ATO Nº 6.582, DE 24 DE AGOSTO DE 2021

Processos nº 53500.206411/2015-27 e nº 53500.005393/2003-24.

Outorga, mediante assinatura do correspondente Termo de Autorização de Uso de Radiofrequências, à BRISANET SERVICOS DE TELECOMUNICACOES S.A., CNPJ nº 04.601.397/0001-28, Autorização de Uso de Radiofrequências associadas à Autorização para exploração do Serviço de Comunicação Multimídia - SCM, sem exclusividade, em caráter primário, pelo prazo de 15 (quinze) anos contado da data da publicação do extrato do Termo de Autorização para Uso de Radiofrequências no Diário Oficial da União, prorrogável uma única vez a título oneroso, por igual período, conforme Tabela a seguir:

Lotes	Frequências	Valor	Área de Prestação (Municípios)
H-2307106	2.570 MHz - 2.585 MHz	R$ 3.555,84	Jardim/CE
H-2601201	2.570 MHz - 2.585 MHz	R$ 5.097,13	Arcoverde/PE
I-2302008	2.585 MHz - 2.620 MHz	R$ 8.287,40	Barro/CE
I-2604304	2.585 MHz - 2.620 MHz	R$ 7.086,34	Cedro/PE
I-2605707	2.585 MHz - 2.620 MHz	R$ 9.757,47	Floresta/PE
	Valor total	R$ 33.784,18	

LEONARDO EULER DE MORAIS
Presidente do Conselho

ATO Nº 6.583, DE 24 DE AGOSTO DE 2021

Processos nº 53500.206411/2015-27 e nº 53500.029644/2014-19.

Outorga, mediante assinatura do correspondente Termo de Autorização de Uso de Radiofrequências, à BREM TECHNOLOGY EIRELI, CNPJ nº 21.140.662/0001-37, Autorização de Uso de Radiofrequências associadas à Autorização para exploração do Serviço de Comunicação Multimídia - SCM, sem exclusividade, em caráter primário, pelo prazo de 15 (quinze) anos contado da data da publicação do extrato do Termo de Autorização para Uso de Radiofrequências no Diário Oficial da União, prorrogável uma única vez a título oneroso, por igual período, conforme Tabela a seguir:

Lotes	Frequências	Valor	Área de Prestação (Municípios)
F-3552205	1.885 MHz - 1.890 MHz	R$ 21.000,00	Sorocaba/SP
H-3501152	2.570 MHz - 2.585 MHz	R$ 3.296,69	Alumínio/SP
H-3502903	2.570 MHz - 2.585 MHz	R$ 5.670,50	Araçoiaba da Serra/SP
H-3528403	2.570 MHz - 2.585 MHz	R$ 3.476,00	Mairinque/SP
H-3550605	2.570 MHz - 2.585 MHz	R$ 5.631,00	São Roque/SP
H-3554003	2.570 MHz - 2.585 MHz	R$ 7.616,00	Tatuí/SP
Valor total		R$ 46.690,19	

LEONARDO EULER DE MORAIS
Presidente do Conselho

ATO Nº 6.587, DE 24 DE AGOSTO DE 2021

Processos nº 53500.206411/2015-27 e nº 53500.003632/2003-10.

Outorga, mediante assinatura do correspondente Termo de Autorização de Uso de Radiofrequências, à ALGAR TELECOM S/A, CNPJ nº 71.208.516/0001-74, Autorização de Uso de Radiofrequências associadas à Autorização para exploração do Serviço de Comunicação Multimídia - SCM, sem exclusividade, em caráter primário, pelo prazo de 15 (quinze) anos contado da data da publicação do extrato do Termo de Autorização para Uso de Radiofrequências no Diário Oficial da União, prorrogável uma única vez a título oneroso, por igual período, conforme Tabela a seguir:

Lotes	Frequências	Valor	Área de Prestação (Municípios)
H-3134400	2.570 MHz - 2.585 MHz	R$ 4.270,00	Iturama/MG
I-3134400	2.585 MHz - 2.620 MHz	R$ 9.703,00	Iturama/MG
I-3151404	2.585 MHz - 2.620 MHz	R$ 7.818,00	Pitangui/MG
Valor total		R$ 21.791,00	

LEONARDO EULER DE MORAIS
Presidente do Conselho

SUPERINTENDÊNCIA DE FISCALIZAÇÃO
GERÊNCIA REGIONAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

ATO Nº 5.635, DE 27 DE JULHO DE 2021

Processo nº 53504.003748/2021-92.

Decretar extinta, por Renúncia, a Autorização outorgada ao TECIDOS CASSIA NAHAS LTDA, C.N.P.J. N° 44.370.013/0001-28, FISTEL n° ***.094.434**, para explorar o Serviço Limitado Privado 019, bem como extinguir a Autorização para Uso de Radiofrequência associada.

MARCELO AUGUSTO SCACABAROZI
Gerente

ATO Nº 6.076, DE 12 DE AGOSTO DE 2021

Processo nº 53504.004504/2021-27.

Expedir autorização à Gb Control Participações Limitada, CNPJ nº 15.252.278/0001-23, para explorar Serviços de Telecomunicações de Interesse Restrito, por prazo indeterminado, sem caráter de exclusividade e tendo como área de prestação de serviço todo o território nacional.

MARCELO AUGUSTO SCACABAROZI
Gerente

ATO Nº 6.146, DE 13 DE AGOSTO DE 2021

Processo nº 53504.001467/2021-03.

Extinguir, por renúncia, a autorização adaptada e consolidada a BOREAL NAUTICA LTDA, CNPJ n° 07.950.445/0001-81, FISTEL n° ***.073.776**, para explorar o Serviço 019, bem como extinguir a autorização para uso de radiofrequência associada.

MARCELO AUGUSTO SCACABAROZI
Gerente

ATO Nº 6.189, DE 16 DE AGOSTO DE 2021

Processo nº 53504.004451/2021-44.

Expede autorização à Tais Caroline Wilk de Castro, CPF nº ***.533.688-**, para explorar o Serviço de Interesse Restrito, por prazo indeterminado, sem caráter de exclusividade e tendo como área de prestação de serviço todo o território nacional.

MARCELO AUGUSTO SCACABAROZI
Gerente

ATO Nº 6.217, DE 17 DE AGOSTO DE 2021

Processo nº 53504.004445/2021-97.

Expede autorização ao Condomínio Shopping Center Iguatemi Alphaville, CNPJ nº 13.966.712/0001-01, para explorar o Serviço de Interesse Restrito, por prazo indeterminado, sem caráter de exclusividade e tendo como área de prestação de serviço todo o território nacional.

MARCELO AUGUSTO SCACABAROZI
Gerente

ATO Nº 6.791, DE 25 DE AGOSTO DE 2021

Processo nº 53504.000060/2021-51.

Decretar extinta, por Renúncia, a Autorização outorgada ao CONSÓRCIO DE DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO DE GOVERNO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA, CNPJ n° 52.356.268/0004-07, FISTEL n° ***.095.832-**, para explorar o Serviço Limitado Privado 019, bem como extinguir a Autorização para Uso de Radiofrequência associada.

MARCELO AUGUSTO SCACABAROZI
Gerente

GERÊNCIA REGIONAL NOS ESTADOS DE PERNAMBUCO, PARAÍBA E ALAGOAS

ATO 6.961, DE 27 DE AGOSTO DE 2021

Outorgar autorização de uso de radiofrequência à ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A, CNPJ nº 09.095.183/0001-40, associada à autorização para execução do Serviço Limitado Privado.

THIAGO CARDOSO HENRIQUES BOTELHO
Gerente

GERÊNCIA REGIONAL NOS ESTADOS DO AMAZONAS, ACRE, RONDÔNIA E RORAIMA

ATO Nº 6.801, DE 25 DE AGOSTO DE 2021

Expede autorização a Matheus Marques Azevedo, CPF nº ***.073.292-**, para explorar serviços de telecomunicações de interesse restrito, por prazo indeterminado, sem caráter de exclusividade, e tendo como área de prestação de serviço todo o território nacional. Processo 53578.002314/2021-10.

RICARDO TOSHIO ITONAGA
Gerente

SUPERINTENDÊNCIA DE OUTORGA E RECURSOS À PRESTAÇÃO
GERÊNCIA DE OUTORGA E LICENCIAMENTO DE ESTAÇÕES

ATO Nº 7.013, DE 30 DE AGOSTO DE 2021

Autoriza EMPRESA BRASIL DE COMUNICACAO S.A. EBC, CNPJ nº 09.168.704/0001-42, a realizar operação temporária de equipamentos de radiocomunicação, na cidade de São Paulo/SP, no período de 24/08/2021 a 06/09/2021.

RENATO SALES BIZERRA AGUIAR
Gerente

Ministério da Defesa

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA GM-MD Nº 3.551, DE 26 DE AGOSTO DE 2021

Aprova as normas para a avaliação pericial dos portadores de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos Agentes Médico-Periciais da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas, bem como os padrões e critérios para a concessão de benefícios aos seus pensionistas, dependentes ou beneficiários.

O MINISTRO DE ESTADO DA DEFESA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II da Constituição, tendo em vista o disposto no art. 43, inciso XII, do Anexo I do Decreto nº 9.570, de 20 de novembro de 2018, e considerando o que consta do Processo Administrativo nº 60550.003348/2021-97, resolve:

Art. 1º Ficam aprovadas as normas para avaliação pericial dos portadores de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos Agentes Médico-Periciais (AMP) da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas (HFA), bem como os padrões e critérios para a concessão de benefícios aos seus pensionistas, dependentes ou beneficiários, na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Ficam revogadas:

I - a Portaria Normativa nº 47/GM-MD, de 21 de julho de2016, publicada no Diário Oficial da União nº 147, Seção 1, página 8, de 2 de agosto de 2016; e

II - a Portaria Normativa nº 93/GM-MD, de 29 de outubro de 2020, publicada no Diário Oficial da União nº 217, Seção 1, página 17, de 13 de novembro de 2020.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor em 1º de outubro de 2021.

WALTER SOUZA BRAGA NETTO

ANEXO

NORMAS PARA AVALIAÇÃO PERICIAL DOS PORTADORES DE DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI PELAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE E PELOS AGENTES MÉDICO PERICIAIS (APM) DA MARINHA, DO EXÉRCITO, DA AERONÁUTICA E DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, E PARA ESTABELECIMENTO DOS PADRÕES E CRITÉRIOS PARA A CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS AOS SEUS PENSIONISTAS, DEPENDENTES OU BENEFICIÁRIOS.

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE, DA APLICAÇÃO E DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Finalidade

As normas têm por finalidade relacionar as doenças que, à luz de dispositivos legais, são consideradas graves e potencialmente incapacitantes, e padronizar os procedimentos a serem adotados pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos Agentes Médico-Periciais (AMP) da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas (HFA), visando à uniformização dos laudos médico-periciais por elas exarados. Também visam padronizar os critérios internos para concessão de benefícios de isenção de Imposto de Renda (IR) na avaliação de militares reformados pensionistas e dependentes de militares.

Aplicação

Aplicam-se às Juntas de Inspeção de Saúde e aos AMP das Forças Armadas e do HFA e sua utilização será facilitada por instruções de cada Força, de maneira a atender às peculiaridades dos respectivos sistemas médico-periciais.

Fundamentação

Os seguintes instrumentos legais serviram de base à elaboração destes normativos:

a) Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980;
b) Lei nº 7.670, de 8 de setembro de 1988;
c) Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988 (inciso XIV do art. 6º, alterado pela Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004) e Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992; e
c) Instrução Normativa nº 1.500/RFB, de 29 de outubro de 2014.

CAPÍTULO II

DAS CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Apresentação

A rápida evolução dos conhecimentos científicos, o aparecimento de métodos semiológicos mais sensíveis, as novas descobertas sobre as doenças e seus mecanismos e os avanços terapêuticos ocorridos após a aprovação da 1ª edição da FA-N-06 - "Normas para Avaliação das Doenças Incapacitantes", tornaram imperativas a revisão e atualização periódica dessa publicação, com suas últimas revisões realizadas por meio da Portaria Normativa nº 1.174, em 6 de setembro de 2006, e da Portaria Normativa nº 183, de 8 de fevereiro de 2010, ambas deste Ministério da Defesa.

Esta edição é resultado do trabalho conjunto desenvolvido pelo Ministério da Defesa, por intermédio do Departamento de Saúde e Assistência Social (DESAS), da Secretaria de Pessoal, Ensino, Saúde e Desporto (SEPESD) e pelas Diretorias de Saúde dos Comandos das Forças.

Por fim, modificações significativas foram introduzidas, sendo mantidos os dados considerados indispensáveis para o enquadramento legal dos inspecionados, visando a um critério uniforme na emissão dos laudos médico-periciais. Foram utilizados também, como subsídios, diversos consensos e diretrizes emitidos pelas Sociedades Médicas de Classes.

Conceitos relevantes

Para o entendimento desta legislação, são relevantes os seguintes conceitos:

a) incapacidade: é a perda temporária ou definitiva pelo inspecionado da capacidade laboral em decorrência das repercussões clínicas de determinada patologia; e

b) invalidez: é a perda definitiva pelo inspecionado das condições mínimas de saúde para o exercício de qualquer atividade laboral formal, nos âmbitos civil ou militar. Nos casos de inspecionados em atividade, pensionistas e dependentes, o enquadramento em invalidez obedece a parâmetros clínico-funcionais específicos para cada caso, comprovada a repercussão da doença sobre a capacidade laboral em caráter amplo e definitivo, seja por doença especificada em lei ou não. Para a avaliação de inspecionados inativos, já reformados por idade-limite ou por doença, a invalidez deverá ser avaliada pelo grau de limitação imposto pela doença especificada na realização das atividades rotineiras inerentes às suas faixas etárias.

Não há critérios rígidos para enquadramento em invalidez, mesmo nos casos em que tal condição decorra de doenças especificadas em lei. Por outro lado, nos casos daquelas doenças em que por denominação ou definição, a incapacidade para todo e qualquer trabalho seja condição inerente, como nos casos de alienação mental, cardiopatia grave, cegueira, estados avançados da doença de Paget, nefropatia grave, paralisia irreversível e incapacitante e hepatopatia grave, o enquadramento em invalidez torna-se mandatório.

Nos casos das doenças em que o enquadramento legal não está necessariamente atrelado à condição de invalidez, esta decorrerá da análise de todos os fatores médico-periciais pertinentes a cada caso em particular que subsidiem tal enquadramento, como a condição clínica do periciado, quer seja decorrente da própria doença ou de seus tratamentos; a reversibilidade ou não das repercussões da doença sobre a capacidade laboral ou atividades rotineiras; a progressão inexorável a despeito do tratamento, dentre outras, podendo as Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP se valerem de todo e qualquer elemento preconizado pela literatura médica, como a utilização de escalas de avaliação clínica e de incapacidade.

Tais fatores abrangem também a avaliação médico-pericial dos militares da ativa, quando do diagnóstico de doenças especificadas em lei consideradas passíveis de controle.

Cada Força Singular deverá emitir normas e criar formatações de laudos no que diz respeito à validade do laudo pericial realizado em militar, dependente ou pensionista, em atendimento ao disposto no § 1º do art. 30 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Constatada invalidez ou a irreversibilidade do quadro clínico que subsidiou o enquadramento legal, deverá constar após o laudo a expressão "por tempo indeterminado".

Nos casos de doenças previstas em lei passíveis de controle, as Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP determinarão o período de validade do respectivo enquadramento, com base nos dados da literatura especializada, respeitadas as peculiaridades de cada doença e a individualidade do inspecionado.

Não haverá inspeção de saúde para fins de manutenção da isenção do benefício do imposto de renda incidente nos proventos de reforma ou de pensão dela decorrentes.

Revisão de laudo de incapacidade ou invalidez

A revisão de laudo de incapacidade ou invalidez, em qualquer situação, somente será feita por meio de nova inspeção de saúde, pela mesma instância da Junta de Saúde na qual o laudo foi exarado, ou outra de instância superior, quando determinado por órgão de pessoal competente ou por solicitação de uma Junta de Inspeção de Saúde ou AMP, quando verificar insubsistência para a manutenção do laudo anteriormente exarado.

Quadro sinóptico de patologias

A seguir, é demonstrado o quadro sinóptico das doenças graves ou potencialmente incapacitantes amparadas por diplomas legais:

Condição legal	Lei nº 6.880/80 (Estatuto dos Militares)	Lei nº 11.052/04 (Imposto de Renda)
Alienação Mental	Sim	Sim
Cardiopatia Grave	Sim	Sim
Cegueira	Sim	Sim
Espondilite Anquilosante	Sim	Sim
Estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante)	Não	Sim
Hanseníase	Sim	Sim
Doença de Parkinson	Sim	Sim
Nefropatia Grave	Sim	Sim
Neoplasia Maligna	Sim	Sim
Paralisia Irreversível e Incapacitante	Sim	Sim
Pênfigo	Sim	Não
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)	Sim	Sim
Tuberculose Ativa	Sim	Sim
Hepatopatia Grave	Não	Sim
Contaminação por radiação	Não	Sim
Esclerose Múltipla	Sim	Sim
Fibrose Cística	Não	Sim

CAPÍTULO III

DAS DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

Alienação Mental

1. Conceituação

1.1. Conceitua-se como alienação mental todo caso de distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação e do pragmatismo e tornando o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho.

1.2. As Juntas de Inspeção de Saúde e 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).

1.3. As Juntas de Inspeção de Saúde e 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 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.

1.4. São considerados meios habituais de tratamento:

a) psicoterapia;
b) psicofarmacoterapia; e
c) terapêutica biológica (eletroconvulsoterapia, insulinoterapia, entre outros).

1.5. Não é considerado meio de tratamento a utilização de psicofármacos em fase de experiência laboratorial.

2. Quadros clínicos que cursam com a alienação mental

2.1. São necessariamente casos de alienação mental, satisfeitas as condições discriminadas nas alíneas "d", "e" e "f" do subitem 1.3:

a) demência;
b) esquizofrenia;
c) transtorno delirante persistente; e
d) retardo mental profundo ou grave.

2.2. São excepcionalmente considerados casos de alienação:

a) transtorno de personalidade e do comportamento devido à doença, lesão ou disfunção cerebral e que satisfizer as três condições a seguir citadas: seja grave, cronificado e resistente ao tratamento;

b) retardo mental moderado e que satisfizer as três condições a seguir citadas: atraso acentuado no desenvolvimento na infância, mínimo grau de independência quanto aos cuidados pessoais e mínimo grau de comunicação social e habilidade acadêmica;

c) transtorno afetivo bipolar grave com sintomas psicóticos ou transtorno depressivo recorrente grave com sintomas psicóticos e que satisfizerem as duas condições a seguir citadas: sejam cronificados e resistentes ao tratamento;

d) transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa e que satisfizerem as três condições a seguir citadas: presença de sintomas psicóticos, comprometimento grave e irreversível de personalidade e refratariedade ao tratamento;

e) casos graves de epilepsia e que satisfizerem a uma das condições a seguir citadas: predominância de sintomas de demenciação, resistência terapêutica ou elevada frequência de surtos psicóticos;

f) autismo infantil ou atípico; e
g) Síndrome de Rett.

2.3. Não são casos de alienação mental:

a) síndrome amnésica orgânica;
b) transtornos esquizotípico, esquizoafetivo ou psicótico agudo e transitório;
c) transtornos afetivos, exceto os que satisfizerem as condições apresentadas no subitem 2.2;
d) delirium;
e) transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa, exceto os que satisfizerem as condições apresentadas no subitem 2.2;
f) transtornos fóbico, ansioso, obsessivo-compulsivo, dissociativo, somatoforme, relacionado ao estresse ou de adaptação;
g) síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos;
h) transtornos da personalidade e do comportamento do adulto, exceto os devidos a doença, a lesão ou a disfunção cerebral e que satisfizerem as condições apresentadas no subitem 2.2;
i) transtornos dos hábitos e dos impulsos, de preferência sexual ou associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação;
j) retardo mental leve;
k) transtornos do desenvolvimento psicológico, exceto autismo e Síndrome de Rett; e
l) transtornos hipercinéticos ou de conduta.

2.3.1. Os casos excepcionalmente graves e persistentes de estados psicopatológicos, citados nas letras "a", "b" e "c" do item 2.3. desta Legislação podem, entretanto, causar invalidez.

3. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Alienação Mental

3.1. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, para maior clareza e definição imediata da situação do inspecionando, deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos laudos 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) estado da condição que confere a alienação mental nos casos discriminados no subitem 2.2; e

c) expressão "alienação mental" entre parênteses.

3.1.1. Se os laudos concluírem por alienação mental, deverão ser firmados em diagnósticos que não se confundam com os quadros de reações psíquicas isoladas, intercorrências psicorreativas e distúrbios orgânicos subjacentes, dos quais sejam simples epifenômenos.

3.1.2. Para os casos discriminados no subitem 2.2., a simples menção do grau ou intensidade da enfermidade não esclarece a condição de "alienação mental" se não estiver mencionado o estado da condição que confere a alienação mental.

3.1.3. Não poderão ser emitidos laudos de alienação mental com base em diagnóstico de enfermidade psiquiátrica aguda.

3.1.4. Constituem exemplos de laudos:

a) "Esquizofrenia Paranóide, F.20.0 CID 10 (É caso de Alienação Mental)";

b) "Demência na doença de Alzheimer, F00.1 CID 10 (É caso de Alienação mental)";

c) "Transtorno depressivo recorrente grave com sintomas psicóticos - estado cronificado e resistente ao tratamento, F33.3 CID 10 (É caso de Alienação Mental)";

d) "Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool - estado psicótico, com comprometimento grave e irreversível de personalidade e refratariedade ao tratamento, F10.7 CID 10 (É caso de Alienação Mental)";

e) "Retardo mental moderado - estado de atraso acentuado no desenvolvimento na infância, mínimo grau de independência quanto aos cuidados pessoais e mínimo grau de comunicação social e habilidade acadêmica, F71 CID 10 (É caso de Alienação Mental)";

f) "Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool, F04 CID 10 (Não é caso de Alienação Mental)";

g) "Amnésia dissociativa, F44.0 CID 10 (Não é caso de Alienação Mental)"; e

h) Transtorno de Personalidade Paranóica, F60.0 CID 10 (Não é caso de Alienação Mental).

3.2. A alienação mental é condição que determina a invalidez.

3.3. As Juntas de Inspeção de Saúde e 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 Singular para condução da medida legal

conveniente ao caso: medida de segurança, interdição, administração provisória e outros casos, na forma prevista em Lei.

3.4. A medida legal superveniente à conclusão das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP complementará, indispensavelmente, o processo administrativo de reforma (ou aposentadoria) do inspecionando portador de alienação mental.

Cardiopatia Grave

4. Conceituação

4.1. Cardiopatia grave não é um diagnóstico clínico. A sua classificação se baseia nos aspectos de gravidade das cardiopatias, colocados em perspectiva com a capacidade de exercer as funções laborativas e suas relações como prognóstico de longo prazo e a sobrevivência do inspecionado.

São consideradas cardiopatias graves, as doenças cardiovasculares agudas ou crônicas que acarretam, de modo irreversível, em maior ou menor período de tempo, a perda da capacidade física e funcional do coração, ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação, determinando incapacidade permanente para todo e qualquer trabalho ou o risco de morte prematura, não obstante o tratamento clínico ou cirúrgico adequado. Desta forma, deve-se ter em mente a afirmativa de Besser de que "É preciso não confundir gravidade de uma cardiopatia com Cardiopatia Grave, uma entidade médico pericial". Torna-se fundamental esta distinção, para que se possa efetivamente considerar um inspecionado portador de Cardiopatia Grave, levando-se em conta o conceito dinâmico de "reversibilidade" da evolução das cardiopatias, que podem em função da terapêutica instituída deixar de configurar uma condição de Cardiopatia Grave. Cabe ressaltar a influência benéfica dos avanços tecnológicos com o desenvolvimento de procedimentos intervencionistas diagnósticos e terapêuticos que alteram radicalmente a história natural da doença para melhor, modificando sua evolução e, consequentemente, a categoria de gravidade no momento da avaliação pericial. Esta deve ser pontual e baseada em evidências clínicas e em dados fornecidos por avaliações funcionais cardiológicas recentes.

Por outro lado, nunca se deve concluir, de antemão, que pacientes submetidos a quaisquer das intervenções mencionadas têm a condição médico pericial de Cardiopatia Grave como erroneamente interpretado por muitos. Considera-se um inspecionado como portador de Cardiopatia Grave, quando existir uma doença cardíaca que acarrete o total e definitivo impedimento das condições laborativas, existindo, implicitamente, uma expectativa de vida reduzida, baseando-se o avaliador na documentação e no diagnóstico da cardiopatia, evitando-se as conclusões baseadas em impressões subjetivas ou alegações emanadas dos pacientes, sem o corroborativo complementar, tão sujeitas a erros ou interpretações enganosas.

4.2. São consideradas cardiopatias graves:

a) as cardiopatias agudas, rápidas em sua evolução para óbito ou que se tornam crônicas, caracterizadas por perda da capacidade física e funcional do coração;

b) as cardiopatias crônicas, quando limitam, progressivamente, a capacidade física e funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação), não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado;

c) as cardiopatias agudas ou crônicas que apresentam dependência total de suporte inotrópico farmacológico ou mecânico; e

d) a cardiopatia terminal: cardiopatia grave em que a expectativa de vida encontra-se extremamente reduzida, geralmente não responsiva à terapia farmacológica máxima ou a suporte hemodinâmico externo. Devido à severidade do quadro clínico ou à existência de comorbidades associadas, os portadores desta forma de cardiopatia não são candidatos à cirurgia para correção do distúrbio de base ou a transplante cardíaco.

4.3. A limitação da capacidade física e funcional é definida, habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes:

a) insuficiência cardíaca;
b) insuficiência coronariana;
c) arritmias complexas;
d) hipoxemia; e
e) manifestações de baixo débito cerebral, secundárias à cardiopatia.

4.4. A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos indivíduos em classes ou graus assim descritos, de acordo com a Classificação da New York Heart Association (NYHA):

a) Classe/Grau I: indivíduos portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, nem palpitações, nem dispneias, nem angina de peito;

b) Classe/Grau II: indivíduos portadores de doença cardíaca com leve limitação da atividade física. Estes indivíduos sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispneia, palpitações ou angina de peito;

c) Classe/Grau III: indivíduos portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Estes indivíduos sentem-se bem em repouso, embora acusem fadiga, dispneia, palpitações ou angina de peito quando efetuam pequenos esforços; e

d) Classe/Grau IV: indivíduos portadores de doença cardíaca que os impossibilita de qualquer atividade física. Estes indivíduos, mesmo em repouso, apresentam dispneia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

4.4.1. Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, são, entre outros:

a) história clínica, com dados evolutivos da doença; história
b) exame clínico;
c) eletrocardiograma, em repouso;
d) eletrocardiografia dinâmica (Holter);
e) teste ergométrico;
f) ecocardiograma, em repouso;
g) ergoespirometria (vo2 pico<14ml/kg/min);
h) teste de caminhada de 6 minutos;
i) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;
j) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
k) cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);
l) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;
m) cinecoronarioventriculografia;
n) angiotomografia computadorizada;
o) tomografia coronariana computadorizada;
p) angio-ressonância magnética; e
q) ressonância magnética cardíaca.

4.4.2. Nos indivíduos portadores de doenças cardíacas não identificáveis com os meios de diagnóstico, citados no item 4.4.1. Desta Legislação, deverão ser utilizados outros exames e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

4.5. Os achados patológicos isolados em exames complementares por si só, não são suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave, devendo, para tanto, ser realizada a análise do conjunto dos exames complementares pertinentes a cada tipo de cardiopatia e observada a correlação anátomo-funcional que caracteriza uma doença cardíaca incapacitante.

4.6. O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave estão relacionados para as seguintes patologias cardíacas:

a) cardiopatia isquêmica;
b) cardiopatia hipertensiva;
c) miocardiopatias;
d) arritmias cardíacas;
e) "cor pulmonale" crônico;
f) cardiopatias congênitas;
g) valvopatias;
h) pericardiopatias; e
i) aortopatias.

5. Afecções descritas capazes de causar cardiopatia grave

São descritas diversas afecções capazes de caracterizar cardiopatia grave, sendo, no entanto, necessário frisar a importância da observação do preconizado no item 4.4., devendo ser avaliados de forma criteriosa, a condição clínica do inspecionado, os exames complementares, os procedimentos terapêuticos instituídos, observando-se a correlação anatomofuncional e respeitando-se os prazos preconizados para reavaliação funcional. As manifestações clínicas relacionadas e as respectivas alterações dos exames complementares são indicativos de gravidade do ponto de vista clínico, servindo de subsídios para o enquadramento legal, não devendo ser consideradas individualmente.

Serão definidos os tópicos importantes a serem valorizados na definição de gravidade das diferentes cardiopatias.

As cardiopatias discriminadas abaixo podem manifestar-se de diversas formas clínicas e, de um modo geral, são avaliadas do ponto de vista pericial posteriormente aos eventos agudos, quando já foram instituídas medidas terapêuticas pertinentes.

5.1. Cardiopatia Isquêmica

5.1.1. Forma aguda (IAM ou Angina instável)

a) Síndromes coronarianas agudas sem supradesnível de ST:
1) baixo débito cardíaco;
2) insuficiência cardíaca aguda;
3) arritmia ventricular maligna; e
4) disfunção ventricular mecânica;

Os tópicos acima em paciente já revascularizado, sem condições de submeter-se à revascularização cirúrgica ou percutânea.

b) Síndromes coronarianas agudas com supradesnível de ST ou BRE novo:
1) choque cardiogênico (Killip IV);
2) insuficiência cardíaca aguda (Killip II ou III);
3) arritmia ventricular maligna;
4) complicação mecânica do IAM (ruptura de parede livre, CIV, disfunção de músculo papilar);
5) IAM anterior extenso (V1-V6, D1, AVL);
6) BAV II grau Mobitz II;
7) BAVT ou distúrbio de condução interventricular;
8) infarto perioperatório de cirurgia de revascularização do miocárdio; e
9) infarto agudo do miocárdio em indivíduo já com infarto prévio de grande extensão ou com insuficiência cardíaca já estabelecida.

Cabe ressaltar que, apesar de mencionadas as formas agudas das Cardiopatias Isquêmicas, a avaliação pericial dar-se-á posteriormente às medidas terapêuticas instituídas, a fim de viabilizar o enquadramento em Cardiopatia Grave, de acordo com os critérios definidos nesta Portaria, exceto nos casos em que haja rápida evolução para óbito.

5.1.2. Forma crônica (Angina estável)

a) Quadro clínico:
1) angina classes III e IV da CCS (Canadian Cardiovascular Society), a despeito da otimização da terapêutica;
2) clínica de insuficiência cardíaca associada à isquemia aguda nas formas crônicas, a presença de disfunção ventricular progressiva; e
3) arritmias graves associadas a quadro anginoso, em especial as ventriculares (salvas de extrassístoles, taquicardia ventricular não sustentada ou sustentada), (associar dados do ECG e Holter).

b) Eletrocardiograma (repouso):
1) zona elétrica inativa (localização e magnitude);
2) alterações isquêmicas de ST-T (segmento ST permanentemente elevado configurando possível aneurisma ventricular);
3) alterações permanentes e significativas da repolarização ventricular;
4) distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular (QRS >120ms);
5) hipertrofia ventricular esquerda;
6) fibrilação atrial crônica; e
7) arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).

c) Radiografia do tórax:
1) cardiomegalia (com índice cardiotorácico superior a 0,5);
2) congestão venocapilar pulmonar; e
3) derrame pleural bilateral ou unilateral importante.

d) Teste ergométrico:
1) limitação da capacidade funcional (<5 MET);
2) angina em carga baixa (<5MET);
3) infradesnível do segmento ST:
(a) precoce (carga baixa);
(b) acentuado (>3mm);
(c) morfologia horizontal ou descendente;
(d) múltiplas derivações; e
(e) duração prolongada (> 6 min no período de recuperação).
4) supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio;
5) comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PAD > 30mmHg);
6) insuficiência cronotrópica (elevação insuficiente da frequência cardíaca, descartado o uso de drogas que possam afetar o cronotropismo, p. ex: betabloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio e amiodarona);
7) sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço; e
8) arritmias ventriculares complexas, durante ou pós-esforço;

e) Cintilografia miocárdica associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio):
1) defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias);
2) dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço;
3) hipercaptação pulmonar;
4) fração de ejeção (FE) em repouso ou esforço 0,40 (valor específico para o método);
5) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE <5%); e
6) motilidade parietal regional ou global anormal.

f) Cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos - interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico;

g) Ecocardiograma (em repouso):
1) fração de ejeção 0,40 (valor específico para o método de Simpson);
2) alterações segmentares significativas ou de vários segmentos que alteram a contratilidade ventricular global;
3) anormalidades em dois segmentos da parede ventricular em repouso;
4) dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda; e
5) complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

h) Ecocardiograma de estresse (associado ao esforço ou aos procedimentos farmacológicos):
1) aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistentes no ecocardiograma em repouso;
2) anormalidades em dois segmentos da parede ventricular induzidas com doses baixas de dobutamina;
3) resposta inotrópica inadequada ao uso de drogas cardioestimulantes;
4) acentuação das alterações de contratilidade preexistentes; e
5) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE < 5%).

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

j) Cinecoronarioventriculografia:
1) lesão de tronco de coronária esquerda 50%;
2) lesões em três vasos, moderadas a importantes (70% em terço proximal ou médio), e, "eventualmente" do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida;
3) lesões em um ou dois vasos maiores que 70%, com grande massa miocárdica em risco;
4) lesões ateromatosas extensas e difusas, sem viabilidade de correção cirúrgica ou por intervenção percutânea;
5) fração de ejeção < 0,40;
6) hipertrofia e dilatação ventricular esquerda;
7) áreas extensas de acinesia, hipocinesia e discinesia;
8) aneurisma de ventrículo esquerdo; e
9) complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.
k) Fatores de risco e condições associadas:
1) idade 70 anos;
2) hipertensão arterial sistêmica;
3) diabetes mellitus;
4) hipercolesterolemia familiar; e
5) vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios, tais como carótidas, membros inferiores, renais, cerebrais.
l) Pós-infarto do miocárdio:
1) cintilografia com Tálio / PET com FDG / RNM para pesquisa de viabilidade e demarcação de necrose (a extensão de necrose é marca de gravidade);
2) disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia);
3) isquemia à distância (em outra área que não a do infarto);
4) arritmias ventriculares complexas;
5) idade avançada (70 anos); e
6) comorbidades associadas, (diabetes mellitus, DPOC severa, neoplasias malignas, doença arterial periférica comprometendo vários leitos arteriais).

5.2. Cardiopatia Hipertensiva

A definição de cardiopatia grave na doença hipertensiva não depende exclusivamente dos níveis tensionais, mas da concomitância de lesões em órgãos-alvo: rins, coração, cérebro, retina e artérias periféricas. Em alguns casos, um ou mais órgãos-alvo podem estar envolvidos, sem que o coração o esteja. Nesses casos, não se trata de cardiopatia hipertensiva, mas de hipertensão arterial complicada. O comprometimento do coração na hipertensão arterial é que identifica a cardiopatia hipertensiva. A gravidade clínica é caracterizada pela presença das seguintes condições:

a) hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG (com alterações da repolarização ventricular) ou ecocardiograma (com massa ventricular esquerda acima de 163 g/m em homens e 121 g/m em mulheres), que não regride com o tratamento;
b) disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção < 0,40;
c) arritmias supraventriculares e ventriculares complexas relacionadas à hipertensão arterial; e
d) cardiopatia isquêmica grave associada.

5.2.1. A Cardiopatia Hipertensiva é agravada, ainda, pelo comprometimento de outros órgãos- alvo, como discriminado a seguir:

a) cérebro: isquemia cerebral transitória, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico;
b) rins: caracterizado por creatinina >3mg/dl ou clearence de creatinina <30 ml/min, presença de albuminúria e/ou sinais de insuficiência renal crônica (redução do tamanho dos rins, disfunção plaquetária, anemia crônica, distúrbio do equilíbrio ácido-básico, hiperazotemia);
c) artérias periféricas: aneurisma ou dissecção da aorta, trombose arterial periférica, estenose de carótida >70%, assintomática e >50%, com sintomas; e
d) retina: hemorragias, exudato e papiledema, especialmente quando não regridem com tratamento adequado.

5.3. Miocardiopatias

5.3.1. Miocardiopatias Hipertróficas

A gravidade é caracterizada pela presença de um ou mais fatores abaixo:

a) individuo sintomático, especialmente com história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica;
b) diagnóstico na infância (baixa idade);
c) hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST-T;
d) cardiomegalia;
e) disfunção ventricular esquerda sistólica (com FE<40/%);
f) fibrilação atrial;
g) síndrome de Wolff-Parkinson-White associada;
h) arritmias ventriculares complexas;
i) regurgitação mitral importante;
j) doença arterial coronariana grave associada;
k) forma obstrutiva com gradiente de via de saída 50 mmHg; e
l) perfil citogenético de alto risco.

5.3.2. Miocardiopatias Dilatadas (primárias ou secundárias) caracterizada pela presença de um ou mais fatores abaixo:

a) história de fenômenos tromboembólicos sistêmicos;
b) cardiomegalia importante;
c) ritmo de galope (B3);
d) insuficiência cardíaca (classes funcionais III e IV);
e) fração de ejeção 0,40;
f) fibrilação atrial;
g) arritmias ventriculares complexas;
h) distúrbios da condução intraventricular, com complexos QRS > 120 ms; e
i) presença de assincronia ventricular demonstrada por ecocardiograma com Doppler tissular.

5.3.3. Miocardiopatias Restritivas (endomiocardiofibrose, fibroelastose, miocardiopatias infiltrativas-amiloidose)

A gravidade é caracterizada pela presença de um ou mais fatores abaixo:

a) história de fenômenos tromboembólicos;
b) cardiomegalia acentuada;
c) insuficiência cardíaca (classes funcionais III e IV);
d) envolvimento do ventrículo direito;
e) fibrose miocárdica acentuada; e
f) regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.

5.3.4. 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 total.

5.4. Arritmias Cardíacas

As arritmias graves, comprovadas eletrocardiograficamente, resistentes ao tratamento medicamentoso ou à ablação por radiofrequência nos casos indicados, ou cursando com episódios tromboembólicos, serão consideradas como Cardiopatia Grave, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de alterações cardiovasculares.

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 Mobitz II;
2) bloqueio atrioventricular total (BAVT):
(a) sintomático;
(b) com resposta cronotrópica inadequada ao esforço;
(c) com cardiomegalia progressiva; e
(d) com insuficiência cardíaca;
3) fibrilação atrial com baixa resposta ventricular; e
4) bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), de alto grau.
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 de base.

5.5. "Cor Pulmonale Crônico"

Constituem características de maior gravidade:

a) Quadro clínico:
1) manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);
2) insuficiência cardíaca direita;
3) angina de peito classe III a IV da NYHA;
4) crises sincopais;
5) hiperfonese canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar;
6) galope ventricular direito (B3); e
7) gasometria arterial com PO2 < 60 mm Hg; PCO2 > 50 mm Hg;
b) Eletrocardiograma:
1) sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.
c) Ecocardiograma:
1) hipertrofia ventricular direita, com disfunção diastólica e/ou sistólica;
2) grande dilatação do átrio direito;
3) pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada com base nas pressões do VD e AD, 60 mmHg;
4) insuficiência tricúspide importante; e
5) inversão do fluxo venoso na sístole atrial.
d) Estudos hemodinâmicos:
1) dilatação do tronco da artéria pulmonar;
2) dilatação do ventrículo direito;
3) dilatação do átrio direito;
4) pressão na artéria pulmonar 60 mmHg;
5) pressão no átrio direito 15 mmHg;
6) insuficiência pulmonar; e
7) insuficiência tricúspide.

5.6. Cardiopatias Congênitas

São consideradas graves as que apresentam:

a) Do ponto de vista clínico:
1) crises hipoxêmicas;
2) insuficiência cardíaca (classes funcionais III e IV);
3) hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; e
4) arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.
b) Do ponto de vista anatômico:
1) doença arterial pulmonar;
2) necrose miocárdica, por doença coronariana ou origem anômala das artérias coronárias;
3) drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas;
4) hipotrofia ventricular direita;
5) agenesias valvares (pulmonar e aórtica);
6) hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral;
7) hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;
8) estenose mitral;
9) transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações;
10) ventrículos únicos com atresias valvares;
11) ectopias cardíacas com alterações múltiplas; e
12) cardiopatias complexas.
c) Do ponto de vista anatomofuncional:
1) sobrecargas diastólicas ventriculares associadas à hipocontratilidade ventricular acentuada, com manifestações clínicas;
2) sobrecargas sistólicas ventriculares com hipertrofia importante e desproporcionada ou com miocardiosclerose e manifestações clínicas;
3) cardiopatias hipertróficas acentuadas, com manifestações clínicas; e
4) nas formas crônicas com defeitos corrigidos, a presença de ICE, ICD ou ICC e seus achados clínicos (enteropatia perdedora de proteínas, ascite refratária, cirrose cardíaca).

5.7. Valvopatias

5.7.1. 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 maior que 3+/6+, com irradiação em faixa ou círculo;
5) segunda bulha hipofonética, no foco pulmonar;
6) desdobramento amplo e constante da segunda bulha, no foco pulmonar; e
7) insuficiência mitral aguda associada ou não a processo isquêmico.
b) Eletrocardiograma:
1) sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas, com alterações da repolarização ventricular; e
2) fibrilação atrial.
c) Radiografia do tórax:
1) aumento acentuado da área cardíaca, 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 3 (três) vezes maior, em relação à média do capilar pulmonar;
2) opacificação do átrio esquerdo igual ou maior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers; e
3) fração de regurgitação maior que 60% (FR = volume de regurgitação/volume sistólico total).

5.7.2. 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 precoce de abertura da valva mitral;
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) Radiografia do tórax:
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 cm²;
2) tempo de 1/2 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.

5.7.3. 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) íctus hipercinético, deslocado externamente;
7) pressão diastólica próxima a zero;
8) queda progressiva da pressão arterial sistólica; e
9) presença de aneurisma do seio de Valsalva.
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) Radiografia do tórax:
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, ocasionada somente pela sístole atrial;
4) piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda; e
5) queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço, abaixo de 40%.
e) Cintilografia miocárdica: comportamento anormal da fração de ejeção, abaixo de 40%; e
f) Hemodinâmica e angiografia:
1) baixa pressão diastólica da aorta, tendendo a equalização das pressões diastólicas aortoventriculares;
2) pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (> 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 > 60%.

5.7.4. 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 (B3);
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 complexas; e
5) bloqueio atrioventricular total.
c) Ecocardiograma:
1) área valvar < 0,75 cm²;
2) gradiente médio de pressão transvalvar aórtica > 50 mm Hg;
3) gradiente máximo > 70 mm Hg; e
4) sinais de hipocinesia ventricular esquerda.
d) Hemodinâmica:
1) área valvar < 0,75 cm²;
2) hipocinesia ventricular esquerda; e
3) coronariopatia associada. Casos submetidos a tratamento cirúrgico: visto que a implantação de uma prótese valvar mantém certo grau de obstrução, embora com gradiente menor, há a manutenção da condição fisiopatológica. Nesses casos o enquadramento em Cardiopatia Grave dependerá do grau de comprometimento clínico-funcional do inspecionado.

5.7.5. Prolapso Valvar Mitral Caracterizado 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
k) rotura de cordoalhas tendíneas.

5.7.6. Portadores de Prótese Cardíaca
Nas seguintes situações:
1) presença de hemólise com necessidade de hemoterapia;
2) sinais de disfunção protética aguda ou crônica;
3) história de endocardite pregressa ou atual; e
4) presença de gradiente não funcional, acarretando disfunção/ dilatação ventricular.

5.8. Pericardites

Podem ser consideradas graves nas situações de extrema restrição do enchimento ventricular por inflamação crônica. As restrições pericárdicas devem-se às pericardites por tuberculose e por radiação. A gravidade é determinada por achados clínicos associados ao quadro de restrição ventricular, tais como:
1) congestão circulatória periférica;
2) pulso paradoxal;
3) turgência jugular;
4) refluxo hepato-jugular; e
5) hepatomegalia.

5.9. Doenças da Aorta

As doenças da aorta, principalmente em sua porção torácica, são patologias com morbi- mortalidade elevada e tanto o tratamento clínico quanto o cirúrgico ainda estão associados a elevadas taxas de mortalidade.

5.9.1. Aneurisma de aorta torácica A gravidade é dada por:
1) diâmetro >5,5cm na porção ascendente da aorta;
2) diâmetro >6cm na porção descendente da aorta;
3) com qualquer diâmetro associado a sintomas de compressão de estruturas vizinhas (dor, rouquidão, dispnéia);
4) diâmetro >5cm nos portadores de síndrome de Marfan ou válvula aórtica bicúspide;
5) diâmetro >4cm nos portadores de válvula aórtica bicúspide, que necessitem de correção cirúrgica da valvopatia; e
6) aneurismas de aorta de rápida progressão, história familiar de dissecção ou estados hipermetabólicos (gestação).

5.9.2. Dissecção da aorta Caracterizada por:
1) dissecção aguda de aorta (menos de quinze dias entre os sintomas e o diagnóstico) envolvendo porção ascendente (Tipo A - Stanford), com ou sem envolvimento da válvula aórtica;
2) dissecção aguda de aorta (Tipo B - Stanford), associada a comprometimento de órgão alvo, ruptura ou iminência de ruptura (formação sacular), extensão retrógrada e nos portadores de síndrome de Marfan; e
3) dissecção não aguda da aorta associada com envolvimento de órgão alvo, sintomas recorrentes, progressão retrógrada ou anterógrada da lesão intimal já pré-estabelecida.

5.9.3. Hematoma de aorta

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

5.10. Tumores Cardíacos

5.10.1. Tumores Malignos

Deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento de neoplasia maligna.

5.10.2. Tumores Benignos

As tumorações benignas que ocasionarem alterações funcionais irreversíveis e os casos em que do tratamento cirúrgico decorrer comprometimento funcional do coração nas formas e gravidade anteriormente descritas, deverão ser enquadrados como Cardiopatia Grave.

6. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Cardiopatia Grave

6.1. Os portadores de lesões cardíacas que se enquadrem nas especificações dos Graus III ou IV da avaliação de capacidade funcional descrita no item 4.4, observando-se o subitem 4.4.1, destas Normas, esgotados todos os recursos terapêuticos da medicina especializada, serão considerados como portadores de cardiopatia grave pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos AMP.

6.2. Os portadores de lesões cardíacas que se enquadrem nas especificações dos Graus I e II da avaliação de capacidade funcional descrita no item 4.4, observando-se o subitem 4.4.1, destas Normas, e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a eficiência funcional, ou que a avaliação funcional através de exames diagnósticos não evidenciar padrões de incapacidade em exercer atividades da vida diária, somente serão considerados portadores de cardiopatia grave, quando, fazendo uso de terapêutica específica apresentarem progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico evolutivo e exames complementares. Para tal conclusão, as Juntas de Saúde deverão analisar os exames funcionais disponíveis e, quando considerarem o enquadramento, justificá-lo a partir de quando a condição médico pericial Cardiopatia Grave se configurou.

6.3. 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 6.2 destas Normas.

6.4. Os portadores de hipertensão arterial secundária e/ou lesões cardíacas passíveis de correção cirúrgica que, de acordo com expressa avaliação por serviços de Cardiologia e Cirurgia Cardíaca, tenham relação risco-benefício favorável à execução do procedimento, não serão inicialmente considerados portadores de Cardiopatia Grave e serão reavaliados após a cirurgia, decorridos os prazos previstos pela medicina especializada.

6.5. Os laudos das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos etiológicos e a afirmação ou negação de cardiopatia grave para o enquadramento legal da lesão incapacitante. Nas observações deverão ser lançadas as justificativas anatômicas e funcionais.

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

6.6. Considera-se um indivíduo como portador de Cardiopatia Grave, quando existir uma doença cardíaca que acarrete o total e definitivo impedimento das condições laborativas ou de suas atividades rotineiras, existindo implicitamente, uma expectativa de vida diminuída, baseando-se o avaliador na documentação e no diagnóstico da cardiopatia, tendo sido esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Cegueira

7. Perícia Oftalmológica - conceitos

7.1. Acuidade visual

A acuidade visual (AV) é a capacidade de perceber a forma e o contorno dos objetos e também considerada um dos parâmetros de desempenho funcional do sistema visual. Quanto melhor for a acuidade visual, melhor será a nitidez dos objetos focados. Assim, fisiologicamente, a AV é determinada pela habilidade de distinguir dois estímulos separados no espaço em contraste com o fundo.

Ela pode ser medida para longe e para perto, sem e com correção óptica. A Tabela de Snellen é o método universalmente aceito, para medir o AV para longe e, a Tabela de Jaeger, para perto.

Expressa-se a acuidade visual sob forma de fração: o numerador é a distância em que o periciado vê os optótipos e o denominador na qual deveria vê-los se tivesse uma acuidade visual normal (ou de "uma unidade"). Assim, tem-se a notação fracionária 6/m ou 20/p, onde m é o valor da distância em metros e p em pés, na qual o optótipo apresentado deveria ser normalmente visível.

O indivíduo que possui 20/20, a visão é normal e significa que enxerga o que a maioria da população vê a seis metros de distância. Quando a visão é 20/40, isso significa que quando fica a seis metros (vinte pés) da tabela de leitura, é capaz de enxergar o que um ser humano normal veria se estivesse a doze metros (quarenta pés). Ou seja, um indivíduo com visão normal a doze metros de distância do quadro e o periciado a seis metros veriam os mesmos detalhes. Outro exemplo: 20/100 significa que quando se está a seis metros (vinte pés), se consegue ver o que um indivíduo com visão normal veria se estivesse a trinta metros (cem pés) de distância.

Quando a AV é muito baixa, ou seja, não é possível ler o maior optótipo da Tabela de SNELLEN, então é utilizada uma tabela especial para indivíduos de baixa visão ou, na ausência desta, solicita-se que o indivíduo diga se consegue contar os dedos da mão que o examinador coloca a sua frente a uma distância de três, dois ou um metro, sendo expressa como "contar dedos a x metros" (CD a x m).

É importante ressaltar que, por convenção, a medida da AV no exame oftalmológico é realizada a uma distância de seis metros (vinte pés) do examinado em relação a tabela de optótipos, iniciando- se a avaliação pelo olho direito - OD com oclusão do olho esquerdo, e posteriormente, o olho esquerdo e avaliado com a oclusão do OD, sendo as avaliações com o uso de correção óptica recente ou com correção óptica utilizando o buraco estenopeico.

7.2. Campo Visual

Campo visual, por definição, é a porção do espaço em que os objetos são simultaneamente, visíveis quando se fixa o olhar numa determinada direção. Para caracterizar as áreas do campo visual com sensibilidade diminuída, usa-se o termo escotoma, que significa sombra. Nas avaliações perimétricas, representa uma área onde a visão está parcialmente comprometida (escotoma relativo) ou totalmente comprometida (escotoma absoluta), numa região em que deveria haver sensibilidade normal.O campo visual tem formato elíptico e seus limites de cada olho são, separadamente, medidos em graus, desde o ponto de fixação do olhar, aproximadamente: sessenta graus no campo superior, setenta e cinco graus no campo inferior, cem graus no temporal e sessenta graus no nasal.

Para adequada interpretação e posterior enquadramento legal, a acuidade visual (com a melhor correção ou, simplesmente, dita "corrigida") e o campo visual devem ser analisados criteriosamente, pois dependem da colaboração do examinado.

7.3. Conceitos de cegueira e cegueira legal

A amaurose ou cegueira total refere-se à ausência de percepção luminosa, ou perda completa da visão em ambos os olhos sendo está uma das condições previstas para enquadramento, por exemplo, em majoração de vinte e cinco por cento da aposentadoria por invalidez.

O termo "cegueira" não significa necessariamente "perda visual absoluta", mas, limitação para tarefas rotineiras possivelmente incapacitantes.

Há o conceito de cegueira parcial, conhecida como legal, econômica ou profissional, muito utilizado quando a dificuldade visual passa a comprometer o desempenho profissional. Sua definição é a acuidade visual igual ou inferior a 0,1 (20/200) no melhor olho, com a melhor correção óptica. Nessa categoria, há indivíduos mais próximos da cegueira total, que apenas têm percepção (distinguem claro e escuro) ou projeção luminosa (identificam a direção da luz);

Há os que percebem vultos, os capazes de contar dedos a curta distância e os que identificam optótipos (letras, números ou figuras) no exame oftalmológico. Neste sentido, introduz-se o conceito de cegueira, na qual a "acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (20/400), no melhor olho, com a melhor correção óptica", conforme do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 (alterando a redação do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999). Todavia, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de cegueira, além do conceito acima, inclui a condição na qual o campo visual seja menor do que dez graus em torno do ponto central de fixação.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DEFICIÊNCIAS, INABILIDADES E DESVANTAGENS DA OMS.

DISTÚRBIO	DEFICIÊNCIA	INABILIDADE	DESVANTAGEM
Mudanças Anatômicas	Mudanças na função do órgão	Perda de habilidades individuais	Consequências Sociais
Cicatriz corneana, catarata, retinopatia	Acuidade visual, campo visual, visão de cores	Habilidade de leitura, mobilidade, vida diária.	Necessidade extra de esforço, perda da independência, perda do emprego.

CATEGORIAS GERAIS DE HABILIDADE

ACIMA DO NORMAL	HABILIDADE EXCEPCIONAL	NÃO REQUER AUXÍLIO
NORMAL	DESEMPENHO NORMAL	NÃO REQUER AUXÍLIO
PERDA LEVE	DESEMPENHO PRÓXIMO DO NORMAL	AUXÍLIO DE MELHORA
PERDA MODERADA	DESEMPENHO PRÓXIMO DO NORMAL	AUXÍLIO DE MELHORA
PERDA SEVERA	DESEMPENHO RESTRITO	AUXÍLIO DE MELHORA
PERDA PROFUNDA	DESEMPENHO RESTRITO	AUXÍLIO DE MELHORA
PERDA QUASE TOTAL	DESEMPENHO RESTRITO	AUXÍLIO DE SUBSTITUIÇÃO

De acordo com a 10ª Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), considera-se Visão Subnormal quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é pior que 0,3 (20/60) e melhor que ou igual a 0,05 (20/400) ou seu Campo Visual menor que vinte graus no melhor olho com a melhor correção. Considera-se cegueira quando o valor de acuidade visual é pior que 0,05 (20/400) no melhor olho ou no Campo Visual, menor que dez graus.

Segundo A OMS, a Baixa Visão pode ser classificada nos seguintes aspectos:

- 20/30 a 20/60: é considerado leve perda de visão, ou próximo de visão normal;
- 20/70 a 20/160: é considerado baixa visão moderada, baixa visão moderada;
- 20/200 a 20/400: é considerado grave deficiência visual, baixa visão grave;
- 20/500 a 20/1000: é considerado visão profunda, baixa visão profunda;
- Inferior a 20/1000: é considerado quase total deficiência visual, cegueira total ou quase;
- Nenhuma Percepção da luz: é considerada total deficiência visual, cegueira total.

A Cegueira ou amaurose é um estado patológico no qual a acuidade visual de um olho (monocular) ou de ambos os olhos é igual a zero (CID H54.0), sem percepção luminosa, após esgotados os recursos de correção óptica.

A visão monocular com o outro olho normal ou com classes de comprometimento visual 1 e 2 não incapacita a vida laboral ou de relação. De acordo com as peculiaridades entre as Forças Singulares, devem ser avaliadas as restrições laborais que exijam visão binocular.

7.4. São consideradas cegueiras, com base na definição de classes de comprometimento visual e Classificação Internacional de Doenças (CID 10), conforme as definições e a tabela a seguir:

a) H54.1 - Cegueira em um olho e visão subnormal em outro - Classes de comprometimento visual 3, 4 e 5 em um olho, com categorias 1 ou 2 no outro olho; e

b) H54.2 - Visão subnormal de ambos os olhos - Classes de comprometimento visual 1 ou 2 em ambos os olhos;

7.5. A cegueira em um olho (H54.4) com classes de comprometimento visual 3, 4 ou 5 em um olho (visão normal no outro olho) ou visão monocular será considerada doença especificada na Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, alterada pelas Leis nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004, combinado com o Ato Declaratório nº 3 da PGFN, de 30 de março de 2016.

8. A tabela abaixo apresenta a classificação da gravidade do comprometimento visual que foi recomendado pelo Grupo de Estudos sobre a Prevenção da Cegueira da OMS (WHO Technical Report Series nº 518, 1973).

O termo "visão subnormal" encontrado na categoria H54 da CID 10 compreende os graus 1 e 2 do quadro abaixo e o termo "cegueira" os graus 3, 4 e 5.

Caso a extensão do campo visual venha a ser levada em consideração, os pacientes cujo campo visual no olho de melhor visão se encontre entre cinco e dez graus em torno do ponto central de fixação devem ser colocados no grau 3 e os pacientes com campo até cinco graus em torno do ponto central de fixação serão colocados na categoria 4, mesmo se a acuidade central não estiver comprometida no olho acometido pela cegueira.

TABELA		
Grau de comprometimento visual	Acuidade visual com a melhor correção visual possível	
	Visão do melhor olho inferior a	Visão do pior olho igual ou melhor que
1	20/70 ou 0,3	20/200 ou 0,1
2	20/200 ou 0,1	20/400 ou 0,5
3	20/400 ou 0,05	20/1.200 ou 0,02 ou capacidade de contar dedos a 1 metro
4	20/1.200 ou 0,02 ou capacidade de contar dedos a 1 metro	Percepção de luz
5	Ausência da percepção da luz	

9. O inspecionado poderá requerer a realização de uma nova Inspeção de Saúde, em caso de agravamento da perda de visão, considerando a possibilidade de ser reformado, mesmo que já esteja na reserva.

10. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Cegueira

10.1. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, concluirão pelo enquadramento em cegueira, os portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.

10.2. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pelo enquadramento em cegueira, em qualquer dos graus descritos no item 8 destas Normas, dos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, de caráter irreversível, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico- cirúrgico, à luz de parecer especializado.

10.2.1. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, ao emitirem laudos de portadores de afecção que os inclua nos graus de diminuição da acuidade visual descritos no item 8 destas normas deverão fazer constar entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão "cegueira".

10.3. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, ao emitirem laudos de isenção do pagamento do Imposto de Renda de portadores da condição visão monocular, conforme os padrões descritos nesta Portaria, deverão fazer constar a expressão "Visão Monocular".

Espondilite Anquilosante

11. Conceituação

11.1. 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.

11.2. 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 consequência da fusão patológica dos ossos que a constituem.

12. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Espondilite Anquilosante

12.1. Ao firmarem seus laudos, as Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP deverão fazer constar a citação expressa da existência de anquiloses da coluna vertebral com os segmentos acometidos ou da articulação da raiz do membro acometido, sem o qual não há amparo para enquadramento.

12.2. As Juntas de Inspeção de Saúde e 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.

12.3. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, além dos elementos clínicos de que disponham e dos pareceres da medicina especializada, deverão, obrigatoriamente, ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

a) comprovação radiológica de anquilose;

b) cintilografia óssea;

c) teste sorológico específico HLA - B27; e

d) tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna acometidas.

Estados avançados da doença de Paget (Osteíte Deformante)

13. Conceituação

13.1. 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 frequentemente, atingindo várias partes do esqueleto.

13.2. 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. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Doença de Paget

14.1. As formas localizadas da doença de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina, ou oligossintomáticas, não serão legalmente enquadradas nessa afecção.

14.2. 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, comprovadamente relacionadas à patologia.

14.3. Ao firmarem o laudo médico pericial, as Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP deverão registrar a extensão das deformidades e regiões ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou o enquadramento e exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

14.3.1. São considerados exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

a) exame radiológico;

b) dosagem da fosfatase alcalina;

c) dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas;

d) tomografia computadorizada e, preferencialmente, ressonância nuclear magnética com resultado de biópsia óssea nos casos de suspeita de degeneração sarcomatosa; e

e) cintilografia óssea.

Hanseníase

15. Conceituação

15.1. 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.

Apresenta alta infectividade e baixa patogenicidade, sendo passível de tratamento e cura; a alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizado pelo esquema terapêutico, dentro do prazo recomendado. O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente e do exame dermato-neurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo motor e/ou autonômico).

15.2. Fica proscrita a sinonímia "lepra" nos documentos oficiais dos Serviços de Saúde do MD.

15.3. Critérios clínicos de atividade da doença:

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 músculos não afetados anteriormente; e

f) surgimento de novas áreas anestésicas.

15.4. Lesões reacionais:

a) reação de Mitsuda positiva;

b) o exame bacterioscópico pode ser positivo;

c) o exame histológico revela o granuloma tuberculóide com edema inter e intracelular; e

d) 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 a maneira de bota ou luva. As lesões geralmente são polimorfas e os tubérculos e nódulos eritemato-violáceos são sugestivos do diagnóstico.

16. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Hanseníase

16.1. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP farão o enquadramento em 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;

c) manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura; e

d) apresentarem sequelas invalidantes.

Mal de Parkinson (doença de Parkinson).

17. Conceituação

17.1. O mal de Parkinson (doença de Parkinson) 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 consequente lentidão de movimentos.

17.1.1. A expressão doença de Parkinson, por sua maior abrangência e por melhor atender aos conceitos científicos mais modernos sobre a enfermidade, é preferida a de mal de Parkinson, embora esta denominação se mantenha nestas Normas, de conformidade com a Lei.

17.2. O Parkinsonismo Secundário, também chamado de síndrome de Parkinson, é consequente a lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas (inclusive medicamentos), endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.

18. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Mal de Parkinson

18.1. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP somente farão o enquadramento em Doença de Parkinson, os casos com diagnóstico confirmado, obedecidos os critérios preconizados pela Literatura Médica especializada.

18.2. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP não deverão enquadrar como portadores de Mal de Parkinson os inspecionados com quadro de Parkinsonismo Secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

Nefropatias Graves

19. Conceituação

São consideradas nefropatias graves as patologias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência renal, determinando incapacidade permanente para o trabalho e/ou risco de morte prematura ou que rapidamente evoluírem para o óbito.

20. Classificação

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

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

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

21. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Nefropatias Graves São consideradas nefropatias graves:

21.1. As nefropatias incluídas no Estágio 3, desde que o periciado apresente sintomas e sinais clínicos relevantes.

21.2. As nefropatias classificadas como insuficiência renal grave, Estágios 4 e 5.

21.3. As Juntas de inspeção de Saúde e os AMP deverão, ao exarar o laudo médico-pericial, identificar o tipo de nefropatia seguido da indicação da presença ou não da condição nefropatia grave.

Neoplasias Malignas

22. Conceituação

22.1. 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.

22.2. O prognóstico da doença é influenciado pelos seguintes fatores:

a) grau de diferenciação celular;

b) grau de proliferação celular;

c) grau de invasão vascular e linfática;

d) estadiamento clínico e/ou cirúrgico;

e) resposta à terapêutica específica; e

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

22.3. O sistema de estadiamento das neoplasias malignas deverá ser o TNM, podendo ser utilizada outra classificação em casos específicos, não contemplados na TNM.

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

23. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Neoplasias Malignas

23.1. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP deverão, ao firmar os laudos de neoplasia maligna:

a) estar fundamentadas 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.

24. 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.

24.1. Nos casos de neoplasias malignas sem possibilidade terapêutica ou cujo curso clínico ou tratamento impossibilitem o exercício de atividades laborais em caráter definitivo, ao final do laudo deverá constar que a sua validade é indeterminada.

24.2. Decorridos cinco anos a contar da data do final do tratamento da neoplasia maligna, tendo sido o inspecionado submetido a tratamento específico com intenção curativa, na ausência de comprovação de doença em atividade, recidiva ou metástase, as Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP não firmarão laudo médico pericial com enquadramento em "Neoplasia Maligna".

24.3. A não exigência de comprovação de contemporaneidade de sintomas, nos casos das moléstias graves, passíveis de controle, não suprime a necessidade de avaliação médico pericial pormenorizada, incluindo a documentação médica comprobatória do diagnóstico. Nos casos das neoplasias malignas, em que os inspecionados já tenham alcançado critérios de controle de doença, a forma de conclusão a ser adotada no laudo é a seguinte: "Tem diagnóstico histopatológico da neoplasia maligna e localização), classificação pela CID 10, (Neoplasia Maligna), a partir de (dd/mm/aaaa)".

Neste caso, as juntas de Inspeção de Saúde e os AMP deverão enquadrar o periciado como "história de neoplasia maligna" e o benefício de isenção de imposto de renda deverá ser mantido.

Paralisia Irreversível e Incapacitante

25. Conceituação

25.1. 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.

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

26. Classificação

26.1. 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.

27. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP - Paralisia Irreversível e Incapacitante

27.1. A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários a recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade, observados os conceitos relevantes constantes do Capítulo II destas Normas.

27.2. São consideradas paralisias as lesões osteo músculoarticulares 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 a recuperação.

27.3. São consideradas 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 a recuperação, devendo os laudos das inspeções de saúde citar entre parênteses, o termo "Paralisia Irreversível e Incapacitante", de acordo com a classificação prevista no item 26 destas Normas.

27.4. São consideradas 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 o termo "Paralisia Irreversível e Incapacitante", de acordo com a classificação prevista no item 26 destas Normas.

27.5. Não se equiparam às paralisias as lesões osteo musculo-articulares envolvendo a coluna vertebral.

27.6. A paralisia de um músculo ou grupo de músculos não apresenta, por si só, motivo para enquadramento em Paralisia irreversível e incapacitante, pois muitas vezes não configura incapacidade. Por definição, é preciso que, depois de esgotadas todas as medidas terapêuticas disponíveis, seja considerada irreversível e incapacite o inspecionado para o exercício das atividades inerentes ao cargo ou das atividades rotineiras quando se tratar de inspecionados inativos ou dependentes.

27.7. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, após enunciar o diagnóstico, deverão declarar, entre parênteses, a expressão "Paralisia Irreversível e Incapacitante".

Pênfigos

28. Conceituação

28.1. Os pênfigos compreendem um grupo de dermatoses de curso crônico não contagiosas, de etiologia ainda desconhecida, cujas características principais são:

a) erupção bolhosa;

b) acantólise; e

c) auto-imunidade.

29. Classificação

29.1. 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 mucosas; 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 pode levar 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 frequentemente 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 lúpus eritematoso discóide e as bolhas podem, como no pênfigo foliáceo, localizar-se nas regiões pré-esternal e médio-dorsal.

30. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Pênfigos

30.1. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP somente poderão concluir os seus laudos definitivos 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.

30.2. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP não deverão enquadrar como pênfigo os casos provocados por fármacos.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids)

31. Conceituação

31.1. 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.

32. Classificação

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

32.2. 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 citomegalovírus;
5) herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;
6) histoplasmose disseminada;
7) isosporíase crônica;
8) micobacteriose atípica;
9) tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
10) pneumonia por P. carinii;
11) pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;
12) bacteremia recorrente por "salmonella";
13) toxoplasmose cerebral;
14) leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15) criptosporidiose intestinal crônica;
16) sarcoma de Kaposi;
17) linfoma de Burkit, imunoblástico ou primário de cérebro;
18) encefalopatia pelo HIV; e
19) síndrome consumptiva pelo HIV.

32.3. 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.

32.4. O quadro a seguir representa a classificação clínica e laboratorial:

Grupo	CD4	A	B	C
I	>ou= 500	A1	B1	C1
II	200-499	A2	B2	C2
III	<200	A3	B3	C3

A3, B3, e C são considerados SIDA/AIDS.

33. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - SIDA/Aids

33.1. Os portadores assintomáticos ou em fase de linfoadenopatia persistente generalizada (LPG), em princípio e a critério de cada Junta de Inspeção de Saúde ou AMP, poderão ser considerados aptos para o Serviço Ativo devendo, porém, ser submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 12 (doze) meses.

33.2. Os inspecionandos classificados nas Categorias A2, B1 e B2, respeitando a finalidade da inspeção de saúde e a natureza da sua atividade militar, se julgada de risco para o agravamento da sua condição de saúde, em princípio e a critério de cada Junta de Inspeção de Saúde ou AMP, deverão ser considerados incapazes temporariamente para o Serviço Ativo e submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias.

33.3. Os inspecionandos classificados nas Categorias A2, B1 e B2, respeitando a finalidade da inspeção de saúde e a natureza da sua atividade militar, se não julgada de alto risco para o agravamento da sua condição de saúde, em princípio e a critério de cada Junta de Inspeção de Saúde ou AMP, poderão ser considerados aptos para o Serviço Ativo, devendo ser submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a cento e oitenta dias, caso apresentem remissão do quadro clínico e laboratorial após um período de noventa dias de tratamento especializado.

33.4. Os inspecionandos a que se refere o item 33.3 destas Normas, que não apresentem remissão de quadro clínico e laboratorial após um período de 90 (noventa) dias de tratamento especializado, deverão ser considerados incapazes temporariamente para o Serviço Ativo e submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias.

33.5. Serão considerados incapazes definitivamente para o Serviço Ativo e inválidos os inspecionandos classificados nas Categorias A3, B3 e C, levando-se em consideração o quadro clínico e laboratorial, e que não reúnam condições mínimas laborativas.

33.6. As Forças Singulares expedirão normas próprias para a identificação das atividades de alto risco, de acordo com a natureza da atividade militar a que se refere o item 33.3 destas Normas.

33.7. Constituem exemplos de laudos:

a) "Portador do HIV, classificação A1, estando apto para o Serviço Ativo, devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a doze meses";

b) "Portador do HIV, classificação A2, estando apto para o Serviço Ativo, devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a cento e oitenta dias";

c) "Portador do HIV, classificação A2, estando incapaz temporariamente para o Serviço Ativo, devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a cento e oitenta dias";

d) "SIDA/Aids, classificação A3, estando incapaz para ao Serviço Ativo e para todo e qualquer trabalho"; e

e) "SIDA/Aids, Sarcoma de Kaposi, classificação C2, estando incapaz para o Serviço Ativo e para todo e qualquer trabalho".

Tuberculose Ativa

34. Conceituação

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

35. Classificação

35.1. As lesões tuberculosas são classificadas em:

a) ativas;
b) inativas;
c) de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto); e
d) curadas.

36. Avaliação do estado evolutivo das lesões tuberculosas

36.1. As lesões ativas apresentam as seguintes características:

a) bacteriológicas: presença do Mycobacterium tuberculosis ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material colhido para exame em amostras diferentes;

b) radiológicas:

1) caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado pela reação perifocal;

2) instabilidade das lesões infiltrativas, observadas nas séries de radiografias;

3) presença de cavidades com paredes espessas, com ou sem nível líquido e reação perifocal;

4) derrame pleural associado; e

5) complexo gângliopulmonar recente;

c) imunológicas: evidência de viragem tuberculínica recente, na ausência de vacinação BCG (PPD - Reator Forte); e

d) clínicas: presença de sinais clínicos e sintomas compatíveis com a doença tuberculosa.

36.2. As lesões inativas apresentam as seguintes características:

a) bacteriológicas: ausência de Mycobacterium tuberculosis no exame direto e/ou cultura do material colhido, com negatividade nos resultados dos exames mensais, durante pelo menos 3 (três) meses, inclusive em material obtido por broncoaspiração, e negatividade dos exames das peças de ressecção;

b) radiológicas: "limpeza" radiológica completa ou muito acentuada, onde os resíduos de lesão deverão apresentar-se estáveis em séries de radiografias. Se permanecerem cavidades, estas devem apresentar saneamento, paredes finas com nível líquido ou reação perifocal, aspecto cístico ou bulhoso;

c) clínicas:

1) ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;

2) existência eventual de manifestações de entidades mórbidas não tuberculosas consequentes à doença e à cura (resíduos sintomáticos com lesões tuberculosas inativas); e

3) persistência das condições clínicas favoráveis, com duração de, pelo menos, três meses.

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

36.4. As lesões tuberculosas são ditas curadas quando, após o tratamento regular com esquema tríplice, durante seis meses, apresentem as características de inatividade descritas no item 36.2 destas Normas.

37. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Tuberculose Ativa

37.1. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, de modo a comprovar, com segurança, a atividade da doença, deverão reavaliar inspecionado ao término do tratamento e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

37.2. O parecer definitivo a ser adotado pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos AMP para os portadores de lesões tuberculosas, aparentemente inativas, ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a seis meses, contados a partir do término do tratamento.

37.3. Os inspecionados que apresentarem lesões em atividade, após dois anos de 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 enquadrados como portadores de tuberculose ativa.

37.4. Os inspecionados que apresentarem "cor pulmonale" crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão julgados de acordo com o previsto na normatização relativa à cardiopatia grave constante do item 4 deste normativo.

37.5. Os inspecionados portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão avaliados pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos AMP à luz dos critérios clínicos pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

37.6. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, ao concluírem pelo enquadramento 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.

37.7. As sequelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis e terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois que dela diretamente decorrem.

Hepatopatia grave

38. Conceituação

38.1. As hepatopatias graves compreendem um grupo de doenças que atingem o fígado, de forma crítico ou secundária, com evolução aguda ou crítica, ocasionando alteração estrutural extensa e intensa progressiva e grave deficiência funcional, além de incapacidade para atividades laborativas e risco de vida.

39. Características

39.1. Constituem características das hepatopatias graves:

39.1.1. Quadro clínico:

a) emagrecimento;
b) icterícia;
c) ascite;
d) edemas periféricos;
e) fenômenos hemorrágicos;

f) alterações cutâneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda de pelos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas; e

g) alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

39.1.2. 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.

40. Nos exames de imagem são observadas as seguintes alterações:

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

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

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

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

41. Classificação

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

41.2. 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:

INDICADORES	PONTOS		
	1	2	3
Albumina	> 3,5 G%	3,0 a 3,5 g%	< 3,0 g%
Bilirrubina	< 2,0 mg%	2,0 a 3,0 mg%	> 3,0 mg%
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Grau de encefalopatia	Não	Leve	Grave
Atividade de protrombina	> 75%	20 a 74 %	< 50 %

41.2.1. 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

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

41.3. A encefalopatia hepática, também denominada encefalopatia portossistêmica, incluída na tabela constante do item 42.2. deste Normativo, obedece à seguinte gradação:

a) Subclínica: alteração em testes psicométricos;

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

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

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

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

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

42. São causas das hepatopatias graves:

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

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

c) doenças parasitárias e granulomatosas;

d) tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos; e

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

43. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Hepatopatias Graves

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

43.2. As hepatopatias classificadas na Classe B de Child, quando houver presença de ascite e/ou encefalopatia de forma recidivante, serão consideradas como hepatopatia grave.

43.3. As hepatopatias classificadas na Classe C de Child serão enquadradas como hepatopatia grave.

43.4. Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves, com tratamento específico, o enquadramento se dará após 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data do início do tratamento específico.

43.5. Os indivíduos que desenvolveram formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e foram submetidos a transplante hepático de urgência serão avaliados pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos AMP após 24 (vinte e quatro) meses do transplante.

43.6. Os laudos das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos anatomopatológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa de tratar-se de hepatopatia grave.

43.6.1. 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.

43.7. 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.

44. Constitui exemplo de laudo:

"Cirrose hepática consequente à hepatite crítica pelo vírus B, com insuficiência hepática Classe C de Child, é hepatopatia grave."

Contaminação por radiação "Doenças causadas por exposição à radiação ionizante"

45. Conceituação

45.1. Consideram-se "doenças causadas por Radiação ionizante em estágio avançado" todas patologias que tenham, comprovadamente, relação de causa e efeito com a Radiação ionizante, com comprometimento da capacidade laboral. As doenças por radiação ionizante, em todos os seus tipos e gravidades, se desenvolvem por exposição do indivíduo à referida radiação, com ou sem contaminação interna ou externa por material radioativo, sendo, portanto, o mesmo grupo de doenças.

45.2. Radiação ionizante: qualquer partícula ou radiação eletromagnética que, ao interagir com a matéria, desloca elétrons dos átomos ou moléculas produzindo íons.

45.3. Exposição à radiação ionizante: ato ou condição de estar submetido à radiação ionizante.

45.4. Contaminação radioativa: deposição indesejável de materiais radioativos em qualquer meio ou local.

45.5. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP deverão comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a patologia apresentada pelo indivíduo.

45.6. A afirmativa de que uma patologia 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.

45.7. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP deverão atentar para os quadros, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.

45.8. As Juntas de Inspeção de Saúde e 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.

46. Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação

46.1. 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 sanguínea. 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.

46.2. 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.

47. Quadros clínicos que cursam com a síndrome cutânea da radiação

47.1. 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 Grave (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.

48. Meios de diagnóstico

48.1. 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, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase lática, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);

g) dosimetria citogenética;

h) tomografia computadorizada;

i) ressonância magnética;

j) termografia;

k) avaliação fotográfica seriada;

l) estudos cintilográficos; e

m) estudos Doppler.

49. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde e dos AMP - Contaminação por radiação

49.1. Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita no item 47.1 destas Normas, serão considerados pelas Juntas de Inspeção de Saúde e pelos AMP como portadores de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado, desde que haja limitação significativa da capacidade física para exercer atividades laborais básicas.

49.2. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP farão o enquadramento por síndrome aguda da radiação dos inspecionados 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 doze meses; ou

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

49.3. Nos casos descritos nos subitens 49.1 e 49.2, constatada a irreversibilidade do quadro clínico, deverá constar após o laudo que o enquadramento será por tempo indeterminado.

49.4. 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 seu enquadramento reavaliado após o tratamento instituído.

49.5. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos laudos declaratórios 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 "sequela" se for o quadro determinante da incapacidade.

50. Constituem exemplos de laudos:

a)"Síndrome Cutânea da Radiação, W.88 CID-Rev10, estágio grave (Grau III) ou severo (Grau IV)";

b)"Sequela de Síndrome Cutânea da Radiação, W.88 CIDRev10, irremissível";

c)"Síndrome Aguda da Radiação, W.88 CID-Rev10, estágio pré-terminal grave"; e

d)"Sequela de Síndrome Aguda da Radiação, W.88 CIDRev10, irremissível."

Esclerose múltipla

51. É uma doença desmielinizante do sistema nervoso central, progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização no cérebro e na medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sintomas e sinais, geralmente com remissões e exacerbações. Sua causa é desconhecida, mas há suspeitas de uma anormalidade imunológica, com poucos indícios de um mecanismo específico.

51.1. Manifestações clínicas

De início insidioso, a doença se caracteriza por queixas e achados de disfunção do sistema nervoso central, com remissões e exacerbações frequentes. Os sintomas geralmente se iniciam com dormência e fraqueza nas pernas, mãos, face, distúrbios visuais, distúrbio na marcha, dificuldade de controle vesical, vertigens, apatia, falta de julgamento, depressão, choro e riso sem razão aparente, manias e dificuldade para falar.

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

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

51.2. Diagnóstico

É indireto, por dedução e baseado em características clínicas e laboratoriais. O diagnóstico diferencial deve ser feito com seringomielia, esclerose lateral amiotrófica, sífilis, artrite da coluna cervical, tumores do cérebro, ataxias hereditárias e malformações do cérebro e da medula.

51.3. Exames complementares:

a) exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;

b) ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostrar as placas; e

c) potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

51.4. Normas de procedimento dos AMP em relação à esclerose múltipla As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP farão o enquadramento por incapacidade definitiva, por esclerose múltipla, nos casos de curso progressivo, com comprometimento motor ou outros distúrbios orgânicos que caracterizem a incapacidade para o exercício de suas atividades laborais. Quando determinar a incapacidade definitiva para todo e qualquer trabalho será enquadrado como inválido.

Fibrose cística

52. É uma doença genética autossômica recessiva, decorrente da ausência, deficiência da produção ou defeito na função de um polipeptídeo regulador da condutância transmembrana, que funciona na regulação da permeabilidade do íon cloro através de células de órgãos epiteliais.

52.1. As principais manifestações clínicas são:

a) as respiratórias: tosse persistente, principalmente à noite; pneumonias de repetição, dispnéia, hemoptise e sibilância sem resposta aos broncodilatadores; e

b) digestivas: obstrução ileal, insuficiência pancreática, máabsorção intestinal e cirrose.

52.2. A doença pulmonar evolui para cor pulmonale em praticamente 100% dos pacientes fibrocísticos. Nas fases avançadas, os pacientes apresentam tórax em barril, expectoração purulenta, principalmente matinal, frequência respiratória (FR) aumentada, dificuldade expiratória, cianose periungueal e baqueteamento digital acentuado.

52.3. Normas de procedimento dos AMP em relação à fibrose cística

52.3.1. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP somente farão o enquadramento legal dos portadores de fibrose cística para a isenção do recolhimento do imposto de renda.

52.3.2. As Juntas de Inspeção de Saúde e os AMP, além dos elementos clínicos de que disponham e dos pareceres da medicina especializada, deverão ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

a) teste do suor, confirmado quando a concentração de cloretos for superior a 60 mEq/l. Quando os valores estiverem entre 40 e 60 mEq/l, o exame deve ser repetido, principalmente na presença de sinais e sintomas sugestivos de fibrose cística;

b) radiografia de campos pleuro-pulmonares;

c) cultura do escarro, geralmente positiva para Pseudomonas aeruginosa;

d) ultrassonografia abdominal;

e) dosagem das enzimas hepáticas; e

f) dosagem de enzimas pancreáticas.

52.4. Pela gravidade e prognóstico reservado da doença, o diagnóstico somente poderá ser confirmado com dois testes do suor positivos, realizados em momentos diferentes.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

53. As Forças Armadas poderão sugerir ao Ministério da Defesa, a qualquer tempo, as alterações que julgarem pertinentes para manter o valor atual e prático destas Normas e facilitar a sua aplicação.

53.1. As propostas apresentadas serão examinadas pelos Serviços de Saúde da Marinha, do Exército e da Aeronáutica e, obtido o consenso, serão introduzidas nesta publicação mediante portaria do Ministro de Estado da Defesa, de acordo com as disposições legais em vigor.

53.2. Estas Normas deverão ser revistas a cada cinco anos, a contar da data de sua publicação no Diário Oficial da União.

PORTARIA GM-MD Nº 3.595, DE 30 DE AGOSTO DE 2021

O MINISTRO DE ESTADO DA DEFESA, no uso de suas atribuições legais e conforme o disposto no Decreto nº 5.958, de 7 de novembro de 2006, e no art. 9º da Portaria nº 85/GM/MD, de 11 de janeiro de 2018 e o que consta do Processo nº 60041.000680/2021-40, resolve:

Conceder a Medalha Mérito Desportivo Militar ao Presidente da Caixa Econômica Federal PEDRO DUARTE GUIMARÃES.

WALTER SOUZA BRAGA NETTO

ESTADO-MAIOR CONJUNTO DAS FORÇAS ARMADAS

CHEFIA DE LOGÍSTICA E MOBILIZAÇÃO

PORTARIA SEGMA/SUBILOG/CHELOG/EMCFA-MD Nº 3.598, DE 30 DE AGOSTO DE 2021

O SUBCHEFE DE INTEGRAÇÃO LOGÍSTICA DA CHEFIA DE LOGÍSTICA E MOBILIZAÇÃO DO ESTADO-MAIOR CONJUNTO DAS FORÇAS ARMADAS DO MINISTÉRIO DA DEFESA no uso da competência que lhe foi delegada pelo inciso I do art. 1º da Portaria nº 1.579/SEGMA/SUBILOG/CHELOG/EMCFA-MD, de 5 de abril de 2021, e o que consta no Processo NUP 60310.000165/2021-42, resolve:

Art. 1º Conceder inscrição, junto ao Ministério da Defesa (MD), à empresa CONGEO - ENGENHARIAS EIRELI, com sede social à Avenida Reverendo James Watson, 281, Quadra 7, Lote 5, Sala 8 - Setor das Mansões, Jataí/GO, CEP: 75.804-357, inscrita no CNPJ sob o nº 35.841.987/0001-51, como entidade privada executante de aerolevantamento, Categoria "A".

Art. 2º Considerar a inscrição válida a partir da data de sua publicação em Diário Oficial da União, até a data de 10 de setembro de 2024.

Art. 3º Durante o período de vigência da inscrição a empresa deverá comunicar ao MD qualquer alteração referente a sua capacitação técnica e/ou jurídica.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Contra-Almirante BRUNO DE MORAES BITTENCOURT NETO

PORTARIA SEGMA/SUBILOG/CHELOG/EMCFA-MD Nº 3.599, DE 30 DE AGOSTO DE 2021

O SUBCHEFE DE INTEGRAÇÃO LOGÍSTICA DA CHEFIA DE LOGÍSTICA E MOBILIZAÇÃO DO ESTADO-MAIOR CONJUNTO DAS FORÇAS ARMADAS DO MINISTÉRIO DA DEFESA no uso da competência que lhe foi delegada pelo inciso I do art. 1º da Portaria nº 1.579/SEGMA/SUBILOG/CHELOG/EMCFA-MD, de 5 de abril de 2021, e o que consta no Processo NUP 60310.000166/2021-97, resolve:

Art. 1º Conceder inscrição, junto ao Ministério da Defesa (MD), à empresa PATUSSI - SOLUÇÕES EM GEOGRAFIA, TOPOGRAFIA E ENGENHARIA LTDA., com sede social à Rua Uruguai, 176, Sala 1 - Centro, Horizontina/RS, CEP: 98.920-000, inscrita no CNPJ sob o nº 34.663.042/0001-24, como entidade privada executante de aerolevantamento, Categoria "A".

Art. 2º Considerar a inscrição válida a partir da data de sua publicação em Diário Oficial da União até a data de 10 de setembro de 2024.

Art. 3º Durante o período de vigência da inscrição a empresa deverá comunicar ao MD qualquer alteração referente a sua capacitação técnica e/ou jurídica.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Contra-Almirante BRUNO DE MORAES BITTENCOURT NETO

PORTARIA SEGMA/SUBILOG/CHELOG/EMCFA-MD Nº 3.600, DE 30 DE AGOSTO DE 2021

O SUBCHEFE DE INTEGRAÇÃO LOGÍSTICA DA CHEFIA DE LOGÍSTICA E MOBILIZAÇÃO DO ESTADO-MAIOR CONJUNTO DAS FORÇAS ARMADAS DO MINISTÉRIO DA DEFESA no uso da competência que lhe foi delegada pelo inciso I do art. 1º da Portaria nº 1.579/SEGMA/SUBILOG/CHELOG/EMCFA-MD, de 5 de abril de 2021, e o que consta no Processo NUP 60310.000167/2021-31, resolve:

Art. 1º Conceder inscrição, junto ao Ministério da Defesa (MD), à empresa GEO ENGENHARIA E TOPOGRAFIA LTDA. - ME, com sede social à Rua Trinta e Quatro, 143 - Santos Dumont I, Governador Valadares/MG, CEP: 35.022-200, inscrita no CNPJ sob o nº 05.313.479/0001-30, como entidade privada executante de aerolevantamento, Categoria "A".

Art. 2º Considerar a inscrição válida a partir da data de sua publicação em Diário Oficial da União até a data de 10 de setembro de 2024.

Art. 3º Durante o período de vigência da inscrição a empresa deverá comunicar ao MD qualquer alteração referente a sua capacitação técnica e/ou jurídica.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Contra-Almirante BRUNO DE MORAES BITTENCOURT NETO

COMANDO DA AERONÁUTICA

DEPARTAMENTO DE CONTROLE DO ESPAÇO AÉREO

PORTARIA DECEA Nº 128/DGCEA, DE 30 DE AGOSTO DE 2021

Torna pública a Aceitação do Sistema de Gerenciamento da Segurança Operacional (SMS) da Entidade Provedora de Serviços de Navegação Aérea Prefeitura Municipal de Governador Valadares.

O DIRETOR-GERAL DO DEPARTAMENTO DE CONTROLE DO ESPAÇO AÉREO, no uso das atribuições que lhe confere o art. 214, inciso IV, do Regimento Interno do Comando da Aeronáutica, aprovado pela Portaria nº 871/GC3, de 24 de maio de 2019, e o art. 10, inciso IV, do Regulamento do Departamento de Controle do Espaço Aéreo, ROCA 20-7, aprovado pela Portaria nº 2.030/GC3, de 22 de novembro de 2019 e, ainda, considerando o que consta do processo nº 67600.009774/2021-41, resolve:

Art. 1º Tornar pública a Aceitação do Sistema de Gerenciamento da Segurança Operacional (SMS) da Entidade Provedora de Serviços de Navegação Aérea Prefeitura Municipal de Governador Valadares.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Ten Brig Ar JOÃO TADEU FIORENTINI

Ministério do Desenvolvimento Regional

SECRETARIA NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL

PORTARIA Nº 1.998, DE 26 DE AGOSTO DE 2021

A UNIÃO, por intermédio do MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL, neste ato representado pelo SECRETÁRIO NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL, nomeado pela Portaria n. 830, de 25 de janeiro de 2019, publicada no DOU, de 25 de janeiro de 2019, Seção II, Edição Extra-A, consoante delegação de competência conferida pela Portaria n. 730, de 25 de março de 2020, publicada no DOU, de 26 de março de 2020, Seção 1, e tendo em vista o disposto na Lei nº 12.340, de 01 de dezembro de 2010, na Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012 e no Decreto nº 7.257, de 04 de agosto de 2010, resolve:

Art. 1º Prorrogar o prazo de execução das ações de recuperação, previsto no art. 4º da Portaria n. 359, de 14 de julho de 2017, constante no processo administrativo nº 59050.000556/2015-48, que autorizou o empenho e a transferência de recursos ao Município de Salvador - BA, para ações de Defesa Civil até 02/12/2021.

Art. 2º Ficam ratificados os demais dispositivos da Portaria acima citada, não alterados por esta.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

ALEXANDRE LUCAS ALVES

PORTARIA Nº 1.999, DE 26 DE AGOSTO DE 2021

A UNIÃO, por intermédio do MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL, neste ato representado pelo SECRETÁRIO NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL, nomeado pela Portaria n. 830, de 25 de janeiro de 2019, publicada no DOU, de 25 de janeiro de 2019, Seção II, Edição Extra-A, consoante delegação de competência conferida pela Portaria n. 730, de 25 de março de 2020, publicada no DOU, de 26 de março de 2020, Seção 1, e tendo em vista o disposto na Lei nº 12.340, de 01 de dezembro de 2010, na Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012 e no Decreto nº 7.257, de 04 de agosto de 2010, resolve:

Art. 1º Prorrogar o prazo de execução das ações de recuperação, previsto no art. 5º da Portaria n. 2.318, de 31 de agosto de 2020, constante no processo administrativo nº 59053.003553/2020-01, que autorizou a transferência de recursos ao Município de Matipó - MG, para ações de Defesa Civil até 28/02/2022.

Art. 2º Ficam ratificados os demais dispositivos da Portaria acima citada, não alterados por esta.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

ALEXANDRE LUCAS ALVES

PORTARIA Nº 2.001, DE 26 DE AGOSTO DE 2021

A UNIÃO, por intermédio do MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL, neste ato representado pelo SECRETÁRIO NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL, nomeado pela Portaria n. 830, de 25 de janeiro de 2019, publicada no DOU, de 25 de janeiro de 2019, Seção II, Edição Extra-A, consoante delegação de competência conferida pela Portaria n. 730, de 25 de março de 2020, publicada no DOU, de 26 de março de 2020, Seção 1, e tendo em vista o disposto na Lei nº 12.340, de 01 de dezembro de 2010, na Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012 e no Decreto nº 7.257, de 04 de agosto de 2010, resolve:

Art. 1º Renovar o prazo de execução das ações de recuperação, previsto no art. 5º da Portaria n. 1.563, de 02 de junho de 2019, constante no processo administrativo nº 59053.000689/2017-56, que autorizou a transferência de recursos ao Município de Maceió - AL, para ações de Defesa Civil até 21/02/2022.

Art. 2º Ficam ratificados os demais dispositivos da Portaria acima citada, não alterados por esta.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

ALEXANDRE LUCAS ALVES

PORTARIA Nº 2.013, DE 27 DE AGOSTO DE 2021

A UNIÃO, por intermédio do MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL, neste ato representado pelo SECRETÁRIO NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL, nomeado pela Portaria n. 830, de 25 de janeiro de 2019, publicada no DOU, de 25 de janeiro de 2019, Seção II, Edição Extra-A, consoante delegação de competência conferida pela Portaria n. 730, de 25 de março de 2020, publicada no DOU, de 26 de março de 2020, Seção 1, e tendo em vista o disposto na Lei nº 12.340, de 01 de dezembro de 2010, na Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012 e no Decreto nº 7.257, de 04 de agosto de 2010, resolve:

Art. 1º Prorrogar o prazo de execução das ações de resposta, previsto no art. 3º da Portaria n. 468, de 09 de março de 2020, constante no processo administrativo nº 59052.003691/2020-92, que autorizou o empenho e a transferência de recursos ao Município de Rio Acima - MG, para ações de Defesa Civil até 28/12/2021.

Art. 2º Ficam ratificados os demais dispositivos da Portaria acima citada, não alterados por esta.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

ALEXANDRE LUCAS ALVES