



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

**MANUAL DE PERÍCIA MÉDICA
OFICIAL DO ESTADO DE SERGIPE**

GOVERNADOR DO ESTADO DE SERGIPE

SECRETÁRIO DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO - SEAD

SUPERINTENDENTE GERAL DE RECURSOS HUMANOS – SGRH

DIRETORA GERAL DE PERÍCIA MÉDICA OFICIAL – DGPMO

GERÊNCIA DE REGISTRO E CONTROLE DE PERÍCIA MÉDICA – GRCP

1ª Edição

Aracaju – SE

2022



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

MANUEL DERNIVAL SANTOS NETO
Secretário de Estado da Administração

NATÁLIA MACIEL LESSA MELO
Superintendente Geral de Recursos Humanos

EQUIPE TÉCNICA:

Dr. Ronaldo Ferreira Chagas (Presidente – Procurador do Estado)
Dr.^a Maria de Fátima Ferreira Sousa Ricaldi - (Médica da Perícia Oficial)
Ricardo Araújo Menezes (Oficial Administrativo – Perícia Médica)
Adriano Alfredo dos Santos (Oficial Administrativo – Perícia Médica)

Colaboradores:

Dr. Márcio Leite de Rezende
Zélia Maria de Melo Souza Mendonça Apóstolo
Kátia Lima Gama da Silva
Lucivanda Nunes Rodrigues
Dr.^a Andrea Gama da Silva Figueiredo
Dr. Jinmy Henry Ricaldi Rocha
Dr. Edvan Correia Fonseca
Dr.^a Giulia Ferreira Souza Ricaldi
Jaqueline dos Santos André

Equipe de Revisão Técnica:

Valéria Gomes Bezerra



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

APRESENTAÇÃO

Este Manual tem como objetivo estabelecer critérios uniformes e transparentes referentes à atividade Pericial Médica, resguardando juridicamente tanto o servidor quanto a Administração Pública Estadual, instituindo assim o Regulamento de Perícias Médicas da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Poder Executivo do Estado de Sergipe.

O servidor público efetivo tem direitos à preservação de sua saúde e da saúde dos membros da sua família, mediante a concessão de licenças e outros direitos previstos em lei.

Os direitos e benefícios contemplados no presente manual estão previstos na Lei nº 2.148, de 21 de dezembro de 1977 - Estatutos dos Funcionários Públicos Civis do Estado de Sergipe, na Lei Complementar nº 16, de 28 de dezembro de 1994 - Estatuto do Magistério Público do Estado de Sergipe, na Lei Complementar nº 113, de 1º de novembro de 2005 - Regime Próprio de Previdência Social do Estado de Sergipe — RPPS/SE e legislação avulsa.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que construíram e que laboram diuturnamente na Perícia Médica Oficial do Estado de Sergipe. Em especial à equipe de elaboração da minuta, no ano de 2009, referência primeira para a minuta deste Manual ora apresentado.

Dra. Hortência Carvalho Tavares

Dra. Vera Lúcia Borges do Nascimento

Dra. Maria Gorete de Oliveira Prado

Dra. Gloreliisa Pio de Oliveira

Ricardo Araújo Menezes - Gerente Administrativo

Sandra Menezes Gonçalves - Psicóloga.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

Lista de Abreviações e Siglas

PMO	Perícia Médica Oficial
DGPMO	Diretoria Geral da Perícia Médica Oficial
GRCPM	Gerência de Registro e Controle da Perícia Médica Oficial
EPM	Exame Pericial Médico
LTPS	Licença para Tratamento da Própria Saúde
LTSPPF	Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Própria Família
SGRH	Superintendência Geral de Recursos Humanos
CFM	Conselho Federal de Medicina



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

SUMÁRIO:

CAPÍTULO I: DOS CONCEITOS BÁSICOS DE PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE. Pag.08

CAPÍTULO II: DA ESTRUTURA DA DIRETORIA GERAL DE PERÍCIA MÉDICA OFICIAL, SUAS FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES. Pag.12

CAPÍTULO III: DO EXAME PERICIAL MÉDICO (EPM). Pag.19

CAPÍTULO IV: DA INCAPACIDADE LABORATIVA. Pag.21

CAPÍTULO V: DO LAUDO PERICIAL E DO PRONTUÁRIO. Pag.22

CAPÍTULO VI: DOS PROCEDIMENTOS DA PERÍCIA MÉDICA. Pag.23

CAPÍTULO VII: DAS ORIENTAÇÕES GERAIS AO SERVIDOR OU INTERESSADO. Pag.24

CAPÍTULO VIII: DO EXAME PERICIAL MÉDICO ADMISSIONAL. Pag.27

CAPÍTULO IX: DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DA PRÓPRIA SAÚDE (LTPS). Pag.31

CAPÍTULO X: DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE PESSOA DA PRÓPRIA FAMÍLIA (LTSPF). Pag.32

CAPÍTULO XI: DO REPOUSO POR LICENÇA À GESTANTE. Pag.34

CAPÍTULO XII: DA READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO. Pag.35

CAPÍTULO XIII: DA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA. Pag.36

CAPÍTULO XIV: DA REMOÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE. Pag.37

CAPÍTULO XV: DO RECURSO. Pag.37

CAPÍTULO XVI: DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. Pag.38

CAPÍTULO XVII: DAS DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI. Pag.39

A) DOENÇAS ESPECIFICADAS NO § 1º DO ART. 186 DA LEI Nº 8.112 DE 11 DE NOVEMBRO DE 1990.

A1) ALIENAÇÃO MENTAL:

A2) CARDIOPATIA GRAVE

A3) CEGUEIRA POSTERIOR AO INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

A4) DOENÇA DE PARKINSON

A5) ESCLEROSE MÚLTIPLA

A6) ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

A7) ESTADOS AVANÇADOS DO MAL DE PAGET

A8) HANSENÍASE

A9) NEFROPATIA GRAVE:

A10) NEOPLASIA MALIGNA:



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

A11) PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE:

A12) SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS):

A13) TUBERCULOSE ATIVA

B) DOENÇAS ESPECIFICADAS NO ART. 1º, DA LEI Nº 11.052, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2004 E NO ATO DECLARATÓRIO INTERPRETATIVO SRF Nº 11/2006:

B1) HEPATOPATIA GRAVE:

B2) CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO:

B3) FIBROSE CÍSTICA:

C) DOENÇAS ESPECIFICADAS NO ART. 1º, DA LEI 113, DE 01 DE NOVEMBRO DE 2005 - SERGIPE:

C1) PÊNFIGO

C2) LÚPUS ERITEMATOSO

CAPÍTULO XVIII: PARÂMETROS DE AFASTAMENTO POR MOTIVO DE DOENÇA. Pag.95



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

CAPÍTULO I: DOS CONCEITOS BÁSICOS DE PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE

1. Perícia Médica:

Ato médico de caráter técnico cujo objetivo principal é estabelecer a correlação, ou seja, o nexo causal entre o estado mórbido e a capacidade laborativa do servidor público efetivo da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Estado de Sergipe, cuja conclusão deverá ser fundamentada e realizada em local de atendimento centralizado.

2. Perito Médico:

Médico do quadro da Administração Pública com experiência profissional na área de perícia e/ou título de especialista nesta área, lotado no Serviço de Perícia Médica Oficial do Estado de Sergipe.

3. Laudo Pericial:

Documento padrão emitido pelo perito singular ou por Junta Médica com a conclusão da perícia realizada.

4. Cargo:

Conjunto de atribuições e responsabilidades permanentes cometidas a um servidor estadual civil efetivo que, mediante lei, seja criado com denominação própria, número certo e vencimentos pagos pelos cofres públicos.

5. Servidor Efetivo:

Pessoa legalmente investida em cargo público de provimento efetivo.

6. Admissão:

Ingresso do servidor nos quadros da Administração Pública Estadual, mediante contratação, nomeação ou outra forma legal de provimento do cargo ou função.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

7. Incapacidade Laborativa Parcial:

Impossibilidade parcial para o desempenho de atividades do cargo ocupado, devido às alterações de ordem física e/ou mental, resultantes de patologias ou acidentes, ensejadora de restrição ou readaptação laboral.

8. Invalidez (Incapacidade total):

Incapacidade laborativa total, permanente e oniprofissional, insuscetível de recuperação, em consequência de patologia ou acidente.

9. Deficiência (PcD):

Perda, ausência ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, nos termos do Decreto Federal nº 3.298/1999. A deficiência não dispensa o candidato de realizar exames e provas previstos no edital, inclusive de desempenho físico para fins de comprovação de compatibilidade da deficiência com o exercício do cargo, consideradas, quando possível, o uso de tecnologias assistivas e adaptações razoáveis.

10. Restrição de Atividade Laboral:

Limitação do servidor para o exercício de determinadas atividades do cargo, declarada por meio de laudo da Perícia Médica Oficial, para fins de evitar o agravamento da doença, prevenir risco a terceiro e o comprometimento do serviço público.

11. Readaptação de Função:

Remanejamento do servidor para exercer funções de outro cargo compatível com a limitação de sua capacidade laborativa, enquanto permanecer nesta condição, desde que possua nível de escolaridade e habilitação exigida no novo cargo, mantida a titularidade e remuneração do cargo de origem, conforme laudo da Perícia Médica.

12. Redução de Carga Horária:

Redução de 50% (cinquenta por cento) da jornada normal de trabalho do servidor para fins de assegurar maior tempo de acompanhamento e tratamento do filho incapaz.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

13. Remoção por Motivo de Saúde:

Mudança de lotação do servidor dentro do mesmo órgão em razão da inafastável necessidade de tratamento da própria saúde ou do seu cônjuge, companheiro ou dependente, em outra localidade, por período superior a 06 (seis) meses, devendo a necessidade ser declarada em laudo emitido por Junta Médica da Perícia Médica Oficial, podendo ser temporária ou definitiva. Excepcionalmente, não existindo vaga de lotação no próprio órgão, na localidade de ocorrência do tratamento, o servidor poderá ser removido para órgão diverso, sem que se modifique a respectiva situação funcional.

14. Visita Técnica:

Visita realizada pelo Serviço Médico e/ou Psicossocial em unidade hospitalar, residência ou local de trabalho do servidor, para dirimir dúvidas sobre sua capacidade laboral, da condição de saúde de familiar, para fins de comprovação de situação de fato necessária ao deferimento de direito requerido pelo servidor.

15. Inspeção de Saúde:

Ato próprio de perícia médica que tem por finalidade avaliar a integridade física e mental do servidor, para desempenhar atividades normais do cargo ou em condições especiais, a exemplo da utilização de arma de fogo, solicitada pela autoridade competente, podendo ser multiprofissional.

16. Licença para tratamento de saúde do servidor ou de pessoa da família:

Afastamento do servidor das suas atividades laborais para fins de tratamento da própria saúde ou da saúde de pessoa da família, nos termos da lei.

17. Licença Gestante:

Afastamento da servidora das suas atividades laborais, destinada à proteção da gravidez, à recuperação pós-parto e à amamentação.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

18. Médico Assistente:

Profissional que assiste o servidor em sua doença e evolução, fornecendo atestados e relatórios médicos baseados em exames realizados (físicos/laboratoriais/de imagem), existindo uma relação de mútua confiança e empatia, obedecendo às legislações vigentes no Conselho de Classe.

19. Resultado Simplificado Perícia – RSP:

Documento padrão simplificado a ser entregue ao servidor contendo o resultado da perícia realizada.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

**CAPÍTULO II: DA ESTRUTURA DA DIRETORIA GERAL DE PERÍCIA
MÉDICA OFICIAL, SUAS FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES:**





**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

1. Diretoria-Geral de Perícia Médica Oficial – DGPMO/SGRH/SEAD

Base Legal: art. 22, incisos V e VI, da Lei nº 5.380, de 1º de julho de 2004.

Compete à DGPMO/SGRH/SEAD:

- a. Prestar apoio e assistência à SGRH/SEAD e, se for o caso, ao Secretário de Estado da Administração, na área de perícias médicas;
- b. Elaborar e propor normas, diretrizes e protocolos para a operacionalização das ações em perícia médica oficial em consonância com a Política Integrada de Atenção à Saúde dos Servidores no âmbito do Governo do Estado de Sergipe;
- c. Planejar, coordenar, orientar e supervisionar as atividades em perícia médica oficial, visando à garantia do exercício pleno de suas atribuições de acordo com os padrões éticos e legais;
- d. Acolher e julgar os recursos interpostos pelos servidores para revisão de laudos e pareceres que lhes sejam desfavoráveis, revisando e/ou refazendo conforme necessário, os procedimentos administrativos e técnicos que os produziram;
- e. Expedir normas, instruções e comunicados de forma a orientar a realização de perícias médicas;
- f. Realizar vistorias periódicas e sistemáticas dos procedimentos médicos periciais para fim de análise da conformidade com as normas vigentes;
- g. Realizar gestão de pessoas por competências, com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar os recursos humanos.
- h. Estabelecer avaliação multidisciplinar, com psicólogo e/ou assistente social para subsidiar a perícia médica;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

- i. Atuar junto a perícias de outros órgãos e estados, em havendo reciprocidade, a fim de consolidar os parâmetros médico periciais;
- j. Apresentar relatórios estatísticos periódicos à Superintendência da SGRH e/ou ao Secretário de Estado da Administração;
- k. Adotar as providências internas para observância das disposições da Lei nº 13.853, de 08 de julho de 2019 (Lei Geral de Proteção de Dados).
- l. Realizar quaisquer outras diligências necessárias ao integral e fiel cumprimento de suas atribuições.
- m. Desenvolver outras atividades que lhe forem conferidas ou delegadas;

1.1 Corpo de Perito Médico:

Base Legal: art. 22, incisos I, II, III, IV, da Lei nº 5.380/2004.

O Perito Médico está subordinado à DGPMO/SGRH/SEAD e tem por atribuições:

- a. Realizar exames médicos nos casos de admissão ou ingresso de servidores nos quadros de pessoal da Administração Estadual, em decorrência de nomeação, aproveitamento, reversão, reintegração;
- b. Realizar apreciação dos casos e emissão de atestados ou laudos médicos nos processos de licença para tratamento da própria saúde de servidores, ou da saúde de pessoas da própria família, de licença à gestante, de aposentadoria por invalidez e outros previstos em lei;
- c. Realizar, se necessário, ou quando acionada, visitas à unidade hospitalar e à residência de servidores, para fins de avaliação clínica e emissão de relatório médico necessário para subsidiar o laudo pericial e pareceres;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

- d. Avaliar, antes de concluir pela incapacidade permanente para o serviço público e desde que não se trate de patologia especificada em lei, se o quadro clínico apresentado pelo servidor comporta restrição ou readaptação laboral;
- e. Fornecer subsídios técnicos à Procuradoria Geral do Estado (PGE/SE) em matérias de sua competência e realizar formulação de quesitos, em casos de ações judiciais, em face do Estado de Sergipe;
- f. Realizar avaliação médica de servidor submetido a procedimento disciplinar;
- g. Emitir laudo pericial nos casos de restrição laboral, remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa da família, redução de carga horária do servidor em razão de filho portador de deficiência e outros direitos previstos em lei;
- h. Integrar junta de recurso em matéria pericial.
- i. Realizar, por meio de Junta Médica, exame pericial para admissão de candidatos portadores de necessidades especiais, declarando a compatibilidade ou não, de deficiência com o exercício do cargo, bem como a higidez de saúde física e mental para a posse.

2. Gerência de Registro e Controle de Perícias Médicas (GRCPM):

Base Legal: art. 24, inciso V e VI, da Lei nº 5.380/2004.

A Gerência de Registro e Controle de Perícias Médicas - GRCPM/SGRH/SEAD é a unidade administrativa diretamente subordinada à Diretoria Geral de Perícia Médica Oficial – DGPMO/SGRH/SEAD, responsável por promover e exercer o gerenciamento geral das atividades de registro, controle e suporte administrativo às ações de perícia médica e atenção à saúde do servidor, no âmbito do Poder Executivo Estadual.

Compete à GRCPM:

- a. Organizar e prestar atendimento com urbanidade e ética a todos os servidores, de modo presencial, virtual ou por telefone, com fornecimento de informações técnicas no âmbito da sua área de atuação;
- b. Assessorar a DGPMO na elaboração de projetos, protocolos, diretrizes e outras demandas da Diretoria Geral;
- c. Coordenar e realizar a execução dos serviços de registro e controle de atendimentos



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

dos respectivos atestados ou laudos; de busca de exames ou documentos relacionados às perícias; de análise e conferência de informações e de serviços solicitados;

d. Promover meios para realização, quando necessárias ou acionadas, as perícias externas de visitas na residência do servidor ou no estabelecimento hospitalar, se localizado no território estadual;

e. Elaborar e apresentar relatórios estatísticos periódicos das atividades da perícia, quando solicitados pelas autoridades competentes;

f. Realizar gestão de pessoas por competências, com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar os recursos humanos;

g. Desenvolver outras atividades que lhe forem conferidas ou delegadas inerentes ou correlatas ao registro e controle da realização de perícias, na sua área de atuação e as que forem regularmente estabelecidas ou determinadas.

h. Registrar, autuar, tramitar, distribuir e responder a documentos, solicitações e processos, bem como prestar informações sobre eles;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

- i. Alimentar e manter sistema informatizado para registro individual de ocorrências médicas dos servidores (Prontuário Pericial Médico);
- j. Operacionalizar o Gerenciador Eletrônico de Documentos e Processos – E-doc e orientar os usuários para sua correta utilização;
- k. Definir as matérias de competência do Apoio Administrativo;
- l. Dar assistência técnico-administrativa aos peritos médicos na supervisão de laudos e documentações solicitadas para emissão do resultado pericial;
- m. Realizar levantamentos sobre patologias recorrentes que incrementam licenças por motivo de saúde e outros benefícios concedidos aos servidores, para fins de subsidiar ações administrativas preventivas;
- n. Realizar outras atividades correlatas ao seu âmbito de atuação ou que lhe sejam delegadas.

2.1 Apoio Administrativo:

O serviço de apoio administrativo subordinado GRCPM/DGPMO/SGRH/SEAD tem como atribuições:

- a. Realizar atendimento com urbanidade e ética a todos os servidores, de modo presencial, virtual ou por telefone;
- b. Realizar a triagem e o encaminhamento da documentação apresentada pelo servidor, ao setor competente, de modo a otimizar o atendimento;
- c. Elaborar ofícios, certidões, declarações e outros documentos pertinentes às competências administrativas, quando solicitados pela GRCPM/DGPMO;
- d. Coletar assinaturas dos peritos médicos, quando não realizada digitalmente e efetuar a entrega do Resultado Simplificado de Perícia diretamente ao servidor;
- e. Executar os serviços de secretariado em geral, buscando a agilização e melhoria da qualidade da informação;
- f. Operacionalizar a tramitação de processos e serviços de protocolo em geral;
- g. Confeccionar a agenda da Perícia Médica;
- h. Buscar, em arquivo da SEAD, documentos periciais anteriores à virtualização (2020) e disponibilizá-los quando solicitados pela Perícia, além de prestar outras informações;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

i. Outras atividades correlatas às competências do setor.

Relação do Perito Médico com a Instituição:

O Perito Médico cumpre importante função de defesa dos interesses do Estado, gozando de plena autonomia técnica e tem o dever de informar aos setores próprios da SEAD sobre os resultados da perícia oficial que realizar. O perito deve observar as disposições legais e regulamentares relativas à organização estrutural e hierárquica da Perícia Médica, no âmbito da Administração Estadual.

Relação do Perito Médico com o servidor ou seu dependente legal:

A relação do perito médico com o servidor ou seu dependente deve pautar-se pelo princípio da busca da verdade em relação aos fatos narrados, em ambiente humanizado, de mútua confiança e respeito, necessários para a realização da perícia.

O servidor ou seu dependente legal, por sua vez, na relação pericial deve prestar todas as informações que lhe for solicitada e disponibilizar toda a documentação, inclusive exames complementares, necessários para elaboração do processo virtual, comparecendo à Perícia Médica na data e horário agendados, seguindo as orientações do site da SEAD/Perícia Médica.

É importante ressaltar, ainda, a distinção entre a função do Perito Médico e a função do Médico Assistente. É dever do médico assistente tratar a patologia do servidor assistido. Ao perito médico cumpre fazer a correlação entre a patologia apresentada e o enquadramento desta, para fins de concessão ou não, do benefício solicitado.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Observações gerais:

- a. A ameaça, o desrespeito ou qualquer forma de agressão ao Perito Médico ou a servidor da unidade pericial pode configurar responsabilidade Penal, Civil ou Administrativa.
- b. No caso de falsidade ou má fé no relato do servidor no momento da perícia e/ou apresentação de documentação com indícios de irregularidade, o fato deverá ser comunicado à DGPM para providências cabíveis.

Relação do Perito Médico Oficial com a equipe de suporte da Perícia.

A avaliação da capacidade laborativa deve buscar compreender o servidor em sua totalidade, inclusive psicossocial. Para atingir essa finalidade, deve-se preservar as competências e as atribuições privativas das categorias profissionais envolvidas, bem como os parâmetros legais, técnicos e normativos, garantindo uma abordagem multiprofissional. Os peritos médicos podem solicitar aos profissionais que compõem a equipe de suporte à perícia relatórios sobre situações específicas ou, quando for o caso, Inspeção de Saúde Multiprofissional.

CAPÍTULO III: DO EXAME PERICIAL MÉDICO

O exame pericial médico tem por finalidade a emissão de parecer técnico na avaliação da condição laborativa do servidor no momento do exame e sua eventual relação com a natureza das atividades exercidas. Os dados do exame deverão ser registrados, de forma completa e precisa pela área de Perícia Médica no prontuário pericial. A emissão do laudo é condição necessária para a concessão da licença.

O exame pericial médico poderá ser: Singular ou por Junta Médica.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

- a. Singular: realizada por apenas 01 (um) Perito Médico;
- b. Junta Médica: realizada por 02 (dois) Peritos Médicos.

Havendo conclusão divergente, será necessária a avaliação por nova Junta Médica composta por 03 (três) ou mais peritos médicos. Em casos de necessidade de inspeção de saúde poderá ser realizada perícia por Junta Multiprofissional.

Na avaliação da incapacidade laborativa será necessário:

- a. Considerar as condições apresentadas pelo servidor no momento da perícia médica e a correlação com as atividades desempenhadas;
- b. Conhecer as efetivas funções laborativas realizadas cotidianamente pelo servidor no exercício de seu cargo;
- c. Conhecer as reais condições de realização das atividades exercidas — por exemplo, se o servidor trabalha deambulando ou sentado, o tempo que exerce diariamente essa atividade, com ou sem carga, se exige atenção prolongada e esforço continuado;
- d. Verificar as características físicas e relações interpessoais do ambiente de trabalho.

Na história da doença, deverão ser apuradas:

- a. As condições em que ocorreu o afastamento do trabalho;
- b. Se foi consequência direta ou não do estado mórbido apresentado;
- c. Se as informações obtidas estão distorcidas ou apresentam contradições.

Os seguintes elementos devem ser considerados durante a realização do Exame Pericial Médico:

- a. Alterações mórbidas obtidas por meio de anamnese (histórico);
- b. Exames físicos e laboratoriais;
- c. Atestados e relatórios emitidos pelo médico assistente e outros profissionais de saúde;
- d. Histórico ocupacional;
- e. Avaliação psicossocial;
- f. Verificação de nexos causal entre a ocupação atual e a anterior;
- g. Dispositivos legais pertinentes.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

O servidor que apresentar sinais evidentes de lesão orgânica ou funcional será submetido a exame pericial médico ou multiprofissional, conforme o caso, requerido pela área de Recursos Humanos do seu órgão. O requerimento, devidamente justificado, tramitará sob sigilo, cabendo ao titular da área de Recursos Humanos proceder à convocação do servidor, fixando-lhe a data e hora de apresentação perante a Perícia Médica (perícia ex-officio).

Excepcionalmente, poderá a perícia médica ser realizada em servidor de outra unidade federativa quando, observada a reciprocidade, houver solicitação oficial do respectivo órgão.

Os atestados/relatórios emitidos pelo médico assistente do servidor ou por outros profissionais de saúde não vinculam o perito médico oficial, tendo em vista o seu caráter informativo, complementar e subsidiário.

CAPÍTULO IV: DA INCAPACIDADE LABORATIVA

A incapacidade laborativa deve considerar o agravamento da patologia, risco à vida do servidor ou de terceiros e, em sua análise, avaliando os seguintes parâmetros:

1. Grau:

- a. Parcial: quando o estágio da incapacidade permite o desempenho restrito da atividade laboral do cargo ou função, sem risco de vida ou de agravamento da patologia;
- b. Total: quando não existe a possibilidade de desempenho da atividade laboral do cargo ou função, ocorrendo risco de vida ou de agravamento da patologia pelo exercício da atividade laboral, no cargo atual do servidor ou em função correlata.

2. Duração:

- a. Temporária: quando a recuperação é esperada no período de afastamento concedido pela perícia médica, observado o prazo máximo previsto em lei;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

b. Permanente: quando a patologia se revela irrecuperável ou quando ultrapassado o prazo legal de afastamento temporário e não houver evolução favorável da patologia, com os recursos da terapêutica, readaptação e reabilitação disponíveis no momento da avaliação.

3. Abrangência:

- a. Uniprofissional — ocorre quando a incapacidade impede o exercício de atividade do cargo ou da função, implicando em restrição laboral no próprio cargo ou função;
- b. Multiprofissional — ocorre quando a incapacidade impede o exercício de diversas atividades do cargo ou da função, implicando em remanejamento ou readaptação funcional para outro cargo ou função compatíveis.
- c. Oniprofissional — ocorre quando a incapacidade implica na impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa.

A presença de doença, desde que não esteja especificada em lei, por si só não significa a existência de incapacidade laborativa. Cumpre ao médico perito analisar a repercussão da doença no desempenho das atribuições do cargo.

CAPÍTULO V: DO LAUDO PERICIAL E DO PRONTUÁRIO

Base Legal:

Art. 123 da Lei nº 2.148, de 21 de dezembro de 1977.

Código de Ética Médica

O Laudo de Exame Médico Pericial é o documento que contém a consolidação da avaliação do servidor com resultado final e conclusivo.

O prontuário pericial médico é o registro documental com todas as informações colhidas no Exame Pericial Médico no SIPES, inclusive a conclusão, sendo sigiloso (acessível apenas à chefia da área de Perícia Médica, aos peritos médicos e ao próprio servidor). Todos os laudos emitidos pela área de Perícia Médica deverão ser registrados e arquivados em sistema informatizado.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Todos os documentos médico-legais relacionados à Perícia Médica deverão ser emitidos de forma clara e legível, não devendo ser aceitos quando apresentarem inconformidades.

O Laudo Pericial Médico possui a seguinte estrutura:

- a. Número /ano do Laudo.
- b. Identificação do servidor.
- c. Cargo e órgão de lotação.
- d. Finalidade da Perícia/Junta médica e a base legal do benefício requerido.
- e. Resultado da perícia médica.
- f. Observações.
- g. CID-10 – Código Internacional de Doenças.
- h. Data e identificação do(s) Perito(s) Médico(s).

O Laudo Pericial Médico deverá conter o período de afastamento concedido e as informações que se façam necessárias para a compreensão do resultado, entre elas o nome e a natureza da doença de que o funcionário for portador.

Observação: Quando necessária a perícia multiprofissional para Inspeção de Saúde, constará do laudo a identificação dos profissionais vinculados aos respectivos Conselhos de Classe, com número de registro.

CAPÍTULO VI: DOS PROCEDIMENTOS DA PERÍCIA MÉDICA

A Perícia Médica Oficial do Estado de Sergipe tem como atribuição principal a realização de exame pericial médico para avaliação da capacidade física e mental de servidores estaduais civis do Estado de Sergipe (ou dependentes) e de candidatos a cargo público. A perícia pode ser realizada a pedido, *ex-officio*, como também pode ser requisitada por autoridades dos poderes constituídos dos entes federativos, sendo o Laudo Pericial o documento oficial conclusivo para fundamentação da decisão administrativa.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

O exame pericial médico deverá ser realizado por Perícia Singular, nos seguintes casos:

- a. Exame Admissional para ingresso no serviço público estadual;
- b. Licença para Tratamento da Própria Saúde (LTPS);
- c. Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Própria Família (LTSPFF)
- d. Repouso por Licença à Gestante;

O exame pericial médico deverá ser realizado por Junta Médica, nos seguintes casos:

- a. Exame admissional para fins de nomeação (servidores PcD ou com moléstia(s) que ocasione (em) dúvida quanto à aptidão para o cargo, aproveitamento ou reintegração;
- b. Restrição laboral;
- c. Readaptação de função;
- d. Redução de carga horária;
- e. Remoção por motivo de saúde;
- f. Aposentadoria por invalidez ou reversão;
- g. Recurso do Laudo Pericial ou documento equivalente;
- h. Inspeção de Saúde Médica ou Inspeção Multiprofissional.

Observação: À pedido do Perito Singular ou por determinação da Diretoria da Perícia Médica, devidamente justificadas, as perícias de competência do Perito Singular poderão ser realizadas por Junta Médica.

CAPÍTULO VII: DAS ORIENTAÇÕES GERAIS AO SERVIDOR OU INTERESSADO

Base Legal:

Arts. 81 § 1º e 122 Parágrafo Único, da Lei nº 2.148/1977.

Art. 27, inciso XIII da LC nº16, de 28 de dezembro de 1994.

Para fins de licenças médicas e outros benefícios, o servidor deverá consultar o site SEAD/Perícia Médica para fins de conhecimento da documentação necessária a ser apresentada ao RH do seu órgão de lotação, para criação do processo virtual. Toda a documentação deverá ser enviada à Perícia Médica para agendamento de exame pericial, de acordo com a finalidade da solicitação. O prazo máximo para entrega é de



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

03 (três) dias úteis, a contar da data do relatório do médico assistente. O setor de Recursos Humanos do órgão do servidor, em igual prazo, deve virtualizar a documentação recebida e encaminhar via E-doc à Perícia Médica.

O servidor deverá comparecer à Perícia Médica na data e horário previamente agendados, para o exame pericial médico, quando se fizer necessária avaliação presencial.

Importante que o servidor observe o relatório anexado, emitido pelo médico assistente, que deve estar legível e conter:

- a. Nome completo e por extenso do servidor e, quando for o caso, do familiar e o respectivo parentesco;
- b. Identificação da patologia através do CID -10;
- c. Tempo de acompanhamento, evolução, resposta terapêutica e tratamentos complementares e resultado de exames realizados;
- d. Prognóstico e sugestão de tempo de repouso para recuperação;
- e. Data, assinatura e número de registro do CRM.

A data de início da licença será, preferencialmente, aquela especificada no relatório do médico assistente, desde que observado o prazo da solicitação de perícia, junto ao RH do Órgão ao qual se acha vinculado o servidor.

O atestado/relatório médico concedido com prazo de até 03 (três) dias dentro do mesmo mês será homologado pela chefia imediata e deverá estar de acordo com as normas do manual e ser arquivado nos assentamentos funcionais do servidor do respectivo órgão. Na hipótese do servidor apresentar atestado/relatório superior a 03 (três) dias, dentro do mesmo mês, deverá ser encaminhado à Perícia Médica Oficial do Estado.

A licença médica será sempre concedida por prazo certo, expresso em dias consecutivos. A definição do período de permanência em gozo da licença dependerá da avaliação da condição de saúde do servidor pelo perito médico e, sempre que possível,



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

deve estar em conformidade com a sugestão de prazo recomendado no capítulo XIX, podendo a quantidade de dias ser igual, superior ou inferior ao sugerido pelo médico assistente.

Terminada a licença ou o benefício, o servidor deverá retornar imediatamente ao exercício do cargo, sem necessidade de qualquer notificação, salvo nas hipóteses de prorrogação ou de ocorrência de declaração de incapacidade definitiva.

A licença médica ou qualquer outro benefício dependente de perícia médica poderá ser cancelada se sobrevier fato comprovado que justifique a interrupção do período de gozo.

O servidor ficará obrigado a seguir o tratamento indicado pelo médico assistente, bem como submeter-se a inspeção médica determinada pela Perícia Médica, sob pena de processo administrativo por descumprimento de dever funcional e cancelamento da licença.

Caso o servidor necessite de tratamento médico quando em trânsito (fora do Estado de Sergipe), deverá comunicar o fato de imediato a Perícia Médica Oficial do Estado de Sergipe, por e-mail: **periciamedica.sead@sead.se.gov.br**, que encaminhará ao servidor ofício de apresentação a ser entregue ao órgão pericial da respectiva unidade federativa.

É dever do servidor em trânsito encaminhar para a perícia médica/SEAD/SE o resultado do exame pericial realizado ou do relatório médico, quando for o caso. Não sendo possível, cumpre à Perícia do Estado de Sergipe solicitar a documentação ao órgão pericial da respectiva unidade federativa, para fins de homologação.

Em situação de emergência de saúde pública ou equivalente, reconhecidas por decreto governamental, a concessão da licença observará as orientações estabelecidas em ato do Poder Executivo.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

CAPÍTULO VIII: DO EXAME PERICIAL MÉDICO ADMISSIONAL (EPMA)

Base legal:

Art. 39, inciso VII da Lei nº 2.148/1977

Art. 32, da Lei nº 4.133, de 14 de outubro de 1999.

Lei Estadual nº 7.712, de 08 de outubro de 2013;

Lei Federal nº 14.126, de 22 de março de 2021(Classifica a visão monocular como deficiência sensorial, do tipo visual) e Decreto Federal nº 10.654, de 22 de março de 2021;

Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Lei Federal nº 13.846, de 18 de junho de 2019.

O exame admissional destina-se a avaliar a aptidão biofísica e mental do candidato para tomar posse no cargo e desempenhar as respectivas atribuições, conforme previsão em lei e no edital do concurso público ou do processo seletivo.

Na realização do exame, compete ao Perito Médico avaliar a existência de patologias não enquadradas em Lei, que contra indiquem o ingresso do candidato de acordo com as funções do cargo a ser exercido, subsidiado pelo conhecimento clínico e por exames complementares.

Na ocorrência da detecção de patologia especificada em lei deverá o perito proceder à avaliação quanto ao seu estágio evolutivo (prognóstico), assim como da existência de terapêutica reconhecida pela medicina especializada e possibilidade de quadro de sequela incapacitante.

Persistindo dúvidas fundadas quanto à situação avaliada, deverá o perito médico solicitar a composição de Junta Médica para reavaliação e emissão de parecer conclusivo.

Nos casos que necessite de avaliação multiprofissional, compete à DGPM promover a solicitação.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

O candidato aprovado em concurso público e regularmente convocado pela Administração deverá comparecer à Perícia Médica na hora e data agendadas para realização do exame médico admissional.

Compõe o Exame Pericial Médico Admissional:

- a. Exame biofísico;
- b. Anamnese completa (dados sobre doenças pré-existentes do candidato e familiares);
- c. Confronto das atuais condições clínicas do candidato com as atribuições do cargo e os riscos porventura existentes no local de trabalho;
- d. Avaliação dos relatórios e resultados de exames apresentados por meio eletrônico (virtual).

O Laudo da Perícia Admissional deverá declarar:

- a. Candidato apto ao exercício do cargo;
- b. Candidato inapto, com a respectiva motivação;
- c. Candidato com pendência diante de solicitação pericial complementar de exames;
- d. Candidato encaminhado para avaliação por Junta Médica.

Quando se tratar de candidatos a vagas reservadas para PcD, o exame admissional será sempre efetuado em Junta Médica e envolverá:

- a. Perícia pré-admissional, na fase do concurso conforme previsto no edital para enquadramento do candidato como PcD e compatibilização com as funções do cargo, bem como se a deficiência oferece riscos à integridade física do candidato, de terceiros ou ao serviço público.
- b. Exame biofísico;
- c. Anamnese completa (dados sobre doenças pré-existentes do candidato e familiares);
- d. Avaliação dos relatórios e resultados de exames laboratoriais /de imagem e gráficos apresentados por meio eletrônico (virtual);
- e. Confronto das atuais condições clínicas do candidato com o questionário e as atribuições do cargo.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

Havendo previsão editalícia, o candidato poderá ser submetido a realização de novos exames biomédicos para verificação de seu estado de saúde. Em caso de alteração do quadro clínico, o candidato poderá ser submetido a novo exame, para ratificação ou não da sua condição de PcD ou de compatibilidade da patologia no momento da posse.

O Laudo da Perícia Admissional dos candidatos já enquadrados na condição de PcD e com compatibilização do cargo, em perícia pré-admissional, deverá declarar:

- a. Candidato PcD apto ao exercício do cargo;
- b. Candidato PcD inapto ao exercício do cargo, com a respectiva motivação;
- c. Candidato PcD com pendência diante de solicitação pericial complementar de exames;
- d. Reavaliação em junta médica com inclusão de profissional solicitado pela junta anterior para discussão do caso e emissão do laudo.

O candidato será responsabilizado penal, civil e administrativamente pelas informações omitidas ou falsas prestadas em qualquer fase do exame pré-admissional e admissional perante a Perícia Singular ou Junta Médica.

Parâmetros para avaliação dos Candidatos Portadores de Deficiência Aprovados em Concurso Público, de acordo com a Legislação Federal e Estadual que trata da matéria:

Decreto Federal nº 5.296, de 03/12/2004, deu nova redação ao artigo 4º, do Decreto nº 3.298, de 1999.

Art. 70: “O artigo 4º, do Decreto nº 3298/99 passa vigorar com as seguintes alterações”:

I – Deficiência Física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo. Membros com deformidade congênita ou



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

Alteração: Inclui ostomia e nanismo.

II – Deficiência Auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

Alteração: A perda auditiva tem de ser bilateral, a partir de 41 decibéis.

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

Alteração: Define com maior precisão a cegueira e a baixa visão.

IV – Deficiência Mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a. Comunicação;
- b. Cuidadas pessoais e acadêmicas;
- c. Habilidades sociais
- d. Utilização de recursos da comunidade
- e. Saúde e segurança
- f. Habilidades
- g. Lazer
- h. Trabalho

V – Deficiência Múltipla: associação de duas ou mais deficiências.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

**CAPÍTULO IX: DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DA PRÓPRIA
SAÚDE(LTPS):**

Base Legal:

Arts. 108, II, 121 a 125, da Lei nº 2.148/1977;

Arts. 83, I, e 96, da Lei Complementar nº 16/1994.

A LTPS poderá variar de 01(um) dia a, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses (setecentos e trinta dias), salvo nos casos considerados recuperáveis, em que se admitirá prorrogação do prazo máximo. Ao final desse prazo, o servidor obrigatoriamente deverá ser avaliado pela Junta Médica para fins de ser declarada a incapacidade permanente (invalidez) ou determinado retorno ao trabalho.

Poderá, ainda, ser concedida a LTPS, com data retroativa, desde que existam elementos para justificá-la.

A licença motivada por patologia que exija tratamento complementar (fisioterapia/ fonoaudiologia/ terapia ocupacional/psicologia, entre outros) de profissional de área de saúde, deverá ser avaliada mediante apresentação de relatório, anexado pelo servidor, no processo virtual, de todos os profissionais envolvidos na recuperação/reabilitação do servidor, além do relatório do médico assistente.

Para fins de concessão de LTPS, no caso de exame pericial de procedimento cirúrgico realizado pelo servidor, o perito deve levar em conta a patologia que motivou a cirurgia, a técnica empregada, a possibilidade de complicações e a atividade exercida. No caso de patologia infectocontagiosa, deve ser considerada a fase da doença, se aguda ou crônica, o risco de contágio, a necessidade de recuperação e a capacidade laborativa do servidor.

No quadro de doença crônica do servidor com períodos alternados de melhoria e piora (de remissão), a licença será concedida somente na fase de reagudização.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

As licenças concedidas em ameaça de aborto, gestação de risco e outras situações clínicas agravantes da gestação devem ser, em geral, de curta ou média duração, podendo ser prorrogadas ou renovadas.

Outras afecções com solicitação de afastamento deverão ser avaliadas pelo perito com base no Exame Pericial Médico e nos exames complementares, sempre as relacionando com a atividade exercida pelo servidor.

Antes de declarar definitivamente a condição de incapacidade permanente, o perito médico deverá constatar a impossibilidade de restrição, remoção ou readaptação laboral do servidor. O período compreendido entre o término da licença para tratamento de saúde e a publicação do ato de aposentadoria por invalidez será considerado como de prorrogação da licença.

CAPÍTULO X: DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE PESSOA DA PRÓPRIA FAMÍLIA (LTSPPF)

Base Legal:

Arts. 83, I, 87 e 95, da Lei Complementar nº 16/1994 (Estatuto do Magistério Público do Estado de Sergipe);

Arts. 126 e 127, da Lei nº 2.148/1977 (Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de Sergipe).

A LTSPPF do servidor será concedida mediante comprovação do vínculo de parentesco. Considera-se pessoa da família do servidor: o cônjuge ou pessoa com quem mantenha união estável; o ascendente ou descendente até o segundo grau (pais, padrasto ou madrasta, filhos e enteados, avós, netos); o parente colateral, consanguíneo ou afim até o segundo grau (irmãos, cunhados, sobrinhos, tios e primos). Equiparar-se-á ao parentesco por afinidade a pessoa que viva a expensas do servidor ou que esteja sob sua guarda e responsabilidade, cadastrada nos seus assentamentos funcionais.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

A LTSPPF poderá ser concedida, com remuneração, pelo prazo de até 01 (um) ano em cada quinquênio, observados os seguintes critérios:

- a. Até 06 (seis) meses ou 180 (cento e oitenta dias), com vencimento ou remuneração integral;
- b. Cento e oitenta um dias até 01 (um) ano, com redução de cinquenta por cento do vencimento ou remuneração;
- c. Após 01 (um) ano poderá ser prorrogada sem remuneração.

O exame pericial médico deverá, baseado em relatório do médico assistente, avaliar a situação clínica no momento do exame do familiar. Os dados do exame deverão ser registrados de forma completa e precisa, no prontuário.

O atestado/relatório médico deve justificar a necessidade de acompanhamento do servidor.

O familiar enfermo, acompanhado do servidor, deverá comparecer para a realização do exame médico na sede da Perícia. O não comparecimento das partes na data agendada ou reagendada, bem como a recusa de avaliação do familiar implica na devolução do processo, podendo o servidor realizar nova solicitação junto ao seu RH, com documentação atualizada, se for o caso. No caso de patologia infecciosa ou que ofereça risco de agravamento do familiar, o exame pericial será realizado na residência ou no local onde se encontre hospitalizado.

O perito deverá registrar no prontuário e entregar o resultado simplificado da perícia ao servidor, o qual deverá conter, expressamente, as orientações sobre a documentação e os exames complementares, que deverão ser apresentados no caso de necessidade de prorrogação da licença.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

CAPÍTULO XI: DO REPOUSO POR LICENÇA À GESTANTE

Base Legal:

Art.109 Lei nº 2.148/1977 (Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado de Sergipe);

Art.103 Lei Complementar nº 16/1994 (Estatuto do Magistério Público).

A licença é remunerada, com duração de 180 (cento e oitenta) dias e será concedida mediante exame pericial médico. Em casos excepcionais, mediante novo exame, o prazo poderá ser prorrogado em até 02 (duas) semanas.

A Licença à Gestante poderá se iniciar a partir da 36ª (trigésima-sexta) semana até a data do parto. Caso necessário o afastamento da servidora antes desse prazo, caberá à Perícia Médica, mediante solicitação do médico assistente e exames realizados, conceder LTPS.

Na hipótese da servidora optar por trabalhar até o dia do parto, a Licença à Gestante iniciará nesta data.

Situações Específicas:

- a. Na hipótese de nascimento prematuro, a data de início da Licença à Gestante é a do parto.
- b. Nos casos de natimorto ou de aborto não criminoso, a licença expirará em 30 (trinta) dias a contar da ocorrência. Decorrido esse prazo, caso a servidora não se encontre apta a reassumir o exercício do cargo, solicitará novo exame pericial, podendo ser concedida LTPS.
- c. A partir da 36ª (trigésima-sexta) semana de gestação, somente poderá ser concedida ou prorrogada a LTPS se a patologia motivadora não tiver relação direta com o estado gestacional. Caso contrário (ameaça de parto, contrações uterinas prematuras, diabetes gestacional, etc.), deverá ser concedido Repouso por Licença à Gestante.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

A servidora gestante, quando atuando em função incompatível com o seu estado, terá direito provisoriamente e enquanto permanecer em serviço, à Restrição Laboral de atividades não prejudiciais à sua saúde ou do nascituro, conforme exame pericial médico e embasado em exames laboratoriais, de imagem e relatório do médico assistente.

Na hipótese da Licença à Gestante expirar antes da criança completar 06 (seis) meses de vida, a servidora lactante terá direito durante a jornada de trabalho, a uma hora de descanso, para amamentação, que poderá ser dividida em dois períodos de meia hora, até que a criança complete 06 (seis) meses de vida.

CAPÍTULO XII: DA READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO

Base Legal:

Art. 32, da LC nº16/1994 (Estatuto do Magistério Público)

Art. 26, § 1º da LC nº 113/2005 (RPPS).

Art. 20, da Lei nº 2.148/1977 (Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado)

A readaptação ou remanejamento de função é o deslocamento do servidor para exercer funções de outro cargo, não acarretando mudança de remuneração, devendo ser precedida de laudo emitido por Junta Pericial Médica.

O Laudo Pericial só poderá declarar a necessidade de readaptação quando não for o caso, respectivamente, de licença para tratamento da própria saúde, restrição laboral ou aposentadoria por invalidez. Preferencialmente, a readaptação deverá ser precedida de registro em prontuário pericial de licença médica, da patologia em questão. O laudo pericial que declarar a existência ou não das condições legais para fins de readaptação, deverá ser fundamentado de forma clara e objetiva.

No caso de readaptação, findo o prazo concedido, o servidor deverá retornar automaticamente ao exercício do cargo de origem, exceto quando for o caso de prorrogação, hipótese em que será necessário o retorno à Perícia Médica Oficial.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

CAPÍTULO XIII: DA REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA

Base Legal:

Lei nº 4.009/1998

Parecer Normativo nº 002/2020 – PGE (Verbete 51 do Conselho Superior da Advocacia Geral do Estado).

O servidor efetivo ou comissionado que tenha filho portador de deficiência sob sua guarda e, cuja deficiência o torne incapaz, poderá requerer a redução de 50% (cinquenta por cento) de sua carga horária de trabalho. A deficiência deverá ser comprovada pela Perícia Médica Oficial, cujo laudo pericial deverá declarar a existência ou não das condições legais para fins de redução de carga horária, devendo ser fundamentado de forma clara e objetiva.

O resultado do exame pericial médico (laudo) será encaminhado à PGE para análise, emissão de parecer e finalização do processo pela SEAD.

A Portaria de Redução de Carga Horária terá vigência de 02 (dois) anos, facultado ao servidor solicitar a renovação/prorrogação do benefício com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término.

No caso de deficiência irreversível, devidamente registrada no laudo, a renovação do benefício dispensará nova perícia.

Equipara-se à filho biológico quando comprovada a relação de paternidade ou maternidade (biológica, por adoção ou determinada por processo judicial), ou no exercício de guarda legal ou tutela, ou ainda em estágio de convivência pré-adoção, de pessoa com deficiência, temporária ou permanente, conforme conceituado na Lei Federal nº 13.146/2015, aliada à situação fática de dependência, conforme laudo médico emitido pela Perícia Médica Oficial.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

CAPÍTULO XIV: DA REMOÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE

Base legal:

Art. 40, § 1º, Inciso III da LC nº 16 de 28/1994, combinado com o Art.61 da Lei nº 2148 de 21/12/1977.

A remoção por motivo de saúde poderá ser requerida pelo servidor para fins de tratamento da sua própria saúde, do cônjuge, companheiro ou dependente, por período superior a 06 (seis) meses, condicionada à comprovação da patologia por Junta Médica Oficial e da necessidade de tratamento em localidade diversa da sua residência ou lotação. Cumpre ao servidor apresentar toda a documentação que comprove a necessidade efetiva de realização do tratamento fora da sua sede de lotação ou do seu domicílio.

Observação: Considera-se pessoa da família do servidor: o cônjuge ou pessoa com que mantenha união estável, o ascendente ou descendente, até o segundo grau (pais, padrasto ou madrasta, filhos e enteados, avós, netos); o parente colateral, consanguíneo ou afim, até o segundo grau (irmãos, cunhados, sobrinhos, tios e primos), observada a dependência.

Caso a Junta Médica seja favorável à remoção deverá indicar as razões objetivas no resultado do laudo pericial.

CAPÍTULO XV: DO RECURSO

O servidor poderá interpor recurso em razão do resultado do laudo pericial, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, ressalvados os casos de perícia admissional e declaração de invalidez definitiva cujo prazo será de 10 (dez) dias, contados da ciência da decisão.

O recurso, instruído com a documentação, deverá ser dirigido ao Secretário de Estado da Administração e encaminhado para a Diretoria Geral de Perícia para fins de julgamento. O recurso corresponde à última instância administrativa e será julgado por



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Junta Médica formada por profissionais distintos daqueles que proferiram da decisão recorrida.

CAPÍTULO XVI: DA APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE (INVALIDEZ)

Base Legal:

Lei Complementar Estadual nº 113/2005 – Regime Próprio de Previdência Social do Estado de Sergipe.

A Perícia Médica poderá declarar, desde logo, a incapacidade permanente (invalidéz) do servidor, de acordo a gravidade da patologia apresentada ou em razão do decurso do prazo máximo 24 (vinte e quatro) meses de afastamento em gozo de LTPS, adotando as providências administrativas para os fins previstos em lei. Excepcionalmente, poderá a Perícia Médica prorrogar a referida licença, por prazo de até 06 (seis) meses, quando houver indícios de recuperação da capacidade laborativa. (dependente de alteração legal).

O enquadramento da aposentadoria por incapacidade permanente (invalidéz) em decorrência de patologia declarada no laudo da Perícia Médica Oficial será de competência da Autarquia Previdenciária Estadual. Na hipótese de vir a ser detectado por meio de exame pericial que o servidor apresenta quadro clínico de alienação mental, a perícia médica poderá convocar familiar do servidor para adoção das providências previstas na legislação civil.

O laudo pericial que declarar a existência ou não das condições legais para fins de aposentadoria por incapacidade permanente (invalidéz), deverá ser fundamentado de forma clara e objetiva.

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Enquanto não atingir a idade de inativação compulsória, o servidor aposentado por invalidez, que se julgar apto, poderá solicitar a reavaliação de sua incapacidade pela Junta Pericial Médica.

CAPITULO XVII: DAS DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

Base Legal:

Art. 23, da LC nº 113/2005

Art.186, §§ 1º e 3º da Lei Federal nº 8.112/1990;

Art. 1º, da Lei Federal nº11.052/2004;

Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11/2006.

Doenças especificadas em lei são aquelas citadas nominalmente em legislação específica e que garantem direitos diferenciados aos seus portadores.

A constatação das doenças especificadas se baseia em critérios apresentados pelas sociedades médicas brasileiras e internacionais, de cada especialidade e em publicações de órgãos públicos. A comprovação da doença ativa será feita por intermédio de avaliação pericial, relatórios médicos e exames complementares.

Procedimentos para a Perícia Oficial em Saúde nas doenças especificadas em lei:

1. O relato da avaliação pericial deverá conter:

- a. Diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10;
- b. Estágio evolutivo, quando couber;
- c. Refratariedade ao tratamento.

2. O laudo pericial deverá conter:

- a. O nome da doença por extenso, conforme especificado em lei;
- b. A data de início da doença;
- c. Se há necessidade de reavaliação e data de retorno quando couber.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

A seguir cada doença será descrita em seu quadro clínico e seus principais critérios de enquadramento:

A) Doenças Especificadas no § 1º do art. 186, da Lei nº 8.112/90

A1) ALIENAÇÃO MENTAL:

Conceitua-se alienação mental como sendo todo quadro de transtorno psiquiátrico ou neuropsiquiátrico grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da sanidade mental, comprometendo gravemente os juízos de valor e de realidade, bem como a capacidade de entendimento e de autodeterminação, tornando o indivíduo inválido para qualquer trabalho.

O indivíduo se torna incapaz de responder por seus atos na vida civil, mostrando-se inteiramente dependente de terceiros no que tange às diversas responsabilidades exigidas pelo convívio em sociedade. O alienado mental pode representar riscos para si e para terceiros, sendo impedido, por isso, de qualquer atividade funcional.

O diagnóstico de um transtorno mental não é, por si só, indicativo de enquadramento como alienação mental, cabendo ao perito a análise das demais condições clínicas e do grau de incapacidade, na forma orientada adiante neste Manual. No laudo médico pericial, constará apenas a expressão "alienação mental".

Critérios de enquadramento:

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

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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

São passíveis de enquadramento:

1. Esquizofrenias nos estados crônicos e residuais;
2. Outras psicoses graves nos estados crônicos e residuais;
3. Estados demenciais de qualquer etiologia (vascular, Alzheimer, doença de Parkinson, etc.);
4. Retardos mentais graves e profundos.

São excepcionalmente considerados casos de Alienação Mental:

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

Quadros não passíveis de enquadramento:

1. Transtornos da personalidade;
2. Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) nas formas leves e moderadas;
3. Retardos mentais leves e moderados;
4. Transtornos relacionados ao estresse e somatoformes (reação de ajustamento, reação ao estresse);



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

5. Transtornos mentais orgânicos agudos e transitórios (estados confusionais reversíveis);
6. Transtornos neuróticos (mesmo os mais graves).

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

A2) CARDIOPATIA GRAVE

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

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

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

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

- Classe I

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

- Classe II

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

- Classe III



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

- Classe IV

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

Na avaliação da capacidade funcional do coração devem ser utilizados os meios diagnósticos disponíveis para quantificar o déficit funcional e estabelecer a gravidade da cardiopatia, sendo necessária a avaliação conjunta dos resultados dos exames. A limitação funcional cardíaca será definida pela análise criteriosa dos métodos propedêuticos, quando indicados, a saber:

1. Anamnese e exame físico do aparelho cardiovascular detalhados minuciosamente, incluindo teste da caminhada dos 6 minutos;
2. Exames laboratoriais: hemograma, BNP, bioquímica, hormônios séricos, reações sorológicas, exame de urina e de fezes;
3. Radiografias do tórax em AP e perfil;
4. Eletrocardiograma de repouso;
5. Eletrocardiograma de esforço;
6. Eletrocardiografia dinâmica – Holter;
7. Mapeamento ambulatorial da pressão arterial;
8. Ecocardiografia bidimensional com Doppler de fluxos valvulares;
9. Cintilografia miocárdica;
10. Estudo hemodinâmico por cateterismo cardíaco;
11. Estudo cineangiocoronariográfico por cateterismo cardíaco;
12. Estudo eletrofisiológico;
13. Tomografia computadorizada.
14. Ressonância magnética;
15. Teste cardiopulmonar;
16. Perfusão miocárdica por microbolhas.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

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

1. Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva

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

2. Síndrome de insuficiência coronariana

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

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

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

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

3. Arritmias complexas e graves.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

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

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

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

Critérios de enquadramento:

A Perícia Oficial em Saúde irá se basear nos diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), na classe funcional e os elementos usados para a classificação, para o enquadramento legal da lesão incapacitante e concluir pela existência ou não de cardiopatia grave.

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

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

Para a insuficiência cardíaca e/ou coronariana, classificam-se como graves aquelas enquadradas nas classes III e IV da NYHA e, eventualmente, as da classe II, da referida classificação, na dependência da idade, da atividade profissional, das características funcionais do cargo, da coexistência de outras enfermidades e da incapacidade de reabilitação, apesar de tratamento médico em curso.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

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

De modo geral, podem ser consideradas como cardiopatia grave:

1. Síndrome de insuficiência cardíaca de qualquer etiologia que curse com importante disfunção ventricular (classes III e IV da NYHA);
2. Síndrome de insuficiência coronariana crônica refratária à terapêutica sem indicação cirúrgica (classes II a IV da NYHA);
3. Arritmias por bloqueios atrioventriculares de 2º e 3º graus, extrassístolias e/ou taquicardias ventriculares, síndromes braditaquicárdicas;
4. Cardiopatias congênitas nas classes III e IV da NYHA, ou com importantes manifestações sistêmicas de hipoxemia;
5. Cardiopatias várias, tratadas cirurgicamente (revascularização do miocárdio, próteses valvulares, implante de marcapasso, aneurismectomias, correções cirúrgicas de anomalias congênitas), quando depois de reavaliadas funcionalmente forem consideradas pertencentes às classes III e IV, ou a critério, classe II da NYHA. A perícia somente enquadrará os servidores como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar em tratamento especializado por 24 meses.

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

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

O prazo de observação e tratamento supracitado também poderá ser dispensado nos servidores que apresentem fatores de risco e condições associadas, tais como: idade igual ou superior a 70 anos, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia familiar, vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico),



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados, mantendo-se os critérios do enquadramento anteriormente descritos para a invalidez.

Após um infarto do miocárdio, a avaliação de risco se baseia em três fatores: percentagem de miocárdio isquêmico residual, extensão da disfunção ventricular esquerda e potencial arritmico. Quando o tratamento adequado, clínico ou intervencionista, melhorar ou abolir as alterações cardiológicas, o diagnóstico de cardiopatia grave deve ser reconsiderado e reavaliado.

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

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

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

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

A3) CEGUEIRA POSTERIOR AO INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

Cegueira é a condição de falta de percepção visual devido a fatores fisiológicos ou neurológicos. Cegueira total ou Amaurose é a completa falta de percepção visual de



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

forma e luz e é clinicamente registrada como NLP, uma abreviação para "no light perception" (sem percepção de luz-SPL). Cegueira é frequentemente usada para descrever a deficiência visual grave, com visão residual.

Aqueles descritos como tendo apenas percepção de luz têm apenas a capacidade de diferenciar o claro do escuro e a direção de uma fonte de luz.

Situações equivalentes à cegueira:

- a. Os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nestas normas, não suscetíveis de correção óptica nem capazes de serem beneficiados por tratamento clínico-cirúrgico;
- b. Os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20° no melhor olho, comprovados por campimetria e, que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

Graus de perda parcial da visão:

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

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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

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

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

Serão enquadrados nos Graus I, II e III os pacientes que tiverem redução do campo visual, no melhor olho, entre 20° e 10°, entre 10° e 5° e menor que 5°, respectivamente.

Avaliação da Acuidade Visual – Escalas Adotadas

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

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

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

Critérios de enquadramento:



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

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

1. Perda total de visão (amaurose) nos dois olhos, sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, com base em parecer especializado – Cegueira Total.
2. A perícia também concluirá pela invalidez permanente por cegueira dos servidores que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, nos graus II, III e IV descritos nos itens acima, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico cirúrgico, com base em parecer especializado.
3. Serão considerados portadores de deficiência visual comparável à cegueira os servidores que apresentarem acuidade visual no melhor olho, de 20/200 (0,1), esgotados os meios ópticos e cirúrgicos para correção ou campo visual igual ou inferior a 20 graus (campo tubular), ou ocorrência de ambos, não suscetível de correção óptica, nem removível por tratamento médico cirúrgico, com base em parecer especializado – considerado Cegueira Legal.

A Perícia Oficial em Saúde, ao emitir laudos de invalidez de portadores de afecção que os incluam nos graus de diminuição da acuidade visual descritos anteriormente, deverá escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão “Equivalente à Cegueira”. Os casos de perda transitória de visão não poderão ser considerados para esse critério bem como os que ingressaram no serviço público, já portadores de deficiência compatível com cegueira.

Somente a cegueira adquirida posterior ao ingresso do servidor no cargo constitui motivo para aposentadoria por invalidez permanente. É necessário ter atenção para servidores que entram no serviço público com graves deficiências visuais ou mesmo cega, que, no caso de agravamento, poderão pleitear aposentadoria.

Nesse caso, deve-se reportar ao exame de admissão para se ter um parâmetro de avaliação da condição atual.

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

A4) DOENÇA DE PARKINSON

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

- a. Tremor: hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- b. Rigidez muscular: sinal característico e, eventualmente, dominante, acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;
- c. Oligocinesia: diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos. Os movimentos lentos (bradicinesia) são típicos à medida que a rigidez progride. Os movimentos também se tornam reduzidos (hipocinesia) e difíceis de iniciar (acinesia);
- d. Instabilidade postural: o paciente tem dificuldade na marcha (início, giros, parada) e na postura;
- e. Demência: pode ocorrer tardiamente.

Considerações:

Na maioria dos casos, não é possível conhecer sua etiologia, sendo então denominada parkinsonismo primário ou Doença de Parkinson propriamente dita. Quando identificada a causa (pós-encefalite, arteriosclerótica etc.), a doença é conhecida como Síndrome de Parkinson ou parkinsonismo secundário. Ambas as formas clínicas satisfazem o critério da legislação, exigindo apenas o reconhecimento da incapacidade laborativa e/ou de invalidez e da impossibilidade do controle terapêutico da doença.

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

Quaisquer das formas clínicas da Doença de Parkinson ou do parkinsonismo secundário podem levar à incapacidade definitiva para o serviço ativo quando determinarem



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

impedimento do servidor ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

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

TABELA DE WEBSTER PARA AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE PARKINSON

a) Bradicinesia de mãos - incluindo escrita manual

Sem comprometimento	0
Lentificação detectável do uso de supinação-pronação evidenciada pela dificuldade no início do manuseio de instrumentos, abotoamento de roupas e durante a escrita manual	1
Lentificação grave do uso da supinação-pronação - incapaz de escrever ou abotoar as roupas. Dificuldade acentuada no manuseio de utensílios	2
Lentificação moderada do uso de supinação-pronação, em um ou ambos os lados, evidenciada pelo comprometimento moderado da função das mãos. A escrita manual encontra-se fortemente prejudicada com micrografia presente.	3

b) Rigidez

Não detectável	0
Rigidez detectável no pescoço e ombros. O fenômeno de ativação encontra-se presente. Um ou ambos os braços apresentam rigidez leve, negativa, durante o repouso.	1
Rigidez moderada no pescoço e ombros. A rigidez durante o repouso é positiva quando o paciente não está medicado.	2
Rigidez grave no pescoço e ombros. A rigidez de repouso não pode ser revertida por medicação.	3

c) Postura

Postura normal. Cabeça fletida para a frente, menos que 10 cm.	0
Começando a apresentar coluna de atizador. Cabeça fletida para a frente, mais de 12 Cm	1
Começa a apresentar flexão de braço. Cabeça fletida para a frente mais de 15cm. Um ou ambos os braços elevados, mas abaixo da cintura.	2
Início da postura simiesca. Cabeça fletida para a frente mais de 15 cm. Uma ou ambas as mãos elevadas acima da cintura. Flexão aguda da mão. Começando	3



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

extensão inter-falange. Começando a flexão dos joelhos	
--	--

d) Balanceio de membros superiores

Balanceio correto dos dois braços	0
Um dos braços com diminuição definida do balanceio	1
Um braço não balança.	2
Os dois braços não balançam.	3

e) Marcha

Passos boa com passada de 40 a 75 cm. Faz giro sem esforço.	0
Marcha encurtada para passada com 30 a 45 cm. Começando a bater um calcanhar faz giro mais lentamente. Requer vários passos.	1
Passada moderadamente encurtada agora com 15 a 30 cm. Os dois calcanhares começam a bater no solo forçadamente.	2
Início da marcha com interrupções, passos com menos de 7 cm. Ocasionalmente, a marcha apresenta um tipo de bloqueio como “gaguejar”. O paciente anda sobre os artelhos e faz os giros muito lentamente.	3

f) Tremor

Sem tremor detectado	0
Observado movimento de tremor com menos de 2,5 cm, de pico a pico, nos membros ou na cabeça, durante o repouso ou em qualquer mão durante a marcha ou durante o teste dedo-nariz.	1
O evento máximo de tremor não excede 10 cm. O tremor é grave, mas não constante. O paciente retém algum controle das mãos.	2
Um evento de tremor excedendo 10 cm. O tremor é constante e grave. O paciente não consegue livrar-se do tremor enquanto está acordado, a menos que este seja do tipo cerebelar puro. A escrita e a auto- alimentação são impossíveis.	3

g) Face

Normal. Expressão completa, sem aparência de espanto.	0
Imobilidade detectável. A boca permanece aberta. Começam as características de ansiedade e depressão.	1
Imobilidade moderada. A emoção é interrompida, com aumento acentuado no limiar. Os lábios se partem com o tempo. Aparência moderada de ansiedade e depressão. Pode ocorrer perda de saliva pela boca.	2
Face congelada. Boca aberta 0,5 cm. ou mais. Pode haver perda intensa de saliva	3



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

pela boca.	
------------	--

h) Seborreia

Nenhuma	0
Aumento da perspiração. A secreção permanece fina.	1
Oleosidade óbvia presente. Secreção mais espessa.	2
Seborreia acentuada. Toda a face e a cabeça cobertas por uma secreção espessa	3

i) Fala

Clara, sonora, ressonante, fácil de entender.	0
Começando uma rouquidão com perda de inflexão e ressonância. Com bom volume e ainda fácil de entender.	1
Rouquidão e fraqueza moderadas. Monotonia constante, sem variações de altura. Início da disartria. Hesitação, gaguejamento: dificuldade para ser compreendida.	2
Rouquidão e fraqueza acentuadas. Muito difícil de ouvir e compreender.	3

j) Cuidados pessoais

Sem comprometimento	0
Ainda capaz de todos os cuidados pessoais, mas a velocidade com que se veste, torna-se um empecilho definitivo. Capaz de viver sozinho e frequentemente ainda empregado.	1
Requer ajuda em certas áreas críticas, como para se virar na cama, levantar-se de cadeiras, etc. Muito lento no desempenho da maioria das atividades, mas trata estes problemas designando mais tempo para cada atividade.	2
Continuamente incapacitado. Incapaz de se vestir, alimentar-se ou andar sozinho.	3

TOTAL ANÁLISE:	1 – 10 = Início da doença
	11 – 20 = Incapacidade moderada
	21 – 30 = Doença grave ou avançada



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Critérios de enquadramento:

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

1. Quando as manifestações clínicas e a evolução da doença determinar o impedimento ao desempenho das atividades laborativas e realização das atividades normais da vida diária;
2. Com base na pontuação da tabela de Webster, todos os que apresentarem doença grave ou avançada. Os portadores de incapacidade moderada serão avaliados considerando-se a condição clínica e sua atividade laboral;
3. Quando não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

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

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

A5) ESCLEROSE MÚLTIPLA

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

Etiologia:

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

Patologia:

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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

perivascular.

Sinais e sintomas:

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

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

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

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

Curso:

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

Diagnóstico:

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

Exames complementares ao diagnóstico:

1. Exame do líquido cefalorraquidiano: anormal em até 55% dos casos;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

2. Ressonância magnética: é a técnica mais sensível, podendo mostrar as placas;
3. Potencial evocado: analisa as respostas elétricas repetidas pela estimulação de um sistema sensorial e, geralmente, estão alteradas.

Critérios de enquadramento:

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

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

A6) ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE

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

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

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

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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

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

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

Critérios de enquadramento:

A Perícia Oficial em Saúde procederá ao enquadramento legal dos portadores de espondilite anquilosante pela invalidez permanente acarretada por essa doença.

A perícia, ao firmar seus laudos, deverá fazer constar:

1. O diagnóstico nosológico;
2. A citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;
3. A citação dos segmentos da coluna atingidos.

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

- a. Comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);
- b. Cintilografia óssea;
- c. Teste sorológico específico HLA – B 27;
- d. Tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

A7) ESTADOS AVANÇADOS DO MAL DE PAGET

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

Quadro clínico:

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

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

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

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

Critérios de enquadramento:

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

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

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

Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

- a. Exame radiológico;
- b. Dosagem da fosfatase alcalina;
- c. Dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

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

A8) HANSENÍASE

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

Sinais cardinais da hanseníase:

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

Classificação:

A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

1. Paucibacilares (PB) – Casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa; tratamento de seis meses;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

- a. Indeterminada (I);
 - b. Tuberculóide (T);
2. Multibacilares (MB) – Casos com mais de cinco lesões de pele; tratamento de 24 meses. A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.
- a. Dimorfa (D);
 - b. Virchowiana (V);
 - c. Não Especificada (NE).

Atenção: o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase. Quando o tratamento quimioterápico é iniciado deixa de haver transmissão da doença, pois a primeira dose da medicação torna os bacilos incapazes de infectar outras pessoas.

Formas clínicas de hanseníase – Classificação de Madri:

1. Hanseníase Indeterminada (HI) CID A30. 0 – Considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana;
2. Hanseníase Tuberculóide (HT) CID - 10 A30.1 – Poucas lesões bem delimitadas, em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, anestésicas e de distribuição assimétrica, com crescimento centrífugo lento levando à atrofia no interior da lesão;
3. Hanseníase Dimorfa (HD) CID - 10 A30.3 – Manifestações clínicas variáveis na pele, nos nervos ou no comprometimento sistêmico; lesões neurais precoces, assimétricas, levando a deficiências físicas;
4. Hanseníase Virchowiana (HV) CID - 10 A30.5 – Evolução crônica com infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar os linfonodos, o fígado e o baço.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Neuropatia Hansênica - Diagnóstico do Dano Neural – Sinais e Sintomas

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

Os principais nervos acometidos na hanseníase são:

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

Graus de incapacidade

Avaliação do grau de incapacidade e da função neural:

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

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

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

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

Teste manual da exploração da força muscular



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

FORÇA		DESCRIÇÃO
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência Máxima
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência Parcial
	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade
	2	Realiza o movimento parcial
Paralisada	1	Contração muscular sem movimento
	0	Paralisia (nenhum movimento)

Critérios de enquadramento:

A doença, por si só, não leva a pessoa a ser afastada de suas atividades laborais, uma vez que, ao iniciar a terapia específica (poliquimioterapia), o portador bacilífero se torna não contagiante. Em algumas avaliações por especialistas, os casos multibacilares poderão ser afastados de suas atividades por um período de três semanas.

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

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

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

Serão considerados inválidos aqueles classificados no grau 2 da tabela de incapacidade física e nos graus 0 e 1 da tabela de exploração da força muscular. As demais situações clínicas dependerão da correlação com as atividades laborais.

A Perícia Oficial em Saúde concluirá pela invalidez quando os servidores apresentarem sequelas incapacitantes sem possibilidade de recuperação.

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

A9) NEFROPATIA GRAVE:

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

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

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Quadro clínico manifestações clínicas:

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

Alterações nos exames complementares:

1. Alterações laboratoriais
 - 1.1. Diminuição da filtração glomerular;
 - 1.2. Diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);
 - 1.3. Aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico;
 - 1.4. Distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;
 - 1.5. Acidose.
2. Alteração nos exames por imagem:
 - 2.1. Diminuição das áreas renais nas enfermidades crônicas ou nas isquemias agudas intensas;
 - 2.2. Distorções da imagem normal consequente de cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;
 - 2.3. Distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;
 - 2.4. Diminuição da eliminação de contrastes quando usados.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Considerações:

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

Doenças renais crônicas – Estadiamento e Classificação*

ESTÁGIO	FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ML/MIN)	CREATININA (MG/DL)	GRAU DE I.R.C.
0	> 90	0,6- 1,4	Grupo de risco para DRC Ausência de lesão renal
1	> 90	0,6- 1,4	Função renal normal Presença de lesão renal
2	60 – 89	1,5 – 2,0	IR leve ou funcional
3	30- 59	2,1- 6,0	IR moderada ou laboratorial
4	15- 29	6,1- 9,0	IR grave ou clínica
5	< 15	> 9,0	IR terminal ou pré-dialítica

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

São consideradas nefropatias graves:

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

Critérios de enquadramento:

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

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

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

A10) NEOPLASIA MALIGNA:

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

São consideradas neoplasias malignas as relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

Avaliação diagnóstica e estadiamento:

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

1. Exame clínico especializado;
2. Exames radiológicos;
3. Exames ultrassonográficos;
4. Exames de tomografia computadorizada;
5. Exames de ressonância nuclear magnética;
6. Exames cintilográficos;
7. Exames endoscópicos;
8. Pesquisa de marcadores tumorais específicos;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

9. Biópsia da lesão com exame histopatológico;
10. Exames citológicos;
11. Exames de imunohistoquímica;
12. Estudos citogenéticos em casos específicos.

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

Prognóstico:

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

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

Objetivos da avaliação pericial:

A avaliação pericial objetiva comprovar:

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

Critérios de enquadramento:



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

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

A perícia deverá citar no registro da avaliação pericial:

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

Os servidores portadores de neoplasia maligna detectada pelos meios propedêuticos e submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico serão considerados portadores dessa enfermidade durante os cinco primeiros anos de acompanhamento clínico, mesmo que o estadiamento clínico indique bom prognóstico.

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

Os servidores portadores de neoplasia maligna submetidos a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, que após cinco anos de acompanhamento clínico não apresentarem evidência de doença ativa serão considerados não portadores de neoplasia maligna.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

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

A11) PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE:

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

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

A paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, bem como permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a mobilidade, a sensibilidade e a troficidade.

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

Classificação das paralisias:

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

1. Paralisia isolada ou periférica - quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
2. Monoplegia - quando são atingidos todos os músculos de um só membro;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

3. Hemiplegia - quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
4. Paraplegia ou diplegia - quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
5. Triplegia - quando resulta da paralisia de três membros;
6. Tetraplegia - quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

Critérios de enquadramento:

Os portadores de paralisia irreversível e incapacitante de um dos tipos escritos anteriormente, satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados impossibilitados para qualquer trabalho de forma total e permanente.

A perícia deverá especificar no relato da avaliação pericial os diagnósticos anatômico e etiológico e o caráter definitivo e permanente, como citado na lei.

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

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

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

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

A12) SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS):

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Classificação:

A infecção pelo HIV em adultos pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos T-CD4 conforme descrito a seguir.

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

Categoria “A”:

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

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

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

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

1. Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;
2. Criptococose extrapulmonar;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

3. Câncer cervical uterino;
4. Retinite, 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 bactérias do gênero “salmonella”;
13. Toxoplasmose cerebral;
14. Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
15. Criptosporidiose intestinal crônica;
16. Sarcoma de Kaposi;
17. Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;
18. Encefalopatia pelo HIV;
19. Síndrome consumptiva pelo HIV (perda de peso involuntária superior a 10% do peso habitual do paciente, excluída a tuberculose como causa básica);
20. Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite).

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

1. Grupo 1: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³.
2. Grupo 2: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³.
3. Grupo 3: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

Critérios de enquadramento:



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Utilizando-se a tabela de associação das categorias clínicas com os grupos de contagem de linfócitos T CD4, chega-se à:

Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial

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

1. Serão considerados incapazes definitivamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A3, B3 e C(todos).
2. Serão considerados incapazes temporariamente para o serviço os servidores classificados nas categorias A1, A2, B1 e B2, na presença de manifestações clínicas incapacitantes. Deverão ser mantidos em licença para tratamento de saúde por até dois anos, com controle trimestral pela Perícia.

Após os dois anos de licença médica, caso permaneçam incapacitados para retorno ao trabalho, serão aposentados.

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

A13) TUBERCULOSE ATIVA

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

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

Classificação:

Indivíduo sem tuberculose latente ou ativa.

Ocorre quando o indivíduo não possui exposição à TB nem infecção tuberculosa ou quando indivíduo com história de exposição à TB, porém, sem evidência de TB doença (Prova tuberculínica negativa);

Infecção latente por tuberculose:

Ocorre quando a pessoa teve contato com TB recentemente, mas não desenvolveu a doença ativa. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação e adoecem na sequência da primo-infecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nesta fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência da exposição a uma nova fonte de infecção.

Tuberculose Ativa:

Ocorre quando o indivíduo apresenta TB comprovada laboratorialmente (baciloscopia e/ou cultura), ou em casos de grande suspeita clínica e radiológica, podendo ter um diagnóstico presuntivo baseado em dados clínico-epidemiológicos após outros tratamentos antimicrobianos sem resultado.

Classificação da Tuberculose Ativa conforme o local de acometimento:

1. Tuberculose Pulmonar

TB que acomete em algum momento o pulmão. Pode ser primária, pós-primária (ou secundária) e TB miliar. Os sintomas mais frequentes são tosse persistente, produtiva ou



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento.

- TB primária:

Ocorre comumente após a primo-infecção, mais comum em crianças.

- TB pós-primária:

Ocorre por reativação de uma infecção anterior, pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum no adolescente e adulto jovem.

- TB miliar:

É uma TB generalizada. Ocorre por reativação de uma infecção anterior geralmente em pacientes imunodeprimidos graves. A denominação é vinculada ao aspecto radiológico pulmonar. Apresentação mais comum em crianças e adultos jovens.

2. Tuberculose extrapulmonar

TB extrapulmonar ocorre quando a TB acomete outro órgão que não o pulmão, podendo este também estar acometido conjuntamente, mas não sendo uma obrigatoriedade.

- TB pleural

Acometimento da pleura por TB, geralmente a forma pulmonar se encontra associada. É a forma mais comum de TB extrapulmonar em pacientes não infectados pelo HIV e é mais frequente em jovens. Cursa com dor torácica pleurítica, astenia, emagrecimento. A anorexia ocorre em 70% dos casos, febre e tosse seca em 60%.

- Empiema pleural por TB

Consequência da ruptura de uma cavidade tuberculosa para o espaço pleural e por isso, além de líquido no espaço pleural, muitas vezes ocorre também pneumotórax secundário. Clinicamente é indistinguível de um empiema pleural por bactéria comum.

- TB ganglionar periférica

É a forma mais frequente de TB extrapulmonar em pacientes infectados pelo HIV e crianças, sendo mais comum abaixo dos 40 anos. As localizações mais frequentes são as mediastínicas e nos gânglios periféricos da região cervical anterior e posterior, além de supraclavicular. Os gânglios podem se apresentar endurecidos ou amolecidos, aderentes entre si e aos planos profundos, podendo evoluir para flutuação e/ou fistulização espontânea, com inflamação da pele adjacente.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

- TB meningoencefálica

É responsável por 3% dos casos de TB em pacientes HIV soronegativos e por 10% dos casos em pacientes HIV soropositivos. Meningite basal exsudativa é a apresentação clínica mais comum e é mais frequente em crianças abaixo dos 6 anos de idade. Clinicamente pode ser subaguda ou crônica (sinais e sintomas com duração superior a 4 semanas). Na forma subaguda cursa com cefaleia holocraniana, irritabilidade, alterações do comportamento, sonolência, anorexia, vômitos e dor abdominal associados à febre, fotofobia e rigidez de nuca. Na forma crônica o paciente evolui com várias semanas de cefaleia até que o acometimento dos pares cranianos faz o médico suspeitar de meningite crônica.

- TB pericárdica

É o acometimento do pericárdio pela TB. Geralmente tem apresentação clínica subaguda e na maior parte não se associa à TB pulmonar, embora possa ocorrer simultaneamente a TB pleural. Os principais sintomas são dor torácica, tosse seca e dispneia.

- TB óssea

É mais comum em crianças ou em pessoas entre a quarta e quinta décadas de vida. Atinge mais a coluna vertebral e a articulação coxofemoral e do joelho, embora possa ocorrer em outros locais. Quando atinge a coluna vertebral (mal de Pott), afeta mais comumente a coluna torácica baixa e lombar.

No Mal de Pott, além dos sinais clínicos de dor e infecção geral, observa-se no exame radiológico, o aparecimento de lesões destrutivas de aspecto cuneiforme, estreitamento do espaço discal e fusão dos corpos vertebrais. Para a confirmação do diagnóstico de atividade deve-se usar como meios auxiliares os exames radiológicos, biópsias ganglionares e punção de abscessos, sempre tentando a confirmação bacteriológica das lesões. O quadro clínico é a tríade dor lombar, dor à palpação da coluna vertebral e sudorese noturna.

- TB renal e outras

O sintoma clínico mais comum é a hematúria. O diagnóstico etiológico da atividade e da cura do comprometimento renal pela TB é realizado por meio de exames



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

bacteriológicos e a confirmação da presença do *Mycobacterium tuberculosis* associada ao exame radiológico que revela lesões nos cálices, nos bacinetes e /ou ureteres.

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

Outras formas de TB extrapulmonar - A TB também pode acometer outros órgãos e sistemas, como o caso de TB cutânea. O diagnóstico desses casos geralmente é difícil, exigindo alta suspeição clínica auxiliada por exames complementares. Esses casos são raros, devendo ser seguidos de forma individualizada.

Diagnóstico da Tuberculose:

- Diagnóstico Clínico

O diagnóstico clínico da TB se dá através da presença de sinais e sintomas típicos, sendo os mais frequentes tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. A sintomatologia pode variar conforme o órgão acometido e o grau de imunodepressão do paciente.

- Diagnóstico Bacteriológico:

A pesquisa bacteriológica é de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento. A baciloscopia direta é o método mais simples e seguro para o diagnóstico e deve ser solicitada em todos os casos.

A cultura para micobactérias é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença. Quando associada ao teste de sensibilidade a antimicrobianos permite identificação de cepas de micobactérias resistentes ao tratamento habitual.

- Diagnóstico radiológico e a classificação das lesões conforme imagem:

TB primária



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Pode se apresentar radiologicamente como um foco pulmonar e/ou um foco linfonodal satélite. O foco pulmonar habitualmente corresponde a pequena opacidade parenquimatosa, frequentemente unifocal, acometendo mais os lobos superiores, na infância e os lobos médio e inferior, nos adultos.

Pode ocorrer compressão extrínseca de via aérea pela linfonomegalia com conseqüente atelectasia (epituberculose). Os segmentos mais comprometidos são o anterior dos lobos superiores e o medial do lobo médio (síndrome do lobo médio). A TB primária pode ainda se apresentar sob a forma de derrame pleural (raro na infância).

O aspecto miliar na radiografia de tórax pode ocorrer tanto na TB primária quanto na TB pós-primária e corresponde a um quadro de disseminação hematogênica da doença. Apresenta-se como pequenas opacidades nodulares medindo de 1mm-3mm de diâmetro, distribuídas de forma simétrica em até 90% dos casos. Pode haver associação com opacidades parenquimatosas em até 40% dos casos, em crianças. Linfonomegalias são observadas em 95% das crianças e em cerca de 10% dos adultos.

TB pós-primária:

Pequenas opacidades de limites imprecisos, imagens segmentares ou lobares de aspecto heterogêneo, pequenos nódulos e/ou estrias são aspectos sugestivos de TB pós-primária ou secundária. A evolução das imagens é lenta e a localização típica é feita nos segmentos posteriores dos lobos superiores e nos segmentos superiores dos lobos inferiores de um ou ambos os pulmões. Cavitação única ou múltipla, geralmente sem nível hidroaéreo, com diâmetro médio de 2 cm e que não costuma ultrapassar 5 cm é muito sugestiva, embora não exclusiva, de TB. Outras formas menos comuns de apresentação radiológica de TB pulmonar são a forma nodular (única ou múltipla), que simula a doença maligna e a cavitação localizada atipicamente em lobo inferior, simulando abscesso pulmonar. O aspecto miliar pode ocorrer, assim como na TB primária.

TB secundária:



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Não há linfonodomegalia hilar satélite, entretanto, em pacientes infectados pelo HIV em fase avançada de imunossupressão, isso pode ocorrer. Deve ser lembrado que as manifestações radiográficas da TB associada ao HIV dependem do grau de imunossupressão do indivíduo. Aqueles com contagem de linfócitos CD4+ abaixo de 200 células/mm³ apresentam mais comumente manifestações atípicas, podendo a radiografia de tórax ser normal em até 20% dos casos.

Sequela de TB:

Radiologicamente, a sequela de TB se apresenta como nódulos pulmonares densos, com calcificação visível ou não, podem ser vistos em lobos superiores e região hilar. Estes nódulos podem ser acompanhados de cicatriz fibrótica que geralmente cursa com perda volumétrica do lobo. Espessamento pleural, uni ou bilateral, pode também ser visualizado. Bronquiectasias dos lobos superiores são também um achado comum da sequela de TB, embora inespecífico.

- Diagnóstico com prova tuberculínica:

A prova tuberculínica (PT) consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune e celular a esses antígenos. É utilizada em adultos e crianças para o diagnóstico da infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb). A interpretação da prova tuberculínica depende da probabilidade de infecção latente, risco de adoecimento por TB, tamanho do endurecido (resposta da PT) e idade.

- Outros métodos diagnósticos

Existem vários outros métodos auxiliares diagnósticos que podem ajudar no diagnóstico da TB, como a Tomografia computadorizada de alta resolução, ressonância magnética, o exame histopatológico que auxilia no diagnóstico das formas extrapulmonares de TB. Exames mais complexos como a biologia molecular, usados em casos mais específicos, geralmente de difícil diagnóstico devendo ser conduzido por profissionais mais experientes e serviços especializados.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

Tratamento:

Considerando, na atualidade, a grande possibilidade de cura dos processos tuberculosos quando diagnosticados em fase precoce e a boa evolução de suas lesões, se tratadas corretamente, torna-se fundamental estabelecer a resposta ao tratamento e a noção de cura.

A TB ativa é dita curada quando, após o tratamento regular com esquema básico (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), durante seis meses, apresenta baciloscopia negativa no encerramento do caso.

Toda a informação referente à classificação, diagnóstico e manejo clínico da TB contidas neste manual se refere ao Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil/Ministério da Saúde, publicado em 2011 (<http://www.saude.gov.br/tuberculose>).

Critérios de enquadramento:

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

Como recomendação para conter a cadeia de transmissão da doença e pela questão do controle de infecção, o indivíduo com TB bacilífera (baciloscopia positiva), deve permanecer afastado do trabalho até possuir duas análises laboratoriais de baciloscopia negativas consecutivas e que ocorra recuperação clínica favorável do indivíduo, quando poderá ser julgado apto, a despeito da necessidade de continuação do tratamento pelo tempo necessário.

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

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

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

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal os servidores que:

1. Tenham adquirido ou venham a desenvolver formas resistentes de bacilos da TB, refratárias aos esquemas terapêuticos existentes,
2. Na cura, por consequência da resolução cicatricial do processo, possam ter desenvolvido grande limitação funcional, comprometendo sua capacidade para o trabalho. Como exemplo, a sequela pulmonar em que ocorre importante redução da capacidade funcional respiratória (superior a 55% do volume corrente ou da capacidade pulmonar total) que imponha importante limitação física ao indivíduo.
3. Forem portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão avaliados pela perícia à luz dos critérios gerais descritos nesta norma e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.
4. Apresentarem outras sequelas das lesões tuberculosas, irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva.

Os servidores que apresentarem “Cor pulmonale” crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão avaliados de acordo com as normas referentes à cardiopatia grave deste Manual.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

Cabe ao perito constatar o registro da notificação compulsória.

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

B) Doenças especificadas no Art. 1º, da Lei nº 11.052/2004 e no Ato Declaratório Interpretativo SRF nº 11/2006:

B1) HEPATOPATIA GRAVE:

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

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

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

Constituem características das hepatopatias graves quadro clínico:

1. Emagrecimento;
2. Icterícia;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

Quadro laboratorial:

1. Alterações hematológicas:
 - a. Pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia;
2. Distúrbios da coagulação: hipoprotrombinemia e queda dos fatores da coagulação (V, VII, fibrinogênio);
3. Alterações bioquímicas:
 - a. Hipoglicemia predominante;
 - b. Hipocolesterolemia; e
 - c. Hiponatremia;
4. Testes de função hepática alterados:
 - a. Retenção de bilirrubinas;
 - b. Transaminases elevadas;
 - c. Fosfatase alcalina e gama-GT elevadas;
 - d. Albumina reduzida.

Nos exames por imagem são observadas as seguintes alterações:

1. Ultrassonografia: alterações estruturais do fígado e baço, ascite, dilatação das veias do sistema porta;
2. Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética abdominal: alterações dependentes da doença primária;
3. Endoscopia digestiva alta: presença de varizes esofagianas e de gastropatia hipertensiva;
4. Cintilografia hepática: redução da captação hepática, forma heterogênea, com aumento da captação esplênica e na medula óssea.



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
COMISSÃO ESPECIAL DE TRABALHO
PORTARIAS Nº 471/2020 - 1.050/2020 e 1.990/2021

São causas etiológicas das hepatopatias graves:

1. Hepatites fulminantes: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
2. Cirroses hepáticas: virais, tóxicas, metabólicas, autoimunes, vasculares;
3. Doenças parasitárias e granulomatosas;
4. Tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos;
5. Doenças hepatobiliares e da vesícula biliar levando à cirrose biliar secundária.

Classificação:

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

A gravidade do comprometimento funcional é classificada, com finalidade prognóstica, em tabela universalmente aceita, conhecida como Classificação de Child-Turcotte-Pugh, nela considerados cinco indicadores:

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

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

CLASSE	TOTAL DE PONTOS
A	5 a 6
B	7 a 9
C	10 a 15



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

O escore de Child-Pugh é calculado somando os pontos dos cinco fatores e varia de 5 a 15. As classes de Child-Pugh são: A (escore de 5 a 6), B (7 a 9), ou C (acima de 10). Em geral, a “descompensação” indica cirrose com um escore de Child-Pugh > 7 (classe B de Child-Pugh) e este nível é um critério aceito para inclusão no cadastro do transplante hepático.

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

A encefalopatia hepática, também denominada encefalopatia portossistêmica, obedece à seguinte graduação:

- 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.

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

Critérios de enquadramento:

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

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

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

Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves com tratamento específico, o tempo de acompanhamento em licença para tratamento de saúde pela Perícia Oficial em Saúde deverá se estender até 24 meses.



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Os indivíduos que desenvolverem formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e forem submetidos a transplante hepático de urgência serão considerados como incapacitados temporários, sendo acompanhados em licença para tratamento de saúde por até 24 meses.

O laudo da perícia deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos anatomopatológico, etiológico e funcional, com a afirmativa ou negativa por se tratar de hepatopatia grave.

O diagnóstico anatomopatológico poderá ser dispensado nos casos de contraindicação médica formalizada, a exemplo das coagulopatias, sendo substituído por outros exames que possam comprovar e caracterizar a gravidade do quadro.

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.

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

B2) CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO:

Considera-se “doença causada por radiação ionizante em estágio avançado” toda enfermidade que tenha comprovadamente, relação de causa e efeito com a radiação ionizante e cujas alterações sejam consideradas incapacitantes e invalidantes, seja por caráter físico-motor, ou funcional ou mental.

A perícia deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a doença apresentada pelo indivíduo. A afirmativa de que uma doença incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser devidamente documentada.

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

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

Quadros clínicos que cursam com a síndrome aguda da radiação:

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

1. Hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose;
2. Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrolítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e
3. Neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte. Ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

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

Quadros clínicos e classificação da síndrome cutânea da radiação

A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada em:



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

Diagnóstico:

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

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

Critérios de enquadramento:



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

Ficam abrangidos pelo enquadramento legal os servidores que apresentarem:

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

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

B3) FIBROSE CÍSTICA:

A fibrose cística, também conhecida como mucoviscidose, é um distúrbio autossômico recessivo que faz com que determinadas glândulas exócrinas produzam secreções anormais, acarretando vários sintomas, afetando principalmente o trato digestivo e os pulmões. A fibrose cística é a causa mais comum de doença pulmonar crônica grave em adultos jovens e o distúrbio hereditário fatal mais comum entre indivíduos caucasianos nos EUA.

Não existem estudos epidemiológicos ou triagem neonatal abrangente que permitam estimar a incidência de Fibrose Cística nas diversas regiões do Brasil. Há estimativas de que 10% do total anual de afetados são diagnosticados, o que confere uma impressão errônea de baixa incidência na população brasileira.

É uma doença rara que afeta ambos os sexos igualmente.

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

Embora o sistema de transporte mucociliar não seja afetado, há uma diminuição na capacidade de transporte de uma secreção assim tão viscosa, levando a um acúmulo de



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

muco, com aumento do número de bactérias e fungos nas vias aéreas, podendo levar a uma infecção crônica nos pulmões.

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

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

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

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

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

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

Considerações:

Os achados clínicos na fibrose cística compreendem:

Sinais e sintomas:

A fibrose cística deve ser suspeitada em um adulto jovem com uma história de doença pulmonar crônica (especialmente bronquiectasia), pancreatite ou infertilidade. Tosse



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

com produção de escarro, diminuição da tolerância ao exercício e hemoptise recorrente são queixas típicas. Os pacientes também queixam, com frequência, de dor nos seios da face e secreção nasal purulenta. Esteatorréia, diarreia e dor abdominal também são comuns. Nos recém-nascidos, a fibrose cística pode provocar obstrução ileomeconial.

Achados laboratoriais:

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

Estudos por imagem:

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

Diagnóstico:

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

Se o teste for repetidamente negativo, mas ainda assim houver uma elevada suspeita clínica da doença, deve ser realizada a tipagem do genótipo ou outros testes alternativos



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

(medida da diferença do potencial de membrana nasal, análise do sêmen ou avaliação da função pancreática). A tipagem do genótipo identifica apenas os tipos mais frequentes da doença, porque as mutações do gene são muitas e os kits são padronizados. Mesmo assim, esse teste cobre aproximadamente 80% dos casos.

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

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

Sinais de exacerbação da doença pulmonar

- Aumento da tosse;
- Aumento da produção de catarro;
- Febre;
- Anorexia e perda de peso;
- Absenteísmo escolar ou do trabalho;
- Novos achados na ausculta pulmonar;
- Novos achados nos raios X de tórax;
- Diminuição na tolerância aos exercícios;
- Diminuição na saturação arterial de oxigênio (SaO₂);
- Modificação em mais de 10% no volume expiratório forçado no primeiro minuto (VEF1).

Prognóstico:

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

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

Critérios de enquadramento pericial:

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

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

C) Doenças especificadas no Art. 23, da LC nº 113/2005 - Sergipe:

As doenças constantes abaixo ainda não se encontram com as definições de enquadramento, de acordo com os critérios de estigma, deformação, mutilação, deficiência ou outro fato que lhe confira, no momento.

C1) PÊNFIGO.

C2) LUPUS ERITEMATOSO



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

CAPÍTULO XVIII: DOS PARÂMETROS DE AFASTAMENTO POR MOTIVO DE DOENÇA

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

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

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (A00-B99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS	
A05 A08 A09	Gastrenterocolites	2	
A15	Tuberculose respiratória	30	
A15.0	Tuberculose pulmonar	30	
A15.6	Derrame pleural por tuberculose	20	
A46	Erisipela	Simplex	10
		Bolhosa	15
A90	Dengue clássico	7	
B06	Rubéola	7	
B15 B16 B17 B18	Hepatites virais agudas, crônicas descompensadas e Alcoólicas	30	
B26	Caxumba	10	
B26.8	Parotidite epidêmica com complicações – variável com o tipo de complicação	15	
B26.9	Parotidite epidêmica sem complicações – a partir da Manifestação	10	
B34.2	Infecção por coronavírus de localização não Especificada	15	



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

NEOPLASIAS [TUMORES] (C00-D48)

CID	DESCRIÇÃO		AFAST/DIAS
Orientação geral do afastamento dependendo do tratamento	Inoperável: encaminhamento para avaliação de aposentadoria operável		90
	Operável	Irressecável: encaminhamento para avaliação de aposentadoria	90
		Ressecável	90
C02 C06	Neoplasia boca/língua		90
C15	Neoplasia maligna do esôfago		90
C16	Neoplasia maligna do estômago		90
C18	Neoplasia maligna do cólon		90
C22	Neoplasia maligna do fígado		90
C25	Neoplasia maligna do pâncreas		90
C34	Cirurgia para retirada de tumor de pulmão + Z54.0		90
C50	Neoplasia maligna de mama	Quadrantectomia mamária + 4.0	90
		Mastectomia + Z54.0	90
C62	Neoplasia maligna dos Testículos	Orquiectomia + Z54.0	90
C63			90
	Neoplasia maligna de outros órgãos genitais Masculinos		
C67	Neoplasia maligna de bexiga - Cistectomia Z +54.0		90
C71	Cirurgia para retirada de tumor cerebral + Z54.0		90
C73	Neoplasia maligna da glândula tireoide	Pós-cirúrgico + Z54.0	90
		Pós-radioterapia Z51.0	8
		Quimioterapia Z51.1	8
		Exame de seguimento após tratamento por neoplasia maligna Z08 e Z12.8	30
D25	Leiomioma do útero	Miomectomia convencional + Z54.0	30
		Miomectomia videolaparoscópica	15



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

		+ Z54.0	
D30.3	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos) + Z54.0		10

DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS (E00-E90)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
E03	Hipotireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal)	10
E04	Tireoidectomia parcial	15
E05	Hipertireoidismo (descompensado e em início de reposição hormonal) Clínico supressivo	30
	Radioterápico:	8
	Cirúrgico + Z54.0	15
E06.1	Tireoidite subaguda	10
E10	Diabetes insulínica descompensado e sintomático	7
E11	Diabetes não insulínica descompensado e sintomático	10
E24	Síndrome de Cushing	30
E66.8	Obesidade mórbida- cirúrgico (qualquer modalidade) + Z54.0	30
	Clínico: (avaliar comorbidade)	30
E89.2	Hipoparatiroidismo pós-cirúrgico + Z54.0	30

**GOVERNO DE SERGIPE**
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (F00-F99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
F00/F09	Transtornos mentais orgânicos, incluindo Sintomáticos	30
F10/F19	Intoxicação aguda (0 até 2)	3
	Demais situações (3 até 9)	15
F20/F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e Delirantes	30
F30	Episódio maníaco	30
F31	Transtorno afetivo bipolar	30
F32	Episódio depressivo	20
F40	Transtornos fóbicos ansiosos	20
F41	Outros transtornos ansiosos (Síndrome do pânico)	20
F42	Transtorno obsessivo-compulsivo	30
F43	Reação a estresse grave e Transtorno de adaptação	15
F44	Transtornos dissociativos ou conversivos	7
F45	Transtornos somatoformes	7
F48	Outros transtornos neuróticos	7
F50	Transtornos de alimentação	20
F53.1	Psicose puerperal	30



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO (G00-G99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
G00	Meningite bacteriana	20
G02.0	Outras meningites (virais)	10
G05	Outras doenças inflamatórias do SNC (encefalite, mielite e encefalomielite)	60
G20	Doença de Parkinson	30
G21	Parkinsonismo secundário (agentes externos, medicamentos)	30
G30	Doença de Alzheimer	90
G31	Outras doenças degenerativas do SNC (ex.: álcool)	90
G31	Descompressão do nervo facial por via translabiríntica + Z54.0	90
G35	Esclerose Múltipla (crise de agudização)	30
G40	Epilepsia (crise isolada)	5
G43	Enxaqueca	2
G45	Acidente vascular cerebral isquêmico transitório	15
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G51	Descompressão do Nervo Facial por Via Mastóide A+ Z54	30
G51.0	Paralisia facial periférica (Paralisia de Bell)	30
G53.0	Nevralgia pós-zoster	15
G56	Cirurgia por síndrome do túnel do carpo + Z54.0	30
G56.0	Síndrome do túnel do carpo moderada e grave	15
G57.0	Lesão do nervo ciático	15
G58.0	Neuropatia intercostal	15
G61	Polineuropatia inflamatória (S. de Guillain-Barré)	60
G62.1	Polineuropatia alcoólica	60
G63.3	Polineuropatia em doenças endócrinas e Metabólicas	60
G70.0	Miastenia gravis	60
G91	Hidrocefalia (Shunt de líquido cefalorraquidiano) + Z98.2	60
G99.1	Simpatetomia + Z54.0	30



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS (H00-H59)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
H01	Blefarite infecciosa	3
H04	Cirurgia do aparelho lacrimal + Z54.0	10
H04.0	Dacriadenite	7
H04.3	Dacriocistite aguda	7
	Analiculite	5
H05	Transtornos da órbita (celulite)	15
H10	Conjuntivite	5
H10.5	Blefarconjuntivite	7
H11.0	Cirurgia para exérese de pterígio + Z54.0	10
H15	Transtornos da esclerótica	7
H16	Retirada de corpo estranho de córnea se estiver com úlcera de córnea + Z48	7
H16.0	Úlcera de córnea	7
H16.1	Ceratite sem conjuntivite	5
H16.2	Ceratoconjuntivite	7
H16.3	Ceratite interna e profunda	10
H20	Iridociclite	15
H28	Cirurgia de catarata + Z54.0	30
	Cirurgia para correção de catarata (facectomia) + Z54.0	30
H30 H30.0 H30.1 H30.2	Inflamações coriorretinianas (uveíte posterior)	30
H33	Descolamentos e defeitos da retina	30
	Cirurgia para Correção de descolamentos defeitos da retina + Z54.0	30
H34	Oclusões vasculares da retina (com diminuição da visão)	30
H35	Outros transtornos da retina com diminuição da visão	15
H35.6	Hemorragia retiniana	30
H36.0	Retinopatia diabética (com procedimento)	15
H40	Glaucoma	15
	Cirurgia para correção de glaucoma + Z54.0	30
H43.1	Hemorragia	30
H44.0	Endoftalmite purulenta	30
H46	Neurite óptica	30
H49	Cirurgia para correção de estrabismo + Z54.0	10
H52	Cirurgia para correção de vício de refração Z54.0	3

**GOVERNO DE SERGIPE**
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

DOENÇAS DO OUVIDO E DA APÓFISE MASTÓIDE (H60-H95)

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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO (I00-I99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
I01	Febre reumática com comprometimento do coração (Cardite reumática)	30
I10	Hipertensão arterial	PA até 150/110
		PA acima de 150/110
I11	Doença cardíaca hipertensiva	20
I20	Angina tratamento clínico	20
	Revascularização miocárdica - a partir da data da cirurgia + Z54.0	90
I21	Infarto agudo do miocárdio sem complicação	30
	Revascularização miocárdica - a partir da data da cirurgia + Z54.0	90
I22	Infarto do miocárdio recorrente	30
	Revascularização miocárdica - a partir da data da cirurgia + Z54.0	90
I23	Infarto agudo do miocárdio com complicação	60
I30	Pericardite aguda	30
I30	Revascularização do miocárdio + Z54.0	90
I33	Endocardite aguda	60
I40	Miocardite aguda	60
I44	Bloqueio A-V / Bloqueio de ramo esquerdo	10
I47	Taquicardia paroxística	5
I49	Outras arritmias (taquiarritmias)	5
I50	Insuficiência congestiva crônica descompensada	30
I60	Hemorragia subaracnóidea (aneurisma roto, acidente vascular, hemorrágico) + Z54	60
I71	Aneurisma de aorta + Z54.0	60
I73	Revascularização de membros inferiores + Z54.0	60
I80.0	Tromboflebite de veias superficiais dos membros Inferiores	7
I80.2	Trombose venosa profunda dos membros Inferiores	30
I83	Cirurgia de varizes com raqui ou peridural + Z54.0.	15
	Cirurgia de varizes com anestesia local Z54.0	7
	Safenectomia radical + Z54.0	30
I84	Hemorroidectomia (convencional) + Z54	30
	Hemorróidas	5
I85.0	Varizes de esôfago - com sangramento	7



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

I86.1	Cirurgia para correção de varicocele + Z54.0		20
I89.0	Linfedema	Não exige ortostatismo Prolongado	-----
		Exige ortostatismo prolongado	Avaliação do especialista
		Casos complicados (geralmente por erisipela)	15



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (J00-J99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
J00	Ivas	3
J01	Sinusopatia aguda	5
J02	Faringite aguda viral	3
J03	Amigdalite aguda viral	3
	Amigdalite aguda bacteriana	7
J04	Laringite ou traqueíte agudas virais	3
	Laringite ou traqueíte agudas virais em professores	7
	Laringite ou traqueíte agudas bacterianas	7
J11	Gripe não complicada	3
J12 J16	Pneumonia	10
J18.0	Broncopneumonia	10
J20	Bronquite aguda	5
J21	Bronquiolite	7
J30	Rinopatia alérgica ou vasomotora em vigência de crise de Agudização	3
J34.2	Septoplastias por desvio do septo nasal + Z54.0	15
		21
J34.3	Turbinectomia + Z54.0	15
J35	Amigdalectomia + Z-54.0	10
J36	Abscesso amigdaliano	10
J38	Cirurgia de cordas vocais + Z54.0	30
J41	Bronquite crônica (agudização)	10
J44.1	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC em agudização)	7
J45	Asma (crise)	5
J47	Bronquiectasia (infectada)	15
J85.1	Pneumonia com abscesso	30
J85.2	Abscesso do pulmão	30
J91	Pneumonia com derrame	20
J93	Pneumotórax	15



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (K00-K93)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
K11	Submandibulite e parotidite aguda não epidêmica	3
K12	Estomatites	3
K21.0	Esofagite de refluxo dias	2
K22.1	Esofagite erosiva - com sangramento	7
K25 K26	Úlcera gástrica ou duodenal	5
K25.4	Úlcera gástrica - com sangramento	10
K29	Gastrite	2
K29.0	Gastrite aguda (erosiva) - com hemorragia	7
K35.1	Apendicectomia no adulto + Z54.0	30
K40	Herniorrafia inguinal + Z 54.0	30
K40	Herniorrafia inguinoescrotal + Z54.0	30
K42	Herniorrafia umbilical + Z54.0	15
K43	Herniorrafia epigástrica + Z54.0	20
K40 K46	Herniorrafia incisional + Z54.0	30
	Herniorrafia por videolaparoscopia + Z54.0	15
K50	Doença de Crohn - em atividade	10
K51	Retocolite ulcerativa - em atividade	15
K57	Doença diverticular do intestino - em atividade	7
K60	Fistulectomia + Z54.0	30
K60	Fissura das regiões anal e retal	5
K61	Abscesso das regiões anal e retal	7
K74	Cirrose hepática descompensada	60
K80.0	Colecistectomia convencional + Z54.0	30
	Colecistectomia videolaparoscópica + Z54.0	15
K80.0	Calculose da vesícula biliar com colecistite aguda	7

**GOVERNO DE SERGIPE**
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO (L00-L99)**

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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO
(M00-M99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
M05	Artrite reumatóide (em atividade)	15
M10	Artrite gotosa	8
M13.0	Poliartrite não especificada	10
M13.2	Artrite não especificada	10
M16.7	Artroplastia de quadril por artrose + Z54.0	90
M17.9	Artroplastia de joelho por artrose + Z54.0	90
M20.1	Correção de hálux valgo + Z54.0	45
M22.4	Condromalácia da rótula	15
M23	Transtornos internos do joelho	15
M23.5	Artroscopia para reparação ligamentar + Z54.0	60
M23.9	Artroscopia diagnóstica + Z54.0	10
	Artroscopia (para outros procedimentos) + Z54.0	30
M25.4	Derrame articular	15
M32	Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)	15
M43.1	Espondilolistese (com sintomatologia)	15
M45	Espondilite anquilosante (com sintomatologia)	30
M43.6	Torcicolo	3
M50 M51	Transtornos dos discos vertebrais (com radiculopatia)	15
	Transtornos dos discos cervicais e outros transtornos dos discos intervertebrais	15
	Laminectomia (hérnia de disco) + Z54.0	60
M54.2	Cervicalgia	3
M54.3	Ciática	15
M54.4	Lombociatalgias agudas	15
M54.5	Lombalgias	5
M62.6	Distensão muscular	10
M65	Sinovite e tenossinovite	7
M65.9	Tenólise + Z54.0	15
M71.2	Cisto sinovial do espaço poplíteo (com sintomatologia)	5
M71.3	Retirada de cisto sinovial de punho + Z54.0	15
M71.9	Bursopatia não especificada	15
M72.2	Facíte plantar	10
M75.1	Lesões do ombro	30
M75.4		
M79.0	Fibromialgia (quadro doloroso inicial)	20



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

M86	Osteomielite	30
M86.4	Osteomielite crônica com seio drenante	90
M87	Osteonecrose	30
	Da cabeça do fêmur, côndilo do fêmur e platô tibial	90
M90.0	Tuberculose óssea (em atividade)	60
M96.1	Síndrome pós-laminectomia não classificada em outra parte (com subsídios)	30



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO (N00-N99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
N00 N03	Glomerulonefrite	20
N04	Síndrome nefrótica	60
N10 N16	Pielonefrite	10
N13	Uropatia obstrutiva e por refluxo	7
N17	Insuficiência renal aguda	90
N18	Insuficiência renal crônica com encaminhamento para Aposentadoria	90
N20	Calculose renal	7
N20 N23	Nefrolitotomia + Z54.0	60
	Ureterolitotomia + Z54.0	60
	Retirada de cálculo por via endoscópica + Z54.0	7
	Litotripsia extracorpórea + Z54.0	5
N21.0	Cistolitotomia + Z54.0	40
	Ureterolitotomia + Z54.0	60
N28.8	Nefropexia + Z54.0	30
N29.8	Ureterocistoplastia + Z54.0	40
N30	Cistite	3
N34	Uretrites	3
N35	Uretrotomia interna (estenose de uretra) + Z54.0	30
	Dilatação uretral: dias + Z43	2
N40	Hiperplasia de próstata (com sintomatologia obstrutiva)	10
N41.0	Prostatite aguda	7
N43	Hidrocelectomia + Z54.0	15
N44	Torção de testículo + Z54.0	15
N45	Orquite e epididimite	7
N47	Postectomia + Z54.0	5
N61	Transtornos inflamatórios da mama (casos com sinais flogísticos, associados à infecção)	7
N63	Exérese de nódulo mamário + Z54.0	10
N70	Salpingite e ooforite quando agudas	7
N73	Doença inflamatória pélvica (parametrite, celulite pélvica e pelviperitonite)	15
N75	Bartolinectomia + Z54.0	15
	Doença da glândula de Bartholin (bartholinite)	7
N76.4	Abscesso vulvar	10
N80	Endometriose (com sintomatologia ocorre no período pré-	3

**GOVERNO DE SERGIPE**
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

	menstrual)	
N81	Colpoperineoplastia + Z54.0	30
N88.3	Cerclagem por incompetência istmo-cervical com posterior reavaliação + Z54.0	7
N88.3	Incompetência istmocervical - com prorrogação	90
N92	Metrorragia (com patologia de base: mioma, adenomiose, pólipos endometriais)	3
N97	Infertilidade: em caso de realizar tratamento para fertilização (Z31.1)	15

**GOVERNO DE SERGIPE**
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO (O00-O99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
O00	Cirurgiaparagravideztubáriaconvencional+Z54.0	30
	Videolaparoscópica para gravidez tubária + Z54.0	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparoscopia)	15
	Gravidez ectópica (em caso de laparotomia)	30
O01	Mola hidatiforme (em caso de curetagem)	10
O06	Curetagem por abortamento + Z54.0	10
	Microcesária + Z54.0	30
O10	Hipertensão pré-existente complicando gravidez	15
O13 O14	Pré-eclâmpsia:	15
O20	Ameaça de aborto	15
O21	Hiperêmese gravídica	3
O22	Complicações Venosas na Gravidez (Tromboflebite):	15
O23	Infecção urinária na gestação	10
O24	Diabetes na gestação	10
O44	Placenta prévia	15
O60	Trabalho de parto prematuro	15

**GOVERNO DE SERGIPE**
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS
CROMOSSÔMICAS (Q00-Q99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
Q54	Cirurgia para correção de hipospadia no adulto + Z 54.0	30

SINTOMAS, SINAIS E ACHADOS ANORMAIS DE EXAMES CLÍNICOS E DE
LABORATÓRIO, NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE (R00-R99)

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

**LESÕES, ENVENENAMENTO E ALGUMAS OUTRAS CONSEQUÊNCIAS DE
CAUSAS EXTERNAS (S00-S99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
S12.9	Fratura da coluna lombar / cervical + Z54.0	90
	Fratura de vértebras cervicais	60
	Coluna cervical	90
S22.0	Fratura de vértebras torácicas (com imobilização)	30
S22.3	Fratura de arco costal	20
S32.0	Fratura de vértebras lombares (com imobilização)	30
S32.8	Fratura de bacia + Z54.0	60
S42	Fratura de ombro e braço	30
S42.0	Fratura de clavícula + Z54.0	45
S43	Luxação de ombro / clavícula / braço	30
	Luxação recidivante de ombro + Z54.0	60
S46	Tenorragia do ombro + Z54.0	60
S52	Fratura de ossos do antebraço (rádio e ulna)	45
	Olécrano	30
S52.0	Fratura de cotovelo + Z54.0	60
S52.5	Fratura de úmero + Z54.0	60
	Fratura de Colles + Z54.0	45
S53.1	Luxação de cotovelo	30
S62.0	Fratura de escafoide + Z54.0	60
S62.3	Fratura de metacarpianos + Z54.0	45
	Fratura de metacarpiano com imobilização	30
S62.6	Fratura de falanges	15
S63.1	Luxação de dedos da mão	15
S63.3	Tenorragia do punho e da mão + Z54.0	40
S63.5	Entorse de punho	7
S72.0	Fratura de quadril / colo de fêmur + Z54.0	90
S72.1	Artroplastias de quadril por fratura + Z54.0	90
S72.8	Supracondiliana de fêmur	60
S73.0	Luxação de quadril	60
S82 S83	Artroscopia do joelho (outras) + Z54.0	30
S82.0	Cirurgia de rótula com osteossíntese + Z54.0	45
	Fratura de rótula	30
	Cirurgia de rótula com osteossíntese Z54.0	90
S82.1	Fratura de platô tibial + Z54.0	90
	Fratura de platô tibial com imobilização	45
S82.1 S72.4	Artroplastia de joelho por fratura + Z54.0	90



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

S82.2 S82.3	Fratura de tíbia	60
S82.4	Fratura isolada da fíbula	30
S83	Entorse de joelho	7
S82.5 S82.6	Fratura de maléolo	60
S83.4	Correção de ligamentos colaterais do joelho(aberta) + Z54.0	90
S83.5	Correção do ligamento cruzado anterior (aberta) + Z54.0	90
S83/S64	Artroscopia do Joelho (para correção de ruptura de ligamento) + Z54.0	60
S83	Tenorrafia aberta de ligamentos do joelho + Z54.0	60
	Realinhamento de patela + Z54.0	45
S86.0	Tenorrafia do tendão de Aquiles + Z54.0	90
S92.0	Fratura de calcâneo / tálus + Z54.0	90
	Fratura de calcâneo (com imobilização)	60
S92.2	Fratura de ossos do tarso com imobilização	30
S92.3	Fratura de metatarsianos + Z54.0	30
S92.5	Pododáctilos	15
S93	Entorse de tornozelo	7
S93.0	Luxação tibiotársica (tornozelo)	60
T12	Osteossíntese de fêmur + Z54.0	90
	Osteossíntese de tíbia + Z54.0	90
T20/T25	Queimaduras e corrosões da superfície externa do corpo, especificadas por local	
	2º grau	5
	3º grau	15
T78.3	Urticária gigante	3
T82.0	Troca de válvula cardíaca (se biológica) + Z54.0	60
	Troca de válvula cardíaca (se metálica) + Z54.0	90
T82.1	Troca de gerador do marca-passo + Z54.0	15

**GOVERNO DE SERGIPE**
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃOFATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE SAÚDE E O CONTATO COM OS
SERVIÇOS DE SAÚDE (Z00-Z99)

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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

PROCEDIMENTOS SEM CID ESPECÍFICO

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
	Ginecológicas e obstétricas	
	Cirurgia de Werthein-Meigs (Pan histerectomia + linfadenectomia)	60
	Histerectomia Total Abdominal	45
	Histerectomia subtotal	30
	Histerectomia vaginal	30
	Anexectomia / ooforectomia convencional	30
	Anexectomia / ooforectomia videolaparoscópica	15
	Curetagem de prova	5
	Urológicas	
C61 D29.1	Prostatectomia convencional	45
	Prostatectomia Transvesical	30
	Ressecção transuretral de próstata	30
	Ressecção transvesical de próstata	45
	Ressecção transuretral de tumor vesical (pólipos)	10
	Cistectomia	90
	Nefrectomia	60
	Orquiectomia	10



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

PARÂMETROS DE AFASTAMENTO POR MOTIVOS ODONTOLÓGICOS*

ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS (A00-B99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
A69.1	Gengivite ulcerativa necrosante aguda (gona):	7
B00.2	Gengivoestomatite herpética (herpes simples)	3
B37.0	Estomatite por Cândida	3

DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO (G00-G99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
G50.0	Nevralgia do trigêmeo	15
G50.1	Dor facial atípica	15

DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO (K00-K93)

(K00-K14 DOENÇAS DA CAVIDADE ORAL, DAS GLÂNDULAS SALIVARES E DOS MAXILARES)

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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

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



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO (L00-L99)

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
L14	Herpes labial sem infecção secundária + B00.1	3
	Com infecção secundária + B00.1	7

**DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO
(M00-M99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
M86	Osteomielite	30

**MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS, DEFORMIDADES E ANOMALIAS
CROMOSSÔMICAS (Q00-Q99)**

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

**LESÕES, ENVENENAMENTO E ALGUMAS OUTRAS CONSEQUÊNCIAS DE
CAUSAS EXTERNAS (S00-T98)**

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

**FATORES QUE INFLUENCIAM O ESTADO DE SAÚDE E O CONTATO COM OS
SERVIÇOS DE SAÚDE (Z00-Z99)**

CID	DESCRIÇÃO	AFAST/DIAS
Z94.6	Ossos transplantados + Z54.0	5
Z96.5	Presença de raiz dentária e implantes mandibulares + Z54.0	5

OBSERVAÇÃO:



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

O fluxo de envio de documentos e os modelos de laudos, formulários, requerimentos e legislação pertinente à Perícia Médica Oficial observará o procedimento estabelecido no SITE da SEAD/PERÍCIA MÉDICA.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

BIBLIOGRAFIA

- a. Lei Estadual Nº 2.148, de 21 de dezembro de 1977 – Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de Sergipe;
- b. Lei Complementar Estadual Nº 16, de 28 de dezembro de 1994 – Estatuto do Magistério Público do Estado de Sergipe;
- c. Lei Estadual nº 4.009, de 24 de setembro de 1998;
- d. Lei Complementar Estadual Nº 113, de 01 de novembro de 2005 – Regime Próprio de Previdência Social do Estado de Sergipe;
- e. Lei Estadual nº 5.380, de 01 de julho de 2004 – Estrutura e funcionamento da Superintendência-Geral de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Administração; -Lei Nº. 7.712, de 08 de outubro de 2013, publicada no Diário Oficial nº26.833, de 16/10/2013;
- f. Lei nº 8.496, de 28 de dezembro de 2018;
- g. Decreto Estadual nº 29.894, de 06 de outubro de 2014;
- h. Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019;
- i. Lei Federal nº 8.213, de 24 de julho de 1991 – Planos de Benefício da Previdência Social;
- j. Lei Federal nº 7.713, de 1988, Lei Federal nº 8.383/1991 e Lei Federal nº 8.989/1995 (legislação tributária);
- k. Lei federal, nº 13.146 de 06 de julho de 2015; institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
- l. Decreto Federal nº 5296, de 03 de dezembro de 2004;
- m. Código de Ética Médica
- n. Resoluções e Pareceres do Conselho Federal de Medicina;
- o. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas (CID-10) da Organização Mundial de Saúde.
- p. Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal- SIAS.