caracterizadas por manifestações clínicas e alterações nos exames complementares, a saber:

a. manifestações clínicas:

1) ectoscópicas: palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;

2) cardiovasculares: pericardite serofibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;

3) gastrointestinais: soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestivas, diarréia ou obstipação;

4) neurológicas: cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;

5) oftamológicas: retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;

6) pulmonares: pulmão urêmico e derrame pleural; e

7) urinárias: nictúria.

b. alterações nos exames complementares:

1) alterações laboratoriais:

a) diminuição da filtração glomerular;

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

c) aumento dos níveis sangüineos de uréia, creatinina e ácido úrico;

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

e) acidose;

2) alteração nos exames por imagem:

a) diminuição das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas;

b) distorções da imagem normal conseqüente a cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;

c) distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos; e

d) diminuição da eliminação de contrastes, quando usados.

14.8.2 – CLASSIFICAÇÃO

14.8.2.1 As nefropatias, considerados os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, cursam conforme a classificação que se segue:

a. insuficiência renal leve – Classe I:

1) filtração glomerular maior que 50 ml/min; e

2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%;

b. insuficiência renal moderada – Classe II:

1) filtração glomerular entre 20 e 50 ml/min; e

2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%;

c. insuficiência renal severa – Classe III:

1) filtração glomerular inferior a 20 ml/min; e

2) creatinina sérica acima de 3,5 mg%.

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

a. glomerulonefrite crônica conseqüente a depósitos de imunocomplexos;

b. glomerulonefrite crônica conseqüente a anticorpo antimembrana basal;

c. vasculites;

d. nefropatia diabética;

e. nefropatia hipertensiva;

f. amiloidose renal;

g. nefropatia por irradiação;

h. nefropatia conseqüente à obstrução do fluxo urinário;

i. neoplasias (hipernefroma, linfoma, infiltração leucêmica);

j. necrose cortical difusa;

k. necrose medular bilateral;

l. pielonefrite crônica;

m. obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica);

n. nefrite intersticial crônica; e

o. nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

14.8.3 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.8.3.1 As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve – Classe I não são enquadradas como nefropatias graves.

14.8.3.2 Os casos de insuficiência renal leve – Classe I, sob suspeita de mau prognóstico, deverão aguardar o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses de evolução e de observação clínica, para confirmação do diagnóstico de afecção irreversível, evolutiva e de mau prognóstico, quando, então, poderão ser enquadrados como nefropatia grave.

14.8.3.3 As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada – Classe II poderão ser enquadradas como nefropatias graves quando acompanhadas de manifestações clínicas e sintomas que determinem a incapacidade laborativa do inspecionando.

14.8.3.4 As nefropatias que cursam com insuficiência renal severa – Classe III são enquadradas como nefropatias graves.

14.8.3.5 Os AMP deverão, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia, seguido da afirmativa ou negativa de nefropatia grave, para fim de enquadramento legal.

14.9 – NEOPLASIAS MALIGNAS

14.9.1 – CONCEITUAÇÃO

14.9.1.1 As neoplasias malignas compreendem um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam, podendo acometer outros órgãos, a partir de um sítio anatômico primitivo.

14.9.1.2 O prognóstico da doença é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia, influenciado pelos seguintes fatores:

a. grau de diferenciação celular;

b. grau de proliferação celular;

c. grau de invasão vascular e linfática;

d. estadiamento clínico e/ou cirúrgico;

e. resposta à terapêutica específica; e

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

14.9.2 – AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E ESTADIAMENTO

14.9.2.1 O diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

a. exame clínico especializado;

b. exames radiológicos;

c. exames ultrassonográficos;

d. exames endoscópicos;

e. exames de tomografia computadorizada;

f. exames de ressonância nuclear magnética;

g. exames cintilográficos;

h. pesquisa de marcadores tumorais específicos;

i. biópsia da lesão com estudo histopatológico;

j. exames citológicos;

k. exames de imunoistoquímica; e

l. estudo citogenético em casos específicos.

14.9.2.2 O sistema de estadiamento das neoplasias malignas deverá ser o TNM, podendo ser utilizada outra classificação em casos específicos, não contemplados na TNM.

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

14.9.3 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.9.3.1 Os AMP deverão, ao firmar os laudos de neoplasia maligna:

a. estar fundamentados em laudo histopatológico;

b. citar o tipo histopatológico da neoplasia;

c. citar a sua localização;

d. citar a presença ou não de metástase;

e. citar o estadiamento clínico; e

f. acrescentar a expressão "neoplasia maligna", para fim de enquadramento legal.

14.9.3.2 Os inspecionados serão considerados portadores de neoplasia maligna mesmo que sua doença seja, na ocasião da inspeção, susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico ou que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

14.9.3.3 Os AMP farão o enquadramento pela incapacidade definitiva para o Serviço Ativo e pela invalidez por neoplasia maligna aos inspecionados que satisfizerem a uma das condições a seguir citadas:

a. apresentarem neoplasia com mau prognóstico;

b. tornarem-se inválidos em conseqüência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna; ou

c. manifestarem recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

14.9.3.4 Os portadores de neoplasia maligna não enquadrados no item 14.9.3.3 destas Normas poderão permanecer em Serviço Ativo, devendo, obrigatoriamente, nos primeiros 5 (cinco) anos após o laudo inicial, ser submetidos a revisões médicas especializadas, em períodos não superiores a 1 (um) ano, findo os quais, caso não apresentem evidência de atividade da neoplasia, poderão ser considerados não- portadores de neoplasia maligna.

14.9.3.5 Os AMP, ao firmarem o laudo de inspecionados não enquadrados no item 14.9.3.3 destas Normas e que tiverem sido submetidos a tratamento de neoplasia maligna não prevista naquele item, deverão fazer menção à data do laudo e considerá-la para a fixação das inspeções anuais a que deverão ser submetidos os inspecionados pelo período de 5 (cinco) anos de acompanhamento clínico, consoante o item 14.9.3.4 destas Normas.

14.9.4 – CONSIDERAÇÕES A SEREM OBSERVADAS PELOS AMP

14.9.4.1 – AVALIAÇÃO PERICIAL SEGUNDO A PATOLOGIA

Na avaliação pericial do paciente oncológico, adotaremos os conhecimentos clínicos da patologia, o estadiamento correlacionado com o prognóstico e a expectativa de vida em 5 anos, concluindo com as indicações para incapacidade definitiva (invalidez).

14.9.4.2 – CÂNCER DE MAMA

O carcinoma de mama é o câncer mais freqüente nas mulheres e a maior causa de morte por câncer na quarta década de vida

14.9.4.2.1 – ESTADIAMENTO

a. Tx – Tumor primário, não pode ser avaliado;

b. T0 – Ausência de tumor palpável;

c. Tis – Tumor *in situ*;

d. T1 – Tumor ≤ 2 cm;

1) T1a - < 0,5 cm;

2) T1b - > 0,5 a 1 cm;

3) T1c - > 1 a 2 cm;

e. T2 – Tumor 2 a 5 cm;

f. T3 – Tumor > 5 cm;

g. T4 – Tumor com extensão para parede torácica e pele

1) T4a – Parede torácica;

2) T4b – Pele;

3) T4c – Parede torácica e pele;

4) T4d – Carcinoma inflamatório;

h. N0 – Ausência de linfonodos palpáveis;

i. N1 – Linfonodos axilares móveis;

j. N2 – Linfonodos axilares fixos;

k. N3a – Metástase para linfonodo infraclavicular;

l. N3b – Metástase para cadeia mamária interna ipsolateral e região axilar;

m. N3c – Metástase para a cadeia supraclavicular ipsolateral;

n. M – Metástase à distância;

1) M0 – Ausência de metástase à distância; e

2) M1 – Presença de metástase à distância.

Estádio	TNM	Sobrevida livre de doença em 5 anos
I	T1N0M0	90%
IIA	T0-1N1M0 T2N0M0	70%
IIB	T2N1M0 T3N0M0	60%
IIIA	T3N1M0 T0-3N2M0	50%
IIIB	T4NqqM0	40%
IIIC	TqqN3M0	20%
IV	TqqNqqM1	10%

14.9.4.2.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

São causas de invalidez por neoplasia de mama:

a. linfedema secundário à dissecção axilar;

b. dor secundária à dissecção axilar;

c. efeitos colaterais tardios secundários a quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia (p. ex.: insuficiência cardíaca congestiva e pneumonite actínica);

d. doença metastática; e

e. doença localmente avançada irressecável (doença primária ou recorrente).

14.9.4.3 – CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata é a neoplasia de maior incidência no homem, após o câncer de pele, e a segunda causa de morte, após o câncer de pulmão. Sua causa é desconhecida.

14.9.4.3.1 – ESTADIAMENTO

a. Tx – Tumor primário não pode ser avaliado;

b. T0 – Ausência de tumor;

c. Tis – Tumor *in situ*;

d. T1 – Tumor inaparente, não palpado ao toque e não visível por imagem;

1) T1a – Tumor incidental, achado em < 5% do tecido ressecado;

2) T1b – Tumor incidental, achado em > 5% do tecido ressecado;

3) T1c – Tumor identificado por biópsia (PSA elevado);

e. T2 – Tumor confinado dentro da próstata;

1) T2a – Tumor envolve < 1/2 de um lobo;

2) T2b – Tumor envolve > 1/2 de um lobo;

3) T2c – Tumor envolve ambos os lobos;

f. T3 – Tumor com extensão extracapsular;

1) T3a – Tumor com extensão extracapsular I;

2) T3b – Tumor invade a vesícula seminal;

g. T4 – Tumor fixo ou invadindo estruturas adjacentes outras que a vesícula seminal (bexiga, parede pélvica, reto);

h. Nx – Linfonodos regionais não podem ser avaliados;

i. N0 – Ausência de linfonodos comprometidos;

j. N1 – Metástase em um único linfonodo < 2 cm;

k. N2 – Metástase em um único linfonodo > 2 cm, mas não > 5 cm, ou múltiplos linfonodos comprometidos;

l. N3 – Metástase em linfonodo > 5 cm;

m. M – Metástase à distância;

1) M1a – Metástase em linfonodos não-regionais;

2) M1b – Metástase em ossos; e

3) M1c – Metástase em outros locais.

14.9.4.3.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

São causas de invalidez por câncer de próstata:

a. doença metastática; e

b. efeitos colaterais tardios secundários à radioterapia (p. ex.: hemorragias devido à retite actínica ou cistite actínica e mielodisplasia pós-radioterapia pélvica).

14.9.4.4 – CÂNCER DE PELE NÃO-MELANOMA

O câncer cutâneo não-melanoma é a neoplasia mais comum na população branca. Os tipos mais freqüentes são o carcinoma baso-celular (CBC), o carcinoma espinocelular (CEC), o carcinoma misto e, com menor freqüência, os linfomas e as lesões metastáticas.

Em geral, não há incapacidade laborativa, exceto nos casos avançados ou doença metastática.

14.9.4.5 – MELANOMA CUTÂNEO

As pessoas claras, loiras, com olhos azuis ou verdes, possuem risco aumentado, principalmente, quando tem exposição crônica aos raios solares.

14.9.4.5.1 – ESTADIAMENTO

a. T – Tumor primário;

b. T1 – Tumor < 1,0 mm de Breslow;

c. T2 – Tumor de 1,01 a 2,0 mm de Breslow;

d. T3 – Tumor de 2,01 a 4,0 mm de Breslow;

e. T4 – Tumor > 4,0 mm de Breslow;

1) a – sem ulceração;

2) b – com ulceração (Exceto em T1, em que “a” inclui tumores sem ulceração e nível II ou III de Clark e “b” inclui tumores com ulceração e nível IV ou V de Clark);

f. N1 – Um linfonodo positivo

1) N1a – Micrometástase;

2) N1b – Macrometástase;

g. N2 – Dois ou três linfonodos positivos;

1) N2a – Micrometástase;

2) N2b – Macrometástase;

3) N2c – Metástase em trânsito/satélite e sem metástases linfonodais;

h. N3 – Quatro ou mais linfonodos positivos ou coalescentes ou metástases em trânsito/satélite com metástases linfonodais;

i. M1 – Metástase à distância para pele, subcutâneo ou linfonodo distante;

1) M1a – Pulmão;

2) M1b – Outros órgãos; e

3) M1c – Qualquer sítio de metástase com HDL elevado.

14.9.4.5.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Constituem causa de invalidez por melanoma cutâneo:

a. seqüelas de cirurgia; e

b. doença metastática ou irresecável (p. ex.: metástase em trânsito).

14.9.4.6 – CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Os fatores predisponentes para os tumores da cavidade oral, cujo tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas são:

a. tabagismo;

b. alcoolismo;

c. má higiene oral; e

d. próteses odontológicas mal ajustadas.

14.9.4.6.1 - CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Constituem causa de invalidez por câncer de cabeça e pescoço:

a. efeitos colaterais tardios secundários à quimioterapia e radioterapia (radionecrose, dor cervical intensa);

b. mutilação cirúrgica; e

c. doença recorrente ou metastático.

14.9.4.7 – CARCINOMA TÍMICO

São tumores de evolução lenta, cuja malignidade depende da invasão da cápsula ou não. Tem grande capacidade de recidivar e metastatizar para sítios extratorácicos.

14.9.4.7.1 – ESTADIAMENTO

a. Estádio I – Tumor encapsulado macroscopicamente e ausência de invasão microscópica capsular;

b. Estádio II – Invasão macroscópica do tecido adiposo ao redor do tumor ou da pleura mediastinal;

c. Estádio III – Invasão macroscópica de órgãos adjacentes (grandes vasos e pulmão);

d. Estádio IV:

1) IVA – Disseminação pleural ou pericárdico; e

2) IVB – Metástases à distância.

14.9.4.7.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Todas os estágios da doença são incapacitantes, exceto o estádio I.

14.9.4.8 – TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

São, basicamente, três tipos de tumor a saber:

a. Astrocitomas de baixo grau:

1) Astrocitoma pilocítico (Grau I); e

2) Astrocitoma fibrilar (Grau II).

b. Oligodendrogliomas:

1) Oligodendroglioma de baixo grau (Grau II); e

2) Oligodendroglioma anaplásico (Grau III).

c. Astrocitomas malignos:

1) Astrocitoma anaplásico (Grau III); e

2) Glioblastoma multiforme (Grau IV).

14.9.4.8.1 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Todos os tumores malignos do sistema nervoso central são incapacitantes.

14.9.4.9 – LINFOMA NÃO-HODGKIN

Constituem um grupo heterogêneo de doenças linfoproliferativas do sistema linforreticular que se originam no tecido linfóide primário (medula óssea ou timo) ou secundário (linfonodos, baço, anel de Waldeyer, placas de Peyer e gânglios mesentéricos).

14.9.4.9.1 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

São causas de incapacidade nos linfomas não-Hodgkin:

a. linfoma não-Hodgkin refratário primário;

b. linfoma não-Hodgkin recidivado precocemente;

c. linfoma não-Hodgkin recidivado e resistente ao tratamento de resgate;

d. linfoma não-Hodgkin primário do sistema nervoso central; e

e. seqüelas tardias graves relacionadas à quimioterapia e/ou radioterapia, a saber:

1) insuficiência cardíaca congestiva;

2) leucemia induzida pela quimioterapia; e

3) outras de semelhante gravidade.

14.9.4.10 – LINFOMA DE HODGKIN

Constituem, aproximadamente, 25% dos casos de linfomas.

14.9.4.10.1 – ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	DESCRIÇÃO (Ann Arbor modificado)
I	Uma região linfonodal
II	Duas ou mais regiões linfonodais do mesmo lado do diafragma
III	Envolvimento de ambos os lados do diafragma
IV	Envolvimento disseminado de um ou mais sítios extralinfáticos ou órgãos, com ou sem linfonodos acometidos.

14.9.4.10.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

São causas de incapacidade nos linfomas de Hodgkin:

a. linfoma de Hodgkin refratário primário;

b. linfoma de Hodgkin recidivado precocemente;

c. linfoma de Hodgkin recidivado e resistente ao tratamento de resgate; e

d. seqüelas tardias graves relacionadas à quimioterapia e/ou radioterapia, a saber:

1) insuficiência cardíaca congestiva; e

2) leucemia induzida pela quimioterapia.

14.9.4.11 – MIELOMA MÚLTIPLO

Caracteriza-se por uma proliferação de plasmócitos com envolvimento da medula óssea e outros sítios secundários.

14.9.4.11.1 – ESTADIAMENTO

a. Estádio I – Caracteriza-se por:

1) hemoglobina > 10 g/dl;

2) cálcio sérico < 12 mg/dl;

3) IgG < 5 g/dl;

4) IgA < 3 g/dl;

5) proteinúria (cadeia leve) < 4 g/dia; e

6) osteoporose ou uma única lesão lítica.

b. Estádio II – Quando não preencher os critérios dos estádios I e III.

c. Estádio III – Caracterizado por:

1) hemoglobina < 8,5 g/dl;

2) cálcio sérico > 12 mg/dl;

3) IgG > 7 g/dl;

4) IgA > 5 g/dl;

5) Proteinúria (cadeia leve) > 12 g/dia; e

6) Três ou mais lesões líticas.

14.9.4.11.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Todos os casos são incapacitantes.

14.9.4.12 – LEUCEMIAS AGUDAS

Sua classificação é proposta pelo grupo Franco-Américo-Britânico (FAB) e o diagnóstico, em sua maioria, se dá pela morfologia. São, basicamente, três:

a. Leucemia mielóide aguda (LMA);

b. Leucemia linfocítica aguda (LLA);

c. Leucemia monocítica aguda.

14.9.4.12.1 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Todos os casos são incapacitantes.

14.9.4.13 – LEUCEMIAS CRÔNICAS

São, basicamente, duas:

a. Leucemia mielóide crônica (LMC) – associada a anormalidade cromossômica adquirida; e

b. Leucemia linfóide crônica (LLC) – com origem no linfócito B.

14.9.4.13.1 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Com exceção dos pacientes em fase inicial da doença, todos os casos são incapacitantes.

14.9.4.14 – CÂNCER DE ESÔFAGO

O estadiamento pós-operatório é feito com base na profundidade da invasão da neoplasia na parede do esôfago.

14.9.4.14.1 – ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
0	TisN0M0
I	T1N0M0
IIA IIB	T2-3NOMO T1-2N1MO
III	T3N1 ou T4N0
IVA IVB	qqTqqNM1a qqTqqNM1b

14.9.4.14.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE

Os estádio II, III e IV são incapacitantes.

14.9.4.15 – CÂNCER GÁSTRICO

O tipo mais comum é o adenocarcinoma.

14.9.4.15.1 – ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
0	TisN0M0
IA IB	T1N0M0 T1N1M0 e T2 N0M0
II	T1N2MO T2N1MO
IIIA IIIB	T2N2M0; T3N1 ou T4N0 T3N2M0
IV	T4N1-2M0 qqTN3M0 qqTqqNM1

14.9.4.15.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

São causas de incapacidade nos tumores gástricos:

a. doença em estádios III e IV;

b. doença recorrente; e

c. seqüelas graves secundárias ao tratamento adjuvante (quimioterapia associada a radioterapia).

14.9.4.16 – CÂNCER DE CÓLON

Tumores que podem acometer qualquer região do intestino grosso podendo apresentar de massa abdominal palpável a obstrução intestinal.

14.9.4.16.1 – ESTADIAMENTO

a. T

1) Tx – tumor não avaliável;

2) Tis – carcinoma *in situ*;

3) T1 – tumor infiltra a submucosa;

4) T2 – tumor infiltra a muscular própria;

5) T3 – tumor infiltra até a subserosa ou gordura perirretal; e

6) T4 – tumor invade outros órgãos ou estruturas e/ou perfura o peritôneo visceral.

b. N

1) N0 – sem metástases linfonodais;

2) N1 – metástase em um a três linfonodos regionais; e

3) N2 – metástases em quatro ou mais linfonodos regionais.

c. M

1) M0 – sem metástases à distância; e

2) M1 – metástases à distância.

ESTÁDIO		TNM
0		TisN0M0
I	Dukes A Dukes B1	T1N0M0 T2N0M0
II	Dukes B2 Dukes B3	T3N0M0 T4N0M0
III	Dukes C	qqTqqNM0
IV	Dukes D	TxNxM1

14.9.4.16.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Constituem causas de incapacidade nos casos de câncer de cólon:

a. os estádios Dukes C e D;

b. seqüela grave do tratamento cirúrgico (síndrome do intestino curto); e

c. seqüelas graves de quimioterapia.

14.9.4.17 – CÂNCER DE RETO

O principal tipo histológico é o adenocarcinoma.

14.9.4.17.1 – ESTADIAMENTO

É o mesmo utilizado para o câncer de cólon.

14.9.4.17.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Constituem causas de incapacidade:

a. os estádios Dukes C e D; e

b. seqüelas relacionadas à radioterapia:

1) cistite actínica de difícil controle terapêutico; e

2) enterite actínica de difícil controle terapêutico.

14.9.4.18 – CÂNCER DE CANAL ANAL

O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas. Está comprovada a relação com a presença do HPV.

14.9.4.18.1 – ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
0	TisN0M0

I	T1N0M0
II	T2-3N0M0
IIIA IIIB	T1-3N1M0; T4N0M0 T4N1M0; qqTN2-3M0
IV	qqTqqNM1

14.9.4.18.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Constituem causa de incapacidade:

a. doença em estádio IV;

b. doença recidivante; e

c. seqüela grave secundária a tratamento combinado (quimioterapia associada à radioterapia).

14.9.4.19 – CÂNCER DE PÂNCREAS

Trata-se de patologia de prognóstico ruim, independente da terapia utilizada e, devido à sua localização, apresenta pouca ou nenhuma sintomatologia.

14.9.4.19.1 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Todos os casos são incapacitantes.

14.9.4.20 – CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR E TRATO BILIAR

O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma e o tumor raramente é diagnosticado antes da cirurgia, que, muitas vezes, lê limita a procedimentos paliativos.

14.9.4.20.1 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Todos os casos são incapacitantes.

14.9.4.21 – CÂNCER RENAL

14.9.4.21.1 – ESTADIAMENTO

ESTÁDIO (Robson – 1969)	TNM
I	T1N0M0
II	T2-3N0M0
IIIA IIIB IIIC	T3b-cN0M0 qqTN1-2M0 T3b-cN1-2M0
IVA IVB	T4N0M0 T1-4N0-2M1

14.9.4.21.2 - CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

a. tumores em estádio III e IV;

b. casos em que, no pós-operatório, surgir insuficiência renal, devendo ser avaliado segundo o item 14.8 destas Normas; e

c. tumores metastáticos.

14.9.4.22 – CÂNCER DE BEXIGA

O carcinoma de células transicionais é o mais comum.

14.9.4.22.1 – ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
I	T1N0M0
II	T2N0M0
III	T3a-4aN0M0
IV	T4bN0M0 qqTN1-3M0 qqTqqNM1

14.9.4.22.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

a. doença irressecável ou estádio IV;

b. doença recorrente; e

c. seqüela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.9.4.23 – CÂNCER DE TESTÍCULO

Os tumores germinativos são os mais comuns, podendo ser seminomatosos ou não-seminomatosos.

14.9.4.23.1 – ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
0	PTisN0M0S0
I	pT1-4N0M0Sx
IA	pT1N0M0S0
IB	pT2N0M0S0 pT3N0M0S0 pT4N0M0S0
IS	qqpT/TxN0M0S1-3
II	qqpT/TxN1-3M0Sx
IIA	qqpT/TxN1M0S0 qqpT/TxN1M0S1
IIB	qqpT/TxN2M0S0 qqpT/TxN2M0S1
IIC	qqpT/TxN3M0S0 qqpT/TxN3M0S1

III	qqpT/TxqqNM1Sx
IIIA	qqpT/TxqqNM1aS0 qqpT/TxqqNM1aS1
IIIB	qqpT/TxN1-3M0S2 qqpT/TxqqNM1aS2
IIIC	qqpT/TxN1-3M0S3 qqpT/TxqqNM1aS3 qqpT/TxqqNM1bqqS

14.9.4.23.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

a. doença refratária;

b. estádio III devido a doença em sistema nervoso central;

c. doença recorrente; e

d. seqüela grave secundária a tratamento cirúrgico ou quimioterápico.

14.9.4.24 – CÂNCER DO COLO UTERINO

Trata-se de doença grave, mas que pode ser diagnosticada em fase inicial desde que sejam realizados os procedimentos preventivos e as medidas de detecção.

14.9.4.24.1 – ESTADIAMENTO

a. Estádio 0 – carcinoma *in situ*;

b. Estádio I:

1) IA1 – carcinoma invasivo até 3 mm de profundidade e 7 mm de largura;

2) IA2 – carcinoma invasivo > 3 mm e < 5 mm de profundidade e não maior de 7 mm de largura;

3) IB1 – carcinoma confinado ao colo < 4 cm;

4) IB2 carcinoma confinado ao colo > 4 cm;

c. Estádio II:

1) IIA – carcinoma em 1/3 superior da vagina;

2) IIB – com envolvimento parametrial;

d. Estádio III:

1) IIIA – acometimento do 1/3 distal da vagina;

2) IIIB – acometimento de parede pélvica ou hidronefrose;

e. Estádio IV:

1) IVA – acometimento de reto ou bexiga; e

2) IVB – doença à distância.

14.9.4.24.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

a. doença irressecável ou estádio IV;

b. doença recerrente; e

c. seqüela grave secundária a tratamento cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico.

14.9.4.25 – CÂNCER DO ENDOMÉTRIO

14.9.4.25.1 – ESTADIAMENTO

a. Estádio I:

1) IA – tumor limitado ao endométrio;

2) IB – tumor invade a primeira metade do miométrio;

3) IC – tumor invade a segunda metade do miométrio;

b. Estádio II:

1) IIA – envolvimento do colo uterino: glândulas endocervicais;

2) IIB – envolvimento do colo uterino: estroma cervical;

c. Estádio III:

1) IIIA – envolvimento da serosa ou ovário ou citologia peritoneal positiva;

2) IIIB – envolvimento vaginal;

3) IIIC – envolvimento pélvico ou linfonodos paraaórticos;

d. Estádio IV:

1) IVA – acometimento de reto ou bexiga; e

2) IVB – doença à distância.

14.9.4.25.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

a. doença irressecável ou estádio IV;

b. doença recorrente; e

c. seqüela grave secundária a tratamento cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico.

14.9.4.26 – CÂNCER DE OVÁRIO

De evolução insidiosa, só é diagnosticado, na maioria dos casos, com doença avançada na cavidade abdominal.

14.9.4.26.1 – ESTADIAMENTO

a. Estádio I:

1) IA – tumor confinado ao ovário, sem acometimento de cápsula;

2) IB – tumor em ambos os ovários, sem acometimento de cápsula;

3) IC – estádio IA ou IB, associado ao acometimento de cápsula ou citologia peritoneal positiva;

b. Estádio II:

1) IIA – invasão das trompas ou útero;

2) IIB – extensão pélvica;

3) IIC – estádio IIA ou IIB, associado ao acometimento de cápsula ou citologia peritoneal positiva;

c. Estádio III:

1) IIIA – acometimento microscópico do peritônio abdominal;

2) IIIB – acometimento peritoneal abdominal menor que 2 cm;

3) IIIC – acometimento peritoneal abdominal maior que 2 cm;

d. Estádio IV – doença à distância.

14.9.4.27 – CÂNCER DE PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS

14.9.4.27.1 – ESTADIAMENTO

a. doença limitada – tumor confinado a um hemitórax e linfonodos regionais, que podem ser envolvidos em um campo de radioterapia; e

b. doença extensa – doença disseminada.

14.9.4.27.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

Todos os casos são incapacitantes.

14.9.4.28 – CÂNCER DE PULMÃO NÃO-PEQUENAS CÉLULAS

14.9.4.28.1 – ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
0	TisN0M0
IA	T1N0M0
IB	T2N0M0
IIA	T1N1M0
IIB	T2N1M0 T3N0M0
IIIA	T3N1M0 T1-3N2M0
IIIB	qqTN3M0 T4qqNM0
IV	qqTqqNM1

14.9.4.28.2 - CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

a. doença irressecável;

b. doença em estádio IIB, III ou IV;

c. doença recorrente; e

d. seqüela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.9.4.29 – TUMORES DA FAMÍLIA EWING

São tumores de células redondas tais como o Sarcoma de Ewing, o neuroepitelioma periférico, o neuroblastoma periférico, o tumor neuroectodérmico primitivo (PNET) ou o Tumor de Askin.

14.9.4.29.1 – ESTADIAMENTO

a. Grupo 1 – doença localizada completamente ressecada, sem doença residual;

b. Grupo 2 – ressecção total da lesão volumosa:

1) A – com evidência de doença residual;

2) B – linfonodos envolvidos completamente ressecados;

c. Grupo 3 – ressecção incompleta; e

d. Grupo 4 – doença metastática.

14.9.4.29.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

a. doença irressecável;

b. doença recorrente; e

c. sequela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.9.4.30 – SARCOMA DE PARTES MOLES

14.9.4.30.1 – ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	TNM
IA	T1aG1N0M0 T1aG2N0M0
IB	T1bG1N0M0 T1bG2N0M0
IIA	T2aG1N0M0 T2aG2N0M0
IIB	T1aG3N0M0 T1aG4N0M0 T1bG3N0M0 T1bG4N0M0
IIC	T2bG1N0M0 T2bG2N0M0
III	T2bG3N0M0 T2bG4N0M0
IVA	qqTN1M0
IVB	qqTqqNM1

14.9.4.30.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

a. doença irressecável;

b. doença em estádio IV;

c. doença recorrente; e

d. seqüela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.9.4.31 – RABDOMIOSSARCOMA

14.9.4.31.1 – ESTADIAMENTO

ESTÁDIO	SÍTIO PRIMÁRIO DA DOENÇA	T	S	N	M
I	Órbita, cabeça-pescoço (exceto parameníngeo) AGU (que não bexiga e próstata)	T1-2	a-b	qqN	M0
II	Bexiga/próstata, extremidades, crânio, parameníngeo e outros (retroperitôneo, tronco...)	T1-2	a	N0	M0
III	Mesmos sítios de II	T1-2	a-b	N1	M0
IV	Todos os sítios	qqT	qqS	qqN	M1

14.9.4.31.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

a. doença irressecável;

b. doença em estádio IV;

c. doença recorrente; e

d. seqüela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.9.4.32 – OSTEOSSARCOMA

14.9.4.32.1 – ESTADIAMENTO

a. IA – lesão intracompartimental de baixo grau, sem metástase;

b. IB – lesão extracompartimental de baixo grau, sem metástase;

c. IIA – lesão intracompartimental de alto grau, sem metástase;

d. IIB – lesão extracompartimental de alto grau, sem metástase;

e. IIIA – lesão intracompartimental de qualquer grau, com metástase; e

f. IIIB – lesão extracompartimental de qualquer grau, com metástase.

14.9.4.32.2 – CAUSAS DE INCAPACIDADE (INVALIDEZ)

a. doença irressecável;

b. doença em estádio IV;

c. doença recorrente; e

d. seqüela grave secundária a tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

14.10 – PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

14.10.1 – CONCEITUAÇÃO

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

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

14.10.2 – CLASSIFICAÇÃO

14.10.2.1 As paralisias, considerando-se a localização e a extensão das lesões, classificam-se em:

a. paralisia isolada ou periférica: quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;

b. monoplegia: quando são atingidos todos os músculos de um só membro;

c. hemiplegia: quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;

d. paraplegia ou diplegia: quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;

e. triplegia: quando resulta da paralisia de três membros; e

f. tetraplegia: quando são atingidos os membros superiores e inferiores.

14.10.3 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.10.3.1 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.

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

14.10.3.3 São equiparadas às paralisias as paresias das quais resultem alterações extensas das funções nervosas e da motilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina

especializada e os prazos necessários à recuperação, devendo os laudos das inspeções de saúde citar a sua equiparação com as paralisias, de acordo com a classificação prevista no item 14.10.2 destas Normas.

14.10.3.4 São equiparadas às paralisias as ausências de membros, segmentos de membros ou de feixes musculares, resultantes de amputação ou ressecções cirúrgicas que resultem em distúrbios graves e extensos da mobilidade de um ou mais membros, devendo os laudos das inspeções de saúde citar a sua equiparação com as paralisias, de acordo com a classificação prevista no item 14.10.2 destas Normas.

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

14.10.3.6 Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes, classificadas no item 14.10.2 destas Normas, desde que satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho, portanto, inválidos.

14.10.3.7 Os AMP deverão especificar em seus laudos o diagnóstico etiológico e a descrição das alterações anatômicas, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que trata estas Normas a especificação do caráter definitivo e permanente da lesão.

14.10.3.8 Os AMP, após enunciar o diagnóstico, deverão declarar, entre parênteses, a expressão "é paralisia irreversível e incapacitante" quando concluírem pela invalidez dos inspecionandos portadores das lesões citadas nos itens 14.10.3.2, 14.10.3.3 e 14.10.3.4 destas Normas, satisfeitas todas as condições especificadas nesses itens.

14.11 – PÊNFIGOS

14.11.1 – CONCEITUAÇÃO

Os pênfigos compreendem um grupo de dermatoses de curso crônico, de etiologia ainda desconhecida, cujas características principais são:

a. erupção bolhosa;

b. acantólise; e

c. auto-imunidade.

14.11.2 – CLASSIFICAÇÃO

Os pênfigos, por suas características clínicas e histológicas, classificam-se em:

a. pênfigo vulgar: dermatose bolhosa, crônica, caracterizada pela presença de volumosas bolhas intra-epidérmicas, intramalpighianas, acantolíticas, suprabasais, disseminadas na pele e mucosa, acompanhada de manifestações orgânicas gerais graves;

b. pênfigo foliáceo: dermatose de caráter endêmico, mais comum em jovens, evolução crônica, com progressivo agravamento do estado geral devido à espoliação protéica que leva à caquexia e morte. Caracterizada pela presença de manchas eritematosas na pele,

sobre as quais se desenvolvem bolhas flácidas, intramalpighianas altas, com células acantolíticas. As lesões tendem para a descamação, com ardor local, febre irregular e exagerada sensibilidade ao frio. As lesões das mucosas não são comuns. Têm-se registrado casos de evolução benigna com regressão e cura da doença;

c. pênfigo vegetante: dermatose bolhosa na qual as bolhas freqüentemente se rompem e exsudam um líquido de odor fétido. Após o rompimento das bolhas há o aparecimento de formações vegetantes papilomatosas, com maceração da pele ao calor ou à umidade ao nível das grandes dobras cutâneas. Formação de microabscessos intra-epiteliais e presença de acantólise e hiperceratose ao exame histológico. De grande malignidade e evolução rápida, apresenta alto índice de mortalidade quando não tratado; e

d. pênfigo eritematoso – síndrome de Senear-Usher: dermatose escamosa com lesões eritematosas ou bolhosas na face e regiões pré-esternal e médio-dorsal. Não ataca as mucosas. De evolução benigna, não compromete o estado geral dos indivíduos. As lesões, pelo aspecto em vespertílio, lembram o lupus eritematoso discóide e as bolhas podem, como no pênfigo foliáceo, localizar-se nas regiões pré-esternal e médio-dorsal.

14.11.3 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.11.3.1 Os AMP somente poderão concluir os seus laudos quando o diagnóstico clínico de pênfigo for confirmado por meio de exame histológico (citodiagnóstico de Tzanck) de imunofluorescência direta e outros exames que a medicina especializada indicar.

14.11.3.2 Os AMP concluirão inicialmente pela incapacidade temporária, até o prazo máximo previsto em Lei, considerando-se a resposta terapêutica em todos os casos e formas de pênfigo.

14.11.3.3 Os AMP não deverão enquadrar como pênfigo os casos provocados por fármacos.

14.12 – SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

14.12.1 – CONCEITUAÇÃO

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 severa imunodeficiência, manifesta no aparecimento de doenças oportunistas.

14.12.2 – CLASSIFICAÇÃO

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

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

a. 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 extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV; e

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;

b. Categoria "B": indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sintomáticos, com as seguintes condições clínicas:

1) angiomatose bacilar;

2) candidíase vulvovaginal persistente, de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;

3) candidíase orofaringeana; e

4) sintomas constitucionais (febre maior que 38,5º C ou diarréia com mais de um mês de duração);

c. Categoria "C": indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias:

1) candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;

2) criptococose extrapulmonar;

3) câncer cervical uterino;

4) rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovirus;

5) herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;

6) histoplasmose disseminada;

7) isosporíase crônica;

8) micobacteriose atípica;

9) tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;

10) pneumonia por P. carinii;

11) pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;

12) bacteremia recorrente por "salmonella";

13) toxoplasmose cerebral;

14) leucoencefalopatia multifocal progressiva;

15) criptosporidiose intestinal crônica;

16) sarcoma de Kaposi;

17) linfoma de Burkit, imunoblástico ou primário de cérebro;

18) encefalopatia pelo HIV; e

19) síndrome consumptiva pelo HIV.

14.12.2.3 Quanto à contagem de linfócitos CD4 os indivíduos pertencem aos seguintes grupos:

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

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

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

14.12.2.4 O quadro a seguir apresenta a classificação clínica e laboratorial:

GRUPO	CD4	CATEGORIA		
		A	B	C
I	$\geq 500/mm^3$	A1	B1	C1
II	$200 – 499/mm^3$	A2	B2	C2
III	$< 200/mm^3$	A3	B3	C3

14.12.3 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.12.3.1 Os portadores assintomáticos do HIV ou em fase de Linfadenopatia Persistente Generalizada recebem o parecer "Apto para o serviço do Exército, com restrições".

14.12.3.2 O inspecionado infectado pelo HIV, que apresenta doenças oportunistas em atividade, recebe o parecer "Incapaz temporariamente para o serviço do Exército", complementado pela expressão:

a. "Necessita de (.....) dias de afastamento total do serviço e instrução, para realizar o seu tratamento", especificando a data do início ou da prorrogação;

14.12.3.3 O inspecionado referido no item anterior que, após o término do tratamento da doença oportunista, apresentar evolução favorável do seu quadro clínico e melhora da sua capacidade laborativa, de acordo com os laudos do infectologista e do psicólogo, será julgado "Apto para o serviço do Exército, com restrições".

14.12.3.4 O inspecionado referido no item 14.12.3.2 que, na inspeção de saúde realizada por término de incapacidade temporária, não apresentar sinais de melhora, terá sua licença prorrogada ou será considerado incapaz definitivamente para o serviço do Exército, de acordo com as condições previstas no item 14.12.3.5 destas Normas.

14.12.3.5 Será julgado "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Inválido. Necessita de cuidados permanentes de enfermagem e/ou hospitalização.", o

inspecionado em que se evidencie seqüela definitiva da SIDA/AIDS, que comprometa de forma definitiva a sua capacidade laborativa.

14.12.3.6 O parecer "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. Não é inválido" deve ser empregado nos casos **excepcionais** em que não se encontre uma função militar para o inspecionado e que este possua condições psicofísicas para o desempenho de atividades laborativas no meio civil.

14.12.3.7 Para fins de isenção de imposto de renda serão considerados portadores de SIDA/AIDS os inspecionados enquadrados nas categorias A3, B3 e C.

14.12.3.8 Os AMP, quando enquadrarem o inspecionado como portador de SIDA/AIDS, deverão fazer constar no diagnóstico a expressão SIDA/AIDS, seguida do registro da infecção oportunista ou outra manifestação apresentada e da classificação.

14.12.3.9 Os portadores do vírus HIV serão submetidos a inspeção de saúde de controle periódico de saúde anualmente, conforme previsto na letra “b” do subitem 4.1.3 destas Normas.

14.13 – TUBERCULOSE ATIVA

14.13.1 – CONCEITUAÇÃO

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

14.13.2 – CLASSIFICAÇÃO

14.13.2.1 As lesões tuberculosas são classificadas em:

a. ativas;

b. inativas;

c. de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto); e

d. curadas.

14.13.2.2 Os inspecionados são distribuídos em classes, com as seguintes características:

a. Classe 0: indivíduo sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;

b. Classe I: indivíduo com história de exposição à tuberculose, porém, sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);

c. Classe II: indivíduo com infecção tuberculosa, caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém, sem tuberculose; e

d. Classe III: indivíduo com tuberculose doença e que apresenta quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

14.13.3 – AVALIAÇÃO DO POTENCIAL EVOLUTIVO DAS LESÕES TUBERCULOSAS

14.13.3.1 – TUBERCULOSE PULMONAR

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

Para avaliação do potencial de atividade das lesões tuberculosas, consideraremos como lesões ativas aquelas que preencherem, principalmente do ponto de vista bacteriológico e radiológico, as exigências a seguir:

a. Avaliação clínica:

Em algumas situações podemos considerar uma lesão como ativa mesmo na ausência de comprovação bacteriológica, isso se dá nos casos das "lesões mínimas" ou nas formas miliares, geralmente paucibacilares. Aqui, devemos valorizar mais os sinais e sintomas sindrômicos, o aspecto e a localização radiológica das lesões, o conhecimento do contágio conhecido e a prova tuberculínica com viragem recente (PPD forte-reator). Mesmo considerando a inespecificidade dos sintomas da doença.

b. Avaliação bacteriológica:

Presença no exame direto ou na cultura, de qualquer secreção ou material de biópsia, do *M. tuberculosis*. O diagnóstico bacteriológico é realizado na rotina médica por meio de baciloscopia e cultura. Para resultados mais fidedignos, é recomendada a execução de pelo menos três exames em amostras diferentes ou o exame de material colhido durante 24 horas. Caso não haja expectoração, outras técnicas devem ser empregadas – exame direto e cultura do material da biópsia ou do lavado bronquíolo-alveolar. A inoculação em cobaias fica reservada para casos muito especiais, onde possam haver dúvidas na identificação do bacilo.

c. Avaliação radiológica:

Deverá ser valorizado o caráter infiltrativo – inflamatório das lesões, traduzido pela presença de reação perifocal, instabilidade dessas demonstradas nas radiografias em série, presença de cavidades com paredes espessas com ou sem líquido no seu interior, importante reação inflamatória perifocal, presença de derrame pleural associado ou não a complexos gânglio-pulmonar recente.

14.13.3.2 – TUBERCULOSE GANGLIONAR

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

Os gânglios cervicais que aumentam de volume, inicialmente apresentam-se duros, posteriormente, tendenciam ao amolecimento, caseificando-se e geralmente drenam para o exterior; o seu diagnóstico é feito pela biópsia complementada por exame histopatológico e bacteriológico desse material.

14.13.3.3 – TUBERCULOSE RENAL

O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela tuberculose é realizado pelos exames a seguir:

a. Bacteriológico:

Comprovando, por meio de baciloscopia direta, cultura ou inoculação em animais sensíveis, da urina ou de material colhido por endoscopia ou punção, a presença do *M. tuberculosis*. A urina deve ser a primeira da manhã e os exames repetidos em seis amostras independentes. "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".

b. Radiológico:

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

14.13.3.4 – TUBERCULOSE ÓSSEA

As localizações mais freqüentes são vertebral e depois coxo-femural.

No mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral, há, na radiologia, 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.

14.13.4 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.13.4.1 Nos exames de saúde para admissão ao Serviço Ativo, o diagnóstico de tuberculose ativa ou em estágio evolutivo indeterminado implica inaptidão do candidato. Já, ao contrário, a comprovação de lesão inativa ou residual, em si só, não inabilita o candidato. Nesses casos, entretanto, se faz necessário uma criteriosa avaliação das seqüelas porventura presentes e sua repercussão sobre a capacidade laborativa atual e futura do inspecionado.

14.13.4.2 Os inspecionados portadores de tuberculose ativa permanecerão em licença para tratamento de saúde (LTS) ou em situação similar, no caso de cabos e/ou soldados, até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica, quando poderão ser julgados aptos, a despeito da necessidade de continuarem a quimioterapia pelo tempo previsto e sob vigilância médica.

14.13.4.3 Os AMP, de modo a comprovar, com segurança, a atividade da doença, deverão reavaliar o indivíduo ao término do tratamento, que tem a duração de 6 (seis) meses, e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

14.13.4.4 O parecer definitivo a ser adotado pelos AMP para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente inativas ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a 6 (seis) meses, contados a partir do término do tratamento.

14.13.4.5 Os inspecionados considerados curados, em período inferior a 2 (dois) anos de afastamento do serviço para tratamento de saúde, retornarão ao Serviço Ativo.

14.13.4.6 Os inspecionados que apresentarem lesões em atividade, após 2 (dois) anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e aqueles sobre os quais ainda restarem dúvidas quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão julgados incapazes definitivamente para o Serviço Ativo como portadores de tuberculose ativa.

14.13.4.7 Os inspecionandos que apresentarem "cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em conseqüência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão julgados de acordo com o previsto no item 14.2 (cardiopatia grave) destas Normas.

14.13.4.8 Nos casos de tuberculose pulmonar somente nos casos em que tenha ocorrido ao final de vários testes terapêuticos, comprovada resistência bacilar aos esquemas usados ou nos casos em que, por conseqüência da resolução fibrocicatricial de cura, tenha ocorrido importante limitação funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que, portanto, imponham importante limitação física ou profilática/sanitária ao indivíduo, se cogitará sobre a incapacidade definitiva por tuberculose pulmonar.

14.13.4.9 A tuberculose ganglionar é relativamente rara e dificilmente causará incapacidade permanente.

14.13.4.10 A possibilidade da tuberculose renal levar à incapacidade definitiva está relacionada ao grau de comprometimento da função excretora renal (insuficiência renal) e deve assim ser considerada (item 14.8 destas Normas).

14.13.4.11 Os AMP, ao concluírem pela incapacidade definitiva dos inspecionados, deverão fazer constar dos laudos o diagnóstico, acrescido da expressão "tuberculose ativa", entre parênteses, complementando com dados que permitam o enquadramento legal aplicável ao caso.

14.13.4.12 As seqüelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do inspecionando, terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois que dela diretamente decorrem.

14.14 – HEPATOPATIAS GRAVES

14.14.1 – CONCEITUAÇÃO

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

14.14.2 – CARACTERÍSTICAS

Constituem características das hepatopatias graves:

14.14.2.1 – QUADRO CLÍNICO:

a. emagrecimento;

b. icterícia;

c. ascite;

d. edemas periféricos;

e. fenômenos hemorrágicos;

f. alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pêlos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas; e

g. alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

14.14.2.2 – QUADRO LABORATORIAL:

a. alterações hematológicas:

1) pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia; e

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

b. alterações bioquímicas:

1) hipoglicemia predominante;

2) hipocolesterolemia; e

3) hiponatremia;

c. testes de avaliação hepática alterados:

1) retenção de bilirrubinas;

2) transaminases elevadas;

3) fosfatase alcalina e gama-GT elevadas; e

4) albumina reduzida.

14.14.2.3 – ALTERAÇÕES NOS EXAMES DE IMAGEM:

a. ultra-sonografia:

1) alterações estruturais do fígado e baço;

2) ascite; e

3) dilatação das veias do sistema porta;

b. tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética abdominal:

1) alterações dependentes da doença primária;

c. endoscopia digestiva alta:

1) varizes esofagianas; e

2) gastropatia hipertensiva; e

d. cintilografia hepática:

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

14.14.3 – CLASSIFICAÇÃO

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

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

FATOR	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS
Albumina sérica	> 3,5 g/dl	3,0-3,5 g/dl	< 3,0 g/dl
Bilirrubina sérica	< 2,0 mg/dl	2,0-3,0 mg/dl	> 3,0 mg/dl
Ascite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Distúrbio neurológico	Nenhum	Mínimo	Coma avançado
Tempo de protombina	> 75%	50 a 74%	< 50%

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

CLASSE	TOTAL DE PONTOS
A	5 a 6
B	7 a 9
C	10 a 15

14.14.3.4 Os indivíduos situados na Classe A têm bom prognóstico de sobrevida, habitualmente acima de 5 (cinco) anos, enquanto os da Classe C têm mau prognóstico, possivelmente menor que 1 (um) ano.

14.14.4 – SÃO CAUSAS ETIOLÓGICAS DAS HEPATOPATIAS GRAVES:

a. hepatites fulminantes:

1) virais;

2) tóxicas;

3) metabólicas;

4) auto-imunes; e

5) vasculares;

b. cirroses hepáticas:

1) virais;

2) tóxicas;

3) metabólicas;

4) auto-imunes; e

5) vasculares;

c. doenças parasitárias e granulomatosas;

d. tumores hepáticos malignos primários ou metastáticos;

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

14.14.5 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

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

14.14.5.2 As hepatopatias classificadas na Classe B de Child, quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante, serão consideradas como hepatopatia grave.

14.14.5.3 As hepatopatias classificadas na Classe C de Child serão enquadradas como hepatopatia grave.

14.14.5.4 Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves com tratamento específico, o tempo de acompanhamento em licença para tratamento de saúde pelos AMP deverá estender-se até 24 (vinte e quatro) meses.

14.14.5.5 Os indivíduos que desenvolveram formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e foram submetidos a transplante hepático de urgência serão considerados como incapacitados temporários, sendo acompanhados em licença para tratamento de saúde pelos AMP por até 24 (vinte e quatro) meses.

14.14.5.6 Os laudos dos AMP deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos anatomopatológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa de tratar-se de hepatopatia grave.

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

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

14.15 – CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO

14.15.1 – CONCEITUAÇÃO

14.15.1.1 Consideram-se "doenças causadas por radiação ionizante em estágio avançado" toda patologia que tenha, comprovadamente, relação de causa e efeito com a radiação ionizante e cujas alterações sejam consideradas incapacitantes e invalidantes, seja por caráter físico-motor ou funcional ou mental.

14.15.1.2 Os AMP deverão comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a patologia apresentada pelo indivíduo.

14.15.1.3 A afirmativa de que uma patologia incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser perfeitamente documentada por atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação.

14.15.1.4 Os AMP deverão atentar para o quadro em fase não-invalidante, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.

14.15.1.5 Os AMP deverão identificar, no mínimo, uma das seguintes síndromes:

a. síndrome aguda da radiação: é um conjunto de sinais e sintomas 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); e

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

14.15.2 – QUADROS CLÍNICOS QUE CURSAM COM A SÍNDROME AGUDA DA RADIAÇÃO

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

a. o quadro 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;

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

c. o quadro neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte, e ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

14.15.2.2 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.

14.15.3 – QUADROS CLÍNICOS QUE CURSAM COM A SÍNDROME CUTÂNEA DA RADIAÇÃO

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada, quanto ao seu grau de severidade, em:

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

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

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

d. Grau IV ou Muito Grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de amputação.

14.15.4 – MEIOS DE DIAGNÓSTICO

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

a. história clínica, com dados evolutivos da doença;

b. exame clínico;

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

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

e. avaliação hematológica;

f. avaliação bioquímica (glicose, uréia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase lática, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);

g. dosimetria citogenética;

h. tomografia computadorizada;

i. ressonância magnética;

j. termografia;

l. avaliação fotográfica seriada;

m. estudos cintilográficos; e

n. estudos Doppler.

14.15.5 – PROCEDIMENTOS PERICIAIS

14.15.5.1 Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita no item 14.15.3 destas Normas, serão considerados pelos AMP como portadores de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado, desde que haja limitação significativa da capacidade física para exercer atividades laborativas básicas.

14.15.5.2 Os AMP farão o enquadramento pela incapacidade definitiva (invalidez) por síndrome aguda da radiação dos inspecionandos que satisfizerem a uma das seguintes condições:

a. apresentarem alterações físicas e mentais de mau prognóstico a curto prazo;

b. apresentarem alterações físicas e mentais que tenham durado ou têm expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 (doze) meses; ou

c. apresentarem seqüelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do inspecionando para executar atividades laborativas básicas.

14.15.5.3 A idade do indivíduo, sua atividade profissional e incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de doenças causadas por radiação ionizante.

14.15.5.4 Os portadores de síndrome cutânea da radiação Grau IV, passível de amputação, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional avaliada após o tratamento cirúrgico, salvo se as lesões forem extensas e determinantes de invalidez.

14.15.5.5 Os AMP deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos laudos declaratórios da invalidez do portador de doença causada por radiação ionizante os seguintes dados:

a. a síndrome básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);

b. o estágio evolutivo; e

c. a expressão "seqüela" se for o quadro determinante da incapacidade.

VOLUME XV

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS PARA HOMOLOGAÇÃO, REESTUDO E INSPEÇÃO DE SAÚDE EM GRAU DE RECURSO E REVISÃO

15.1 – HOMOLOGAÇÃO DE ATO PERICIAL

15.1.1 – CONCEITUAÇÃO

A homologação de ato pericial caracteriza a aprovação do mesmo por agente médico-pericial tipo Junta de Inspeção de Saúde de Recurso (JISR) ou por autoridade administrativa competente e designada para tal finalidade, no concernente aos aspectos técnicos e quanto à forma do ato pericial.

15.1.2 – COMPETÊNCIA E APLICAÇÃO

15.1.2.1 – PELAS JISR

A homologação de ato pericial por JISR, quando determinada em lei, deverá ser procedida mediante revisão dos pareceres registrados nas cópias de atas exaradas em primeira instância e pela análise da documentação contida no processo. Os atos periciais passíveis de homologação obrigatória por AMP de instância superior são os originados de inspeções de saúde para fim de:

a. concessão de reforma por doença capitulada em lei prevista no Inciso V, do Art. 108, da Lei 6.880, de 9 Dez 1980 (tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave e SIDA/AIDS);

b. concessão de reforma de acordo com o Inciso III, do Art. 106, da Lei 6.880, de 9 Dez 1980 (estiver agregado por mais de 2 (dois) anos por ter sido julgado incapaz, temporariamente, mediante homologação de Junta Superior de Saúde, ainda que se trate de moléstia curável);

c. melhoria de pensão militar conforme previsto no parágrafo único do Art. 2º do Decreto nº 79.917, de 08 de julho de 1977;

d. LTSP superior a 120 (cento e vinte dias) para Servidores Civis; e

e. concessão ou revisão do auxílio invalidez.

Compete às Regiões Militares providenciar remeter às JISR, no prazo máximo de 08 (oito) dias, os atos periciais passíveis de homologação por JISR.

15.1.2.2 – PELA DIRETORIA DE SAÚDE

Os atos periciais que devem ser homologados, obrigatoriamente, pela Diretoria de Saúde, desde que determinados em dispositivo de lei, são os originados das inspeções de saúde para fim de:

a. justiça;

b. amparo do estado;

c. movimentação por motivo de saúde;

d. geração de direitos pecuniários, exceto isenção de imposto de renda; e

e. inspeção de saúde de controle de Inquérito Sanitário de Origem (ISO).

A Diretoria de Saúde, após o ato homologatório, deverá encaminhar Parecer Técnico à autoridade competente para a produção dos efeitos administrativos.

Os atos periciais para finalidade de concessão da isenção do imposto de renda serão auditados pela Diretoria de Saúde, após os efeitos administrativos concedidos pelos Comandantes de Região Militar.

15.1.3 – PROCEDIMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS

15.1.3.1 – DAS JISR

A homologação do ato pericial deverá ser realizada mediante análise do contido na cópia de ata exarada pelo MPGu, verificando a sua conformidade com a legislação pertinente e com a documentação nosológica subsidiária.

A convocação do inspecionado, para homologação do ato pericial, somente deverá ocorrer em caráter excepcional, quando houver necessidade imperiosa de novo exame médico pericial ou solicitação de outros exames complementares indispensáveis ao pronunciamento da JISR.

A homologação será procedida pela emissão de ata de IS homologatória pela JISR, de acordo com o modelo constante do Anexo AC.

O prazo máximo para conclusão do ato homologatório não poderá exceder de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento da cópia de ata, a menos que haja impedimento técnico comprovado, quando será informada, obrigatoriamente, a RM e solicitada, mediante justificativa, a extensão do prazo, que caso concedido pela RM, não poderá exceder de 30 (trinta) dias.

As JISR ao identificarem inconsistências na cópia de ata a ser homologada, relativas à presença de dados incorretos, divergentes da documentação do inspecionado, remeterá a documentação à RM para sanar a incorreção, de acordo com os procedimentos previstos no Manual do SIPMED.

Quando a JISR discordar, no aspecto técnico, do parecer contido na ata de inspeção de saúde, não homologará a IS, e solicitará à RM que determine inspeção de saúde em grau revisional pela JISR. A conclusão da JISR deverá ser emitida no prazo máximo de 03 (três) dias após o ato da inspeção de saúde.

15.1.3.2 – DA DIRETORIA DE SAÚDE

A homologação do ato pericial deverá ser realizada mediante análise do contido na cópia de ata exarada pelo AMP e do Parecer Técnico (PT) emitido pela RM, conforme modelo do Anexo I-1, verificando a sua conformidade com a legislação pertinente e com a documentação nosológica subsidiária.

A homologação será procedida pela aposição da assinatura do Diretor de Saúde ou do Subdiretor de Legislação e Perícias Médicas ou do Subdiretor Técnico no campo destinado para tal finalidade no PT, de acordo com modelo constante do Anexo I-1.

O prazo máximo para conclusão do ato homologatório não poderá exceder de 30 (trinta) dias.

A D Sau ao identificar inconsistências na cópia de ata a ser homologada e/ou no PT, relativas à presença de dados incorretos, divergentes da documentação do inspecionado, não homologará o PT e restituirá a documentação para RM, a qual o AMP for jurisdicionado, para sanar a incorreção e posterior devolução à D Sau.

Quando a D Sau discordar, no aspecto técnico, do parecer contido na ata de inspeção de saúde e/ou no PT, poderá solicitar à RM que determine inspeção de saúde do inspecionado em grau revisional pela JISR. Se o ato pericial a ser homologado é de uma JISR, a D Sau poderá determinar inspeção de saúde em grau revisional por JISE/Rev. A cópia de ata exarada pela JISR ou pela JISE/Rev será remetida à D Sau para fins de homologação.

A D Sau, como Órgão Técnico Normativo, poderá emitir Parecer Técnico discordante da inspeção, desde que fundamentado em documentação médica e sempre que uma nova inspeção não seja imprescindível para sua manifestação.

15.2 – REESTUDOS

Reestudo é a ação que visa à correção de erros materiais ou quanto à forma da ata, podendo produzir mudança quanto ao mérito do parecer exarado.

As cópias de Atas de Inspeção de Saúde (AIS) emitidas por agente médico-pericial são passíveis de reestudo pelas Regiões Militares e pelo Departamento-Geral do Pessoal através da Diretoria de Saúde.

O reestudo de ato pericial resulta de auditoria realizada por amostragem, mediante consulta ao SIPMED, dentro de 03 (três) dias úteis após a inclusão da cópia da AIS no sistema, procedida pela SSR da Região Militar a qual o AMP está jurisdicionado, ou pela Diretoria de Saúde, quando observada a existência de incorreções no processo pericial.

O AMP, exceto o MPOM, deve exarar a cópia de ata de inspeção de saúde 03 (três) dias úteis após a realização da IS, visando a permitir as ações de auditoria e o recebimento pelo AMP de orientações oriundas da SSR ou da D Sau sobre a necessidade, ou não, de correção daquele ato, o que não ocorrendo no prazo acima indicado, significará que o ato pericial se encontra apto para liberação, podendo ser expedida a cópia de ata de inspeção de saúde.

Os reestudos, também, poderão ocorrer em consequência da análise dos processos que tramitem nas SSR e na D Sau.

As incorreções relativas a nome, número da identidade, OM de vinculação e finalidade da inspeção, bem como possíveis erros ou equívocos nos pareceres são as principais razões para a solicitação de reestudos, não sendo passíveis de rejeição por parte dos AMP, pois visam corrigir estes erros, evitando restituições e atrasos no seu prosseguimento.

As incorreções relativas a inconsistências dos diagnósticos lançados na ata ou a ausência de dados e informações obrigatórias, fixadas nestas normas técnicas, também não são passíveis de rejeição pelos AMP.

Os exemplos a seguir orientam o contido no parágrafo anterior:

a. falta da citação do membro acometido, se esquerdo ou direito;

b. ausência de diagnóstico que possa contribuir para o parecer, sendo tal diagnóstico referido na ficha registro de dados da inspeção;

c. citar diagnóstico que conduza à doença capitulada em lei, sem a citação expressa desta condição após o diagnóstico. Exemplo: Demência senil (É alienação mental);

d. deixar de lançar a data de início de doença, quando exigido, ou lançar incorretamente, quando a mesma estiver definida de forma clara na documentação médica;

e. indicar diagnóstico não relacionado ao parecer como justificativa para a emissão do parecer; e

f. deixar de lançar no campo observações as expressões previstas nestas NT.

15.3 – INSPEÇÃO DE SAÚDE EM GRAU DE RECURSO

15.3.1 – DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIA

A inspeção de saúde em grau de recurso (ISGRcs) é o procedimento que faculta ao inspecionado ou ao seu representante legal requerer a realização de nova inspeção para a mesma finalidade, por AMP de instância superior àquele que exarou o parecer recorrido.

A ISGRcs é aquela relativa à IS efetuada por Médico Perito de Organização Militar (MPOM), Médico Perito de Guarnição (MPGu), Junta de Inspeção de Saúde Especial (JISE) e Junta de Inspeção de Saúde de Recurso (JISR).

A realização deste tipo de IS é atribuição do AMP de instância imediatamente superior àquele que realizou a inspeção, na seguinte hierarquia:

a. Pela JISR das inspeções realizadas pelo MPOM, MPGu e JISE; e

b. Pela JISE/Rev das inspeções realizadas pela JISR.

15.3.2 – PROCEDIMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS

15.3.2.1 – DO REQUERIMENTO

O pedido de ISGRcs terá que ser, obrigatoriamente, fundamentado por exposição de motivos do requerente e pela apresentação de documentação que justifique sua

discordância quanto ao resultado da inspeção recorrida, e que possam dar apoio as suas pretensões.

Caberá à autoridade que receber o requerimento de inspeção de saúde em grau de recurso das inspeções realizadas por MPOM, MPGu e JISE, encaminhá-lo pelo canal de comando, se preenchidas as formalidades legais, a quem tiver competência para determinar a referida inspeção, conforme o prescrito no inciso II do Art. 13 das Instruções Gerais Para Perícias Médicas no Exército (IGPMEx), a seguir discriminadas:

a. Comandante do Exército;

b. Chefe do Estado-Maior do Exército;

c. Comandante de Operações Terrestres;

d. Comandante Militar de Área;

e. Chefe de Órgão de Direção Setorial;

f. Diretor de Saúde;

g. Comandante de Região Militar; e

h. Chefe ou Diretor de Organização Militar de Saúde.

Quando se tratar de ISGRcs das inspeções realizadas por JISR, as autoridades competentes para determinar a IS são as constantes do inciso I do Art. 13 das Instruções Gerais Para Perícias Médicas no Exército (IGPMEx), a seguir discriminadas:

a. Comandante do Exército; e

b. Chefe do Departamento-Geral do Pessoal.

Os processos relativos a este tipo de IS serão instruídos, obrigatória e preliminarmente, da seguinte forma:

a. requerimento do interessado ou de seu representante legal, dirigido a uma das autoridades acima citadas, no caso de militares ou servidores civis da ativa ou especificamente aos Comandantes de Regiões Militares, no caso de militares e servidores civis inativos, pensionistas e civis;

b. os requerimentos para ISGRcs contra os pareceres de JISR são dirigidos ao Comandante do Exército ou Chefe do Departamento-Geral do Pessoal;

c. o requerimento deverá ter a finalidade enunciada de forma clara e ser circunstanciado, de modo a permitir uma completa apreciação do caso pela autoridade competente, devendo ser instruído por documentos que possam dar apoio às pretensões do requerente; e

d. a autoridade que encaminhar o requerimento, deverá anexar a cópia da ata de inspeção de saúde recorrida e efetuar apuração preliminar sobre as alegações e acrescentar comentários sobre atos e fatos administrativos pertinentes.

15.3.2.2 – DOS PRAZOS E DEMAIS DISPOSIÇÕES

a. Prazo para militares e servidores civis ativos:

A solicitação de ISGRcs deverá ser requerida no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da publicação do ato administrativo, decorrente do parecer exarado, em documento oficial (Boletim) da OM, pela autoridade que determinou a inspeção recorrida.

b. Prazo para militares e servidores civis inativos, pensionistas e civis

A solicitação de ISGRcs deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da publicação do ato administrativo, decorrente do parecer exarado, em documento oficial (Boletim ou Diário Oficial da União), pela autoridade que determinou a inspeção recorrida ou pela autoridade a quem foi requerido o pleito.

c. Demais disposições

A solicitação de ISGRcs não gera efeito suspensivo sobre as conseqüências administrativas decorrentes da finalidade e do parecer da inspeção de saúde recorrida, cabendo efeito devolutivo, caso o pronunciamento do AMP encarregado da ISGRcs altere o parecer exarado na IS recorrida.

A conclusão do AMP de instância superior deverá ser emitida no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento do recurso, a menos que haja impedimento técnico comprovado, quando será informado, obrigatoriamente, à autoridade que determinou a ISGRcs e solicitada, mediante justificativa, a extensão do prazo, que caso concedido pela autoridade, não poderá exceder de 30 (trinta) dias.

O não comparecimento do requerente ao AMP encarregado da ISGRcs, após sua convocação, no prazo de 30 (trinta) dias implicará no cancelamento do Recurso, mantendo-se o parecer da IS recorrida.

Quando um AMP de instância superior reformular o parecer de uma IS realizada por AMP de instância inferior, deverá enviar cópia da nova ata a essa instância para que lhe sirva como referência, em casos similares.

15.4 – INSPEÇÃO DE SAÚDE EM GRAU DE REVISÃO

15.4.1 – DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIA

A inspeção de saúde em grau revisional (ISGRev) é o procedimento que faculta a autoridade da administração militar requerer a realização de nova inspeção para a mesma finalidade, por AMP de instância superior àquele que emitiu o parecer a ser revisado, quando discordar do parecer exarado.

A ISGRev é aquela relativa à IS efetuada por Médico Perito de Organização Militar (MPOM), Médico Perito de Guarnição (MPGu), Junta de Inspeção de Saúde Especial (JISE) e Junta de Inspeção de Saúde de Recurso (JISR).

A realização deste tipo de IS é atribuição do AMP de instância imediatamente superior àquele que realizou a inspeção, na seguinte hierarquia:

a. Pela JISR das inspeções realizadas pelo MPOM, MPGu e JISE; e

b. Pela JISE/Rev das inspeções realizadas pela JISR.

15.4.2 – PROCEDIMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS

15.4.2.1 – DO REQUERIMENTO

O pedido de ISGRev terá que ser, obrigatoriamente, fundamentado por exposição de motivos da autoridade da administração militar requerente que justifique sua discordância quanto ao resultado da inspeção a ser revisada.

A autoridade que requerer a ISGRev encaminhará o requerimento para a autoridade do escalão imediatamente superior com competência para determinar a referida ISGRev.

No caso da autoridade requerente possuir, também, competência para determinar a referida ISGRev, a mesma procederá a determinação da inspeção, mediante publicação em boletim.

São autoridades competentes para determinar ISGRev as previstas no inciso II do Art. 13 das Instruções Gerais Para Perícias Médicas no Exército (IGPMEx), a seguir discriminadas:

a. Comandante do Exército;

b. Chefe do Estado-Maior do Exército;

c. Comandante de Operações Terrestres;

d. Comandante Militar de Área;

e. Chefe de Órgão de Direção Setorial;

f. Diretor de Saúde;

g. Comandante de Região Militar; e

h. Chefe ou Diretor de Organização Militar de Saúde.

Quando se tratar de ISGRev das inspeções realizadas por JISR, as autoridades competentes para determinar a IS são as constantes do inciso I do Art. 13 das Instruções Gerais Para Perícias Médicas no Exército (IGPMEx), a seguir discriminadas:

a. Comandante do Exército; e

b. Chefe do Departamento-Geral do Pessoal.

Os processos relativos a este tipo de IS serão instruídos, obrigatória e preliminarmente, da seguinte forma:

a. requerimento da autoridade da administração militar que solicitou a ISGRev dirigido a uma das autoridades acima citadas;

b. o requerimento deverá ter a finalidade enunciada de forma clara e ser circunstanciado, de modo a permitir uma completa apreciação do caso pela autoridade competente;

c. a autoridade que encaminhar o requerimento, deverá anexar a cópia da ata de inspeção de saúde a ser revisada;

15.4.2.2 – DOS PRAZOS E DEMAIS DISPOSIÇÕES

A solicitação de ISGRev poderá ser feita a qualquer tempo, considerando o prazo de validade da inspeção a ser revisada e o princípio da oportunidade para produção de efeitos desejáveis pela administração militar.

A conclusão do AMP de instância superior deverá ser emitida no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento do pedido de revisão, a menos que haja impedimento técnico comprovado.

A não apresentação do inspecionado pela autoridade a quem estiver subordinado ou vinculado, para realização da ISGRev, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar do pedido de comparecimento realizado pelo AMP inspecionador, implicará na restituição da documentação à autoridade que determinou a ISGRev.

Quando um AMP de instância superior reformular o parecer de uma IS realizada por AMP de instância inferior, deverá enviar cópia da nova ata a essa instância para que lhe sirva como referência, em casos similares.

VOLUME XVI

DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1 – DAS RESPONSABILIDADES DOS AMP

16.1.1 – Zelar pelo cumprimento da legislação pericial em vigor.

16.1.2 – Manter os documentos sobre legislação pericial disponíveis e em boas condições para o manuseio.

16.1.3 – Controlar os recursos de informáticas existentes na sede do AMP.

16.1.4 – Organizar e manter em ordem os arquivos de documentos periciais.

16.1.5 – Responder pela carga e pela conservação do material distribuído ao AMP.

16.1.6 – Certificar-se de que todo material necessário a atividade pericial esteja disponível e em condições de uso, com destaque para o material de emprego médico.

16.1.7 – Zelar para que todos os documentos tenham padrão de nitidez adequado, permitindo, inclusive, a microfilmagem, e não contenham rasuras ou emendas. As alterações necessárias serão feitas a carmim, datadas e assinadas pelos AMP responsáveis pelas alterações.

16.2 – DAS RESPONSABILIDADES DOS INSPECIONADOS

16.2.1 – Controlar a validade de suas Inspeções de Saúde (IS).

16.2.2 – Cumprir todas as restrições constantes dos pareceres periciais para melhoria dos seus respectivos estados de saúde.

16.2.3 – Comparecer ao AMP na data marcada para atendimento ou ato pericial, podendo sua falta ser considerada transgressão disciplinar.

16.3 – DAS REVISÕES DESTAS NORMAS TÉCNICAS

16.3.1 - As revisões destas Normas advirão das necessidades de correção, atualização, legalidade ou outros motivos, com amparo na legislação existente ou que venha a ser criada e serão realizadas a critério da autoridade competente.

16.3.2 - A Diretoria de Saúde, conforme Art. 6º das Instruções Reguladoras das Perícias Médicas no Exército (IRPMEx), aprovadas pela Portaria nº 215-DGP, de 1º de setembro de 2009, é o órgão de apoio setorial técnico-normativo que tem a atribuição de proceder às revisões e alterações pertinentes.

16.4 – DO ARQUIVO E DA COLETA DE DADOS

16.4.1 As sedes dos AMP devem dispor de local adequado para arquivamento dos documentos periciais produzidos no Sistema Informatizado de Perícias Médicas (SIPMED), com destaque para o Livro Ata de Inspeção de Saúde, as Fichas Registro de Dados do Inspecionado (FiRDI) e a documentação médica dos inspecionados, utilizando-se de arquivos individuais e nominais para cada inspecionado, observada as salvaguardas de assuntos sigilosos.

16.4.2 A coleta de dados para todos os fins que se julgar necessários, será obtida mediante consulta ao SIPMED e realizada de acordo com os diversos níveis de acesso existentes no sistema.

16.5 – DA LEGISLAÇÃO BÁSICA

PUBLICAÇÃO	ALTERAÇÕES
Lei nº 2.579, de 23 de agosto de 1955 Amparo aos Ex-combatentes da FEB julgados Inválidos ou Incapazes, definitivamente, para o Serviço Militar.	
Lei nº 3.738, de 4 de abril de 1960 Pensão Especial à viúva de militar ou funcionário atacada de tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave e SIDA.	
Lei de Pensões Militares Lei n° 3.765/1960	Lei nº 8.216/1991
Lei n° 4.375/1964 - Lei do Serviço Militar.	Lei n° 4.754/1965 e pelos Decretos-Lei n° 549/1969; 715/1969; 899/1969 e 1.786/1980.
Lei n° 5.195/1966 - Promoção de militar falecido.	
Lei no 5.292, de 8 de junho de 1967 Lei da Prestação do Serviço Militar pelos Estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos MFDV.	
Lei n° 5.315/1967 - Ex-combatente Regulamentação da Constituição Brasileira.	
IV - Lei no 6.782, de 19 de maio de 1980 Equipara ao acidente em serviço as doenças profissionais e as especificadas em Lei, para efeito de Pensão Especial e dá outras providências.	
Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de1980 ESTATUTO DOS MILITARES	Dec nº 92.092, de 09 Dez 85 e pelas Leis nº 7.580/1986; 7.666/1988; 7.698/1988; 9.297/1996; 9.442/1997; pela EC nº 18/1998, pela Lei nº 10.416/2002 e MP nº 2.215/2001.
Lei n° 7.580/1986 Reforma de militar na Reserva Remunerada.	
Lei n° 7.713/1988 - Imposto de Renda.	Leis n° 8.541/1992, n° 9.250/1995 e 11.052/2004.
Lei no 8.059, de 4 de julho de 1990 Pensão Especial devida aos Ex-combatentes da 2ª Guerra Mundial e seus Dependentes.	

Lei nº 7.670/1988 Estende benefícios aos portadores SIDA/AIDS	
Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990 Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais.	
Medida Provisória No 2215-10, de 31 Ago 01 (Dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas)	
Lei nº 9.029/1995 Proíbe discriminação por gravidez.	
Decreto nº 57.272/1965 Define a conceituação de Acidente em Serviço e dá outras providências.	Decretos 64.517/1969 e 90.900/1985.
Decreto n° 57.654/1966 Regulamento da Lei do Serviço Militar.	Decretos nº 58.759/1966, 76.324/1975, 93.670/1986, 627/1992 e 1.294/1994.
Decreto no 60.822, de 7 de junho de 1967 Instruções Gerais para a Inspeção de Saúde de Conscritos nas Forças Armadas (IGISC).	Decreto n° 703, de 22 de dezembro de 1992.
Decreto no 74.846, de 6 de novembro de 1974 Obrigatoriedade de Inspeção de Saúde do Servidor Público Civil ou Militar indicado para a Missão no Exterior.	
Decreto n° 79.917/1977 (Regulamenta o art. 22 da Lei n° 3.765/1960) Pensões Militares.	
REGULAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DO EXÉRCITO Decreto 98820, de 12 Jan 90.	
Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 2003 Integração da Pessoa Portadora de Deficiência	
Decreto 4.307, de 18 de julho de 2002 (Regulamenta a Medida Provisória nº 2215-10 de 31 de agosto de 2001) Reestrutura da Remuneração dos Militares das Forças Armadas.	
Decreto 6.856, de 25 Maio 09 (Regulamenta o art 206-A da Lei 8.112/90 – RJU, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores)	
Decreto 7.003, de 09 Nov 09 (Regulamenta a licença para tratamento de saúde de que tratam os art. 202 a 205 da Lei nº 8.112/90	
Portaria n° 3.214/1978 do Ministério do Trabalho Atividades Insalubres.	
Portaria nº 041-DEP, de 17 de maio de 2005 Normas para Inspeção de Saúde dos Candidatos à	Portaria nº 043-DEP, de 19 de maio de 2008

Matrícula nos Estabelecimentos de Ensino Subordinados ao Departamento de Ensino e Pesquisa.	
Portaria do Comandante do Exército nº 470, de 17 de setembro de 2001 Instruções Gerais para a Concessão de Licença aos Militares da Ativa do Exército.	
Portaria do Comandante do Exército nº 041, de18 de fevereiro de 2002 Instruções Gerais para a Correspondência, as Publicações e os Atos Administrativos no Âmbito do Exército (IG 10 -42).	
Portaria do Comandante do Exército nº 816, de19 de dezembro 2003 REGULAMENTO INTERNO E DOS SERVIÇOS GERAIS.	Portaria Cmt Ex nº 109/2008, 319/2008 e nº 448/2008
Portaria Normativa n° 1.174 de 6 setembro de 2006 do Ministério da Defesa (Aprova as Normas para Avaliação de Incapacidade decorrentes de doenças especificadas em Lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas).	
Portaria nº 1.675, 6 de outubro de 2006, da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Manual para o Serviço de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais.	
Portaria nº 256 DGP, de 27 de outubro de 2008 INSTRUÇÕES REGULADORAS PARA MOVIMENTAÇÃO DE OFICIAIS E PRAÇAS DO EXÉRCITO	Portarias DGP nº 14, 43, 59, 73, 74 e 76/2009
Portaria nº 566 – Comandante do Exército, de 13 de agosto de 2009 – Instruções Gerais para Perícias Médicas no Exército - IGPMEx (IG 30-11)	
Portaria nº 215 – DGP, de 1º de setembro de 2009 – Instruções Reguladoras das Perícias Médicas no Exército - IRPMEx (IR 30-33)	
Portaria Normativa nº 4, de 15 Set 09 da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Estabelece orientações para aplicação do Decreto nº 6.856, de 25 Maio 09, que dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal)	
Manual C21-30 ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E CONVENÇÕES CARTOGRÁFICAS 4ª Edição - 2002	

16.6 – DA BIBLIOGRAFIA

a. ANMP: Associação Nacional de Médicos Peritos da Previdência Social. Disponível em: <http://www.anmp.org.br>. Acesso em: jul. 2009.

b. Código de Ética Médica - CFM: Conselho Federal de Medicina - Resolução CFM nº 1.246/88, de 08.01.88 - D.O.U 26.01.88.

c. Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Ortopedia e Traumatologia, Ministério da Previdência - Instituto Nacional do Seguro Social. Brasília, 2008.

d. Doenças Relacionadas ao Trabalho, Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde – Série A, Normas e Manuais Técnicos; nº 114 - Ministério da Saúde, Brasília, 2001

e. Estabelecimento de Nexo Causal e Técnico em Doenças Profissionais e do Trabalho, Instituto Nacional do Seguro Social - Diretoria Colegiada, Resolução nº DC 10, de 22/12/1999.

f. EPIPHANIO, E. B.; VILELA J. R. P. X. et al. Perícias Médicas, Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

g. FRANÇA, G. V. Medicina Legal. 8. ed. Rio de Janeiro: G. Koogan, 2008.

h. Instruções Reguladoras das Inspeções de Saúde - ICA 160-1 (IRIS), Ministério da Defesa - Comando da Aeronáutica - Diretoria de Saúde, Rio de Janeiro, 2003.

i. Instruções Técnicas das Inspeções de Saúde na Aeronáutica - ICA 160-6, Ministério da Defesa - Comando da Aeronáutica - Diretoria de Saúde, Rio de Janeiro, 2009.

j. Manual de Perícia Médica/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação de Recursos Humanos. - 2. ed.rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

k. Manual de Perícia Médica dos Servidores da Administração Direta e Autárquica do Poder Executivo. Secretaria de Estado da Administração do Governo do Paraná - Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional, Curitiba, 2005.

l. Regulamento das Perícias Médicas no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal – Governo do Distrito Federal – Brasília, 2004.

m. Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde na Marinha - DGPM-406, 4ª rev, Ministério da Defesa - Comando da Marinha do Brasil - Diretoria de Saúde da Marinha, Rio de Janeiro, 2009.

n. RODRIGUES, S. F.; CARDOSO,I S., NAKANO, S. M. S., BRAGA, B. E. et al. (Coords.). CFM: Conselho Federal de Medicina. Perícia Médica.Goiânia, 2007.

16.7 – DAS RECOMENDAÇÕES

16.7.1 O julgamento médico de cada perito em atividade no Serviço de Saúde do Exército deve prevalecer acima de tudo, os padrões especificados nestas Normas servem apenas como subsídios às decisões emanadas.

16.7.2 As dúvidas e omissões quanto aos procedimentos a serem adotados em uma determinada inspeção de saúde, que não sejam sanadas à luz destas Normas, serão resolvidas mediante solicitação de orientação encaminhada à Diretoria de Saúde do Exército.

ANEXO A às Normas Técnicas sobre as Perícias Médicas no Exército

QUADRO SINÓPTICO DA VALIDADE DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE

<table>
<tr><th colspan="2">FINALIDADE DA INSPEÇÃO</th><th>PRAZO</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Controle periódico de saúde (CPS)</td><td>Militares em geral</td><td>36 meses</td></tr>
<tr><td>Portadores assintomáticos do HIV</td><td rowspan="2">12 meses</td></tr>
<tr><td>Manipuladores de explosivos</td></tr>
<tr><td>Operadores de radiação ionizantes</td><td rowspan="3">6 meses</td></tr>
<tr><td>Operadores de terapia anti-neoplásicas</td></tr>
<tr><td>Taifeiros e Pessoal de Rancho</td></tr>
<tr><td colspan="2">Verificação de Aptidão Física e Mental (VAFM)</td><td>12 meses</td></tr>
<tr><td colspan="2">Curso</td><td>3 meses</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prorrogação do Tempo de Sv / Engajamento / Reengajamento</td><td>12 meses</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Isenção de Imposto de Renda</td><td>Doença passível de cura ou controle</td><td>Até 5 anos</td></tr>
<tr><td>Doença incurável (irreversível)</td><td>Indeterminado</td></tr>
<tr><td colspan="2">Auxílio-invalidez</td><td>5 anos</td></tr>
<tr><td colspan="2">Reforma</td><td>24 meses</td></tr>
<tr><td colspan="2">Proventos do Posto Superior</td><td>Indeterminado.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Reinclusão de desertor</td><td>30 dias</td></tr>
<tr><td colspan="2">Justiça e disciplina</td><td>90 dias</td></tr>
<tr><td colspan="2">Designação para o Serviço Ativo / PTTC</td><td>36 meses</td></tr>
<tr><td colspan="2">Demais finalidades</td><td>12 meses</td></tr>
</table>

EXAMES COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS PARA AS DIVERSAS FINALIDADES DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

	Periodicidade	Radiografia de Tórax	Glicose + Uréia + Creatinina	Hemograma Completo	Grupo Sg	Anti-HIV (Militar)	VDRL (Militar e Civil)	Colesterol Frações Triglicerídio Ácido Úrico	EAS e EPF	ECG	Exame Ginecológico Colpocitologia e Mamas)	TIG (Militar)	Audiometria	PSA	Provas de Função Hepática	Exame Clínico e Odont	Exame Oftalmológico
1. Ingresso no Sv Atv Ex, CM, Sv Pub Ge	-	SIM	SIM	SIM	SIM(5)	SIM (4)	SIM (4)	SIM	SIM	SIM	SIM (4)	SIM (4)	SIM	SIM (2;4)	SIM	SIM	SIM
2. Ct Perd Sau, Jus e Disciplina	3 anos	SIM (9)	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM (1)	SIM	SIM (2)	SIM (1)	NÃO	SIM (10)	SIM (2)	SIM (2)	SIM	SIM (2)
3. Perd Fontes de Rdç ionizante	6 meses	SIM (7)	SIM (7)	SIM (11)	NÃO	NÃO	NÃO	SIM (1;7)	SIM (7)	SIM (2;7)	SIM (6)	NÃO	SIM (8)	SIM (2;7)	SIM (2;6)	SIM	SIM (2;8)
4. Manuseio de Explosivos	1 ano	SIM (6)	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM (1)	SIM (6)	SIM (2;6)	SIM (6)	NÃO	SIM	SIM (2)	SIM (2)	SIM	SIM (2;6)
5.Designação de Inat para Sv Atv e PTTC	3 anos	SIM (9)	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM (1)	SIM	SIM	SIM (1)	NÃO	NÃO	SIM (2)	SIM (2)	SIM	SIM (2)
6. Taifeiro e Pes de Rancho	6 meses	SIM (7)	SIM (7)	SIM (7)	NÃO	NÃO	NÃO	SIM (1;7)	SIM	SIM (2;7)	SIM (7)	NÃO	NÃO	SIM (2;6)	SIM (2;7)	SIM	SIM (7)
7. Periódico de Motoristas	1 ano	SIM (9)	SIM (6)	SIM (6)	NÃO	NÃO	NÃO	SIM (1;6)	SIM (6)	SIM (2;8)	SIM (1;6)	NÃO	NÃO	SIM (2;6)	SIM (2;6)	SIM	SIM
8. Cursos	-	Conforme Portaria de criação ou funcionamento															
9. LTS e LTSPF	-	A critério do AMP conforme caso clínico															
10. Militares em atividades especiais	-	Vide Volume IX, conforme cada caso															
11. Saída do serviço ativo	-	Não há necessidade de inspeção de saúde															
12. Entrada e saída do serviço ativo de temporários	-	O assunto é regulado pela IGISC															

Legenda:

(1) A PARTIR DE 30 ANOS DE IDADE	(7) SERÁ REALIZADO UMA VEZ A CADA ANO
(2) A PARTIR DE 40 ANOS DE IDADE	(8) SERÁ REALIZADO DE 2 EM 2 ANOS
(3) EXCETO COLPOCITOLOGIA	(9) A CRITÉRIO CLÍNICO
(4) EXCETO OS CANDIDATOS AOS COLÉGIOS MILITARES	(10) PARA MILITARES EXPOSTOS A RUÍDOS INTENSOS
(5) SOMENTE PARA ESCOLAS DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS E PRAÇAS	(11) ACRESCIDO DE CONTAGEM DE PLAQUETAS E COAGULOGRAMA
(6) SERÁ REALIZADO DE 3 EM 3 ANOS	

Anexo AF às Normas Técnicas sobre as Perícias Médicas no Exército

Modelo de Termo de Responsabilidade

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(NOME DO SERVIDOR), Matrícula Siape (Nº DE MATRÍCULA), servidor(a) do (ÓRGÃO/ENTIDADE) lotado no (LOCAL DE LOTAÇÃO), vem por meio deste Termo declarar sua recusa em submeter-se aos procedimentos necessários à realização do exame periódico, do ano de (Nº DO ANO), estando ciente de que poderá reconsiderar sua decisão no prazo de até 30 (trinta) dias decorridos da data de assinatura deste Termo.

(CIDADE, DIA, MÊS E ANO)

_____

Assinatura do servidor declarante

_____

Assinatura e carimbo do servidor do RH do Órgão

Declaro que o servidor acima citado recusa-se a participar do programa de exame médico periódico, bem como a assinar o presente termo de responsabilidade.

(CIDADE, DIA, MÊS E ANO)

_____

Assinatura e carimbo do servidor do RH do Órgão

_____

Testemunha

_____

Testemunha