



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

Assistência à Saúde e Perícias Médicas

NORMA ADMINISTRATIVA n. 16

Atualizada em 19 de junho de 2017

SUMÁRIO

Capítulo I – Finalidade (art. 1º)	2
Capítulo II – Definições e Abreviaturas (art. 2º)	2
Capítulo III – Acidente em Serviço (art. 3º)	3
Capítulo IV – Documentos Sanitários de Origem	3
Seção I – Atestado de Origem (art. 5º e 6º)	3
Seção II – Inquérito Sanitário de Origem (art. 8º a 10)	4
Capítulo V – Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar	5
Seção I – Disposições Preliminares (art. 11 a 19)	5
Seção II – Junta Superior de Saúde Bombeiro Militar (art. 20 a 25)	5
Seção III – Junta Central de Saúde Bombeiro Militar (art. 26 a 32)	6
Seção IV – Junta de Seleção Bombeiro Militar (art. 33 a 38)	7
Capítulo VI – Perícias de Saúde e da Avaliação Periódica Anual (art. 39)	8
Capítulo VII – Perícia Psicopatológica (art. 40 a 46)	8
Capítulo VIII – Dispensas e Atestados Médicos e Odontológicos (art. 47 a 58)	8
Capítulo IX – Laudos e dos Pareceres Periciais (art. 59 a 63)	10
Capítulo X – Perícia Médica para Fins de Inclusão em Quadro de Acesso (art. 64 e 65)	11
Capítulo XI – Perícia de Saúde, Invalidez, Incapacidade Definitiva e dos Laudos para Reforma (art. 66 a 71)	11
Capítulo XII – Reavaliações de Pareceres das Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar e da Homologação de Atestado Médico (art. 72 a 75)	11
Capítulo XIII – Perícias Específicas	12
Seção I – Reforma (art. 76 a 78)	12
Seção II – Auxílio-Invalidez (art. 79)	12
Seção III – Isenção de Imposto de Renda (art. 80 e 81)	12
Seção IV – Melhoria de Reforma (art. 82)	12
Capítulo XIV – Clínica Médica do CBMGO (art. 83 a 85)	13
Capítulo XV – Disposições Gerais (art. 86 a 91)	13
Anexo 1 – Rotina para Exames aos Candidatos a Inclusão no CBMGO	14
Anexo 2 – Modelo de Ficha de Identificação do Candidato à Inclusão	15
Anexo 3 – Modelo de Resultado de Exames e Pareceres Médicos Realizados pelo Candidato	16
Anexo 4 – Relação das Doenças e Alterações Incapacitantes e Fatores de Contraindicação para Admissão/Inclusão	18
Anexo 5 – Modelo de Laudo Médico Pericial	22
Anexo 6 – Modelo de Formulário Reservado	23
Anexo 7 – Modelo de Laudo Médico para Seleção de Pessoal, Identificação e Declaração do Candidato	24
Anexo 8 – Exame para Acuidade Auditiva para Inclusão no CBMGO (Audiometria Total)	25



Anexo 9 – Modelo para Laudo de Perícia Psicopatológica	26
Anexo 10 – Avaliação da Incapacidade Decorrente de Doenças Especificadas no art. 186 da Lei n. 8.112/90 e na Lei n. 7.713/88	27

Capítulo I
Finalidade

Art. 1º A presente norma tem por finalidade regular os procedimentos relacionados a assistência à saúde e às perícias médicas, definindo estruturas, atribuições, competências e procedimentos relativos às atividades médico-periciais praticadas pelas Juntas de Saúde da Corporação.

Capítulo II
Definições e Abreviaturas

Art. 2º Para os fins de aplicação desta norma, ficam estabelecidas as seguintes definições e abreviaturas:

I – agente agressor: fato ou circunstância que deu causa ou originou enfermidade;

II – alienação mental: distúrbio mental que gera alteração severa na personalidade, comprometendo gravemente a capacidade do indivíduo de emitir juízos de valor e de compreender a realidade que o circunda;

III – alta pericial: parecer emitido pela Junta Central de Saúde, com a finalidade de desonerar o bombeiro militar da obrigação de submeter-se a novas avaliações periciais, devido à condição de saúde no momento da avaliação;

IV – assistência à saúde: conjunto de atividades desenvolvidas no âmbito da Corporação por profissionais do Quadro de Oficiais de Saúde do CBMGO, visando o planejamento e execução de ações preventivas e assistenciais à saúde física, mental e social e à realização de exames de seleção e atividades periciais, além de outras previstas em normas específicas;

V – ata: documento expedido ao final de cada sessão realizada pelas Juntas de Saúde da Corporação, onde se registram os pareceres dos Oficiais do Quadro de Oficiais de Saúde do CBMGO;

VI – ato de serviço: é o ato exercido por bombeiro militar em razão do cumprimento de obrigações militares ou profissionais técnicas, resultantes de disposições regulamentares ou de ordens recebidas;

VII – doença relacionada ao trabalho: é a originada

ou desencadeada pelo exercício de determinada atividade laboral ou adquirida em função das condições em que o trabalho é realizado;

VIII – escala de serviço: documento que relaciona nominalmente bombeiros militares e outras informações relativas ao serviço, seja diário, extraordinário ou extra, bem como serviços decorrentes de operações ou qualquer outro meio de convocação;

IX – expressão “apto para o serviço bombeiro militar”: termo que define a plena aptidão física e mental ou capacidade para exercer todo e qualquer serviço bombeiro militar;

X – expressão “apto para o serviço bombeiro militar com restrição”: termo que estabelece aptidão para exercer determinada função inerente à atividade bombeiro militar, devendo ser especificado no parecer conclusivo se é de caráter temporário ou permanente.

XI – expressão “apto para o serviço bombeiro militar para fins de”: termo que estabelece aptidão para exercer determinada função e/ou atividade inerente ao serviço bombeiro militar, de forma que o laudo médico contendo esta conclusão autorizará o bombeiro militar a participar de teste de aptidão física, teste de aptidão física com restrição médica, inclusão em quadro de acesso, licenciamento a pedido, reversão ao quadro, reserva remunerada, avaliação anual periódica, cursos, estágios e demais casos onde a inspeção médica seja necessária;

XII – expressão “incapaz temporariamente para o serviço bombeiro militar”: termo que define a condição física e/ou mental do bombeiro militar que o impossibilita temporariamente de exercer qualquer função laborativa;

XIII – expressão “incapaz definitivamente para o serviço bombeiro militar”: termo que define a condição física e/ou mental do bombeiro militar que, depois de esgotados todos os recursos para tratamento, reabilitação e readaptação, permaneça com restrições que o impossibilitem de exercer qualquer função bombeiro militar;

XIV – expressões “aprovado/reprovado”: termos que estabelecem a condição física e/ou psíquica do candidato a inclusão no CBMGO;



XV – invalidez: condição física e/ou mental de incapacidade e insusceptibilidade de reabilitação profissional do bombeiro militar para o exercício de atividade capaz de garantir sua subsistência;

XVI – laudo: documento técnico elaborado pelos Oficiais do Quadro de Oficiais de Saúde do CBMGO, contendo o registro de observações, estudos e resultados de exames para a finalidade a que se destina;

XVII – licença para tratamento de saúde própria: licença concedida para tratamento especializado de doença que acometa o bombeiro militar;

XVIII – licença para tratamento de saúde de pessoa da família: licença concedida ao bombeiro militar para prestar assistência à saúde de seus familiares;

XIX – médico assistente: médico responsável pela condução do tratamento de saúde do paciente;

XX – parecer: manifestação escrita de caráter conclusivo emitida pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Corporação ou por Oficial do Quadro de Oficiais de Saúde;

XXI – parente por afinidade: ascendentes, descendentes e irmãos do cônjuge ou companheiro(a).

XXII – perícia de saúde: procedimento técnico executado, em regra, por Oficial do Quadro de Oficiais de Saúde, destinado a esclarecer ou evidenciar fatos de interesse administrativo, conforme situações definidas nesta norma ou em documentos correlatos;

XXIII – sequela: alteração anatômica ou funcional permanente em virtude de problema de saúde do qual se deriva direta ou indiretamente;

XXIV – Atestado de Origem – AO;

XXV – Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás – CBMGO;

XXVI – Inquérito Sanitário de Origem – ISO;

XXVII – Junta Central de Saúde Bombeiro Militar – JCSBM;

XXVIII – Junta de Seleção Bombeiro Militar – JSBM;

XXIX – Junta Superior de Saúde Bombeiro Militar – JSSBM; e

XXX – Organização Bombeiro Militar – OBM.

Capítulo III Acidente em Serviço

Art. 3º Considera-se acidente em serviço, para efeitos da legislação em vigor, aquele que ocorra com o bombeiro militar:

I – no cumprimento de atividades de caráter bombeiro militar, profissionais ou técnicas, e resultantes de ordens, disposições regulamentares ou de legislação em vigor;

II – no exercício de atribuições funcionais durante o expediente normal ou, se determinado por autoridade competente, em prorrogação ou antecipação;

III – no cumprimento de ordens emanadas de autoridades competentes e desempenho de atividades operacionais;

IV – no decurso de viagens de serviço previstas em regulamentos ou autorizadas por autoridade competente;

V – no decurso de viagens impostas por motivo de movimentação; e

VI – nos deslocamentos residência/OBM ou OBM/residência ou ainda em qualquer outro lugar onde a missão deva ter início ou prosseguimento e vice-versa, mediante disposições regulamentares, escalas ou ordens.

§ 1º Não se aplica o disposto neste artigo quando o acidente for resultado de crime, transgressão disciplinar, imprudência ou desídia do bombeiro militar acidentado ou de subordinado seu, com sua aquiescência.

§ 2º O acidente em serviço não é descaracterizado pela concorrência ou superveniência de outras causas que contribuam para a morte ou incapacidade do bombeiro militar, desde que haja relação de causa e efeito entre o acidente e o dano.

Art. 4º Os acidentes em serviço serão apurados mediante Atestado de Origem ou Inquérito Sanitário de Origem, nos termos desta norma.

Capítulo IV Documentos Sanitários de Origem

Seção I Atestado de Origem

Art. 5º O Atestado de Origem constitui documento administrativo militar destinado à apreciação da origem real de incapacidades físicas ou psíquicas temporárias ou definitivas de bombeiros militares



em serviço na Corporação, provenientes de acidentes ocorridos em consequência de ato de serviço.

§ 1º O Atestado de Origem constitui peça importante como elemento de prova para a elucidação da origem de acidentes e incapacidades físicas deles resultantes, nos processos referentes às reformas, passagem para a reserva remunerada, dentre outros, ou ainda qualquer assistência requerida em virtude de invalidez ou de incapacidade física temporária ou definitiva adquirida em serviço.

§ 2º O AO deverá ser elaborado em formulários próprios definidos pelo Órgão de Saúde da Corporação.

§ 3º O documento de que trata o *caput* deste artigo somente poderá ser lavrado em até 15 dias após o acidente.

Art. 6º São documentos indispensáveis à lavratura de Atestado de Origem:

I – determinação do chefe imediato do militar ou solicitação do Setor de Saúde;

II – relação de testemunhas que presenciaram o fato, em número mínimo de duas;

III – escala de serviço ou declaração do Comandante da OBM em que serve o militar acidentado, confirmando que o militar requerente estava em atividade laboral quando da ocorrência do fato;

IV – atestado exarado pelo médico que prestou assistência ao bombeiro militar acidentado, de acordo com as exigências contidas no Atestado de Origem; e

V – outros documentos julgados necessários.

Art. 7º O bombeiro militar sobre o qual está sendo lavrado Atestado de Origem deverá comparecer no Setor de Saúde da Corporação com vistas à instrução do procedimento.

§ 1º Após a avaliação médica, no caso de indeferimento do Atestado de Origem, o militar terá o prazo de 15 dias para oposição de recurso administrativo, contado a partir da publicação em Boletim Geral, dirigido ao Órgão de Saúde da Corporação.

Acrescido pela Portaria n. 168/2017

§ 2º O recurso administrativo deverá ser decidido no prazo máximo de 30 dias, a partir do recebimento dos autos pelo órgão competente.

Acrescido pela Portaria n. 168/2017

Seção II Inquérito Sanitário de Origem

Art. 8º O Inquérito Sanitário de Origem constitui documento administrativo militar consubstanciado em peça pericial técnico-administrativa, tendo como finalidade a apreciação da origem real de incapacidades físicas ou psíquicas temporárias ou definitivas de bombeiros militares em serviço na Corporação, provenientes de acidentes ocorridos em consequência de ato de serviço, uma vez transcorrido o prazo máximo de 15 dias para lavratura de Atestado de Origem sem que isso ocorra.

§ 1º O inquérito de que trata o *caput* deste artigo somente será instaurado mediante determinação expressa do Comandante Geral, do Subcomandante Geral ou do Chefe do Órgão de Saúde da Corporação.

§ 2º O prazo máximo para solicitação de instauração de Inquérito Sanitário de Origem é de 180 dias, a contar da data em que o bombeiro militar esteve em contato com o agente agressor.

§ 3º O ISO deverá ser elaborado em formulários próprios definidos pelo Órgão de Saúde da Corporação.

Art. 9º São documentos indispensáveis à instauração de Inquérito Sanitário de Origem:

I – requerimento fundamentado do militar interessado;

II – relação de testemunhas que presenciaram o fato, em número mínimo de duas;

III – escala de serviço ou declaração do Comandante da OBM em que serve o interessado confirmando que o bombeiro militar requerente estava em atividade laboral quando da ocorrência do fato;

IV – declaração ou relatório do médico assistente responsável pelo bombeiro militar, com data e local onde se deu o atendimento e diagnóstico;

V – ficha individual de alterações;

VI – registros médicos pertinentes à elucidação dos fatos apontados no inquérito; e

VII – outros documentos julgados necessários.

Art. 10. O Atestado de Origem e o Inquérito Sanitário de Origem, após devidamente instruídos, deverão ser remetidos à Junta Central de Saúde



Bombeiro Militar, que decidirá pela homologação ou indeferimento do procedimento.

§ 1º A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar deverá providenciar a publicação da conclusão dos procedimentos tratados no *caput* deste artigo em Boletim Geral da Corporação e fornecer cópia da publicação ao militar interessado.

§ 2º A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar fará o acompanhamento da condição do bombeiro militar acidentado em serviço ou não, até cura plena ou instalação de seqüela definitiva.

§ 3º O médico que conferir alta ao bombeiro militar deverá fazer constar no relatório respectivo se o militar está curado sem sequelas ou com sequelas, hipótese em que determinará o grau de limitação laborativa.

§ 4º O profissional de saúde encarregado pela apreciação do Atestado de Origem ou do Inquérito Sanitário de Origem será designado pelo Chefe do Setor de Saúde da Corporação, sendo facultado ao encarregado solicitar pareceres de médicos especialistas.

Capítulo V

Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar

Seção I

Disposições Preliminares

Art. 11. As Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar são órgãos responsáveis pela execução de atividades relacionadas às perícias de saúde, emissão de pareceres médicos e outras atribuições previstas nesta norma.

Art. 12. As Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar poderão revisar os respectivos atos por iniciativa própria ou por determinação de autoridade competente.

Art. 13. As Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar poderão eventualmente ser integradas por profissionais da área de saúde de outros órgãos ou contratados pela Corporação para atuarem como peritos.

Art. 14. As Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar poderão solicitar exames complementares e/ou pareceres de especialistas para elucidação diagnóstica.

Parágrafo único. Os pareceres de especialistas e os exames complementares não vinculam a decisão das Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar, que poderão fundamentar decisão utilizando outros elementos probantes.

Art. 15. As atas, laudos e pareceres das Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar deverão possuir conteúdo claro, objetivo e conciso.

Art. 16. Aos membros das Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar é conferida independência técnica e o dever de guardar sigilo acerca dos casos apreciados, observados os preceitos éticos da profissão de médico.

Parágrafo único. Os bombeiros militares responsáveis pelo manuseio de documentos, exames, assentamentos e auxílio às atividades das Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar também estão obrigados a guardar sigilo sobre os fatos que tomem conhecimento.

Art. 17. É vedado ao Oficial integrar Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar quando:

I – houver prestado assistência continuada ao militar periciado;

II – for cônjuge ou companheiro(a), possuir parentesco em linha reta ou em linha colateral até o terceiro grau, ou for parente por afinidade; e

III – possuir interesse no resultado da perícia ou for amigo íntimo ou inimigo capital do periciado.

Art. 18. São Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar:

I – Junta Superior de Saúde Bombeiro Militar;

II – Junta Central de Saúde Bombeiro Militar; e

III – Junta de Seleção Bombeiro Militar.

Art. 19. Nas perícias médicas, os membros da Junta Superior de Saúde Bombeiro Militar e da Junta Central de Saúde Bombeiro Militar deverão avaliar de forma criteriosa a capacidade laborativa do bombeiro militar, com vistas ao aproveitamento em função ou atividade compatível com a capacidade e aptidão aferida.

Seção II

Junta Superior de Saúde Bombeiro Militar

Art. 20. A Junta Superior de Saúde é órgão de caráter provisório, cuja finalidade é examinar, em grau de recurso, parecer final emitido pela Junta Central de Saúde.

§ 1º O órgão de que trata o *caput* deste artigo será composto por 4 Oficiais, sendo 3 Oficiais Médicos do Quadro de Oficiais de Saúde e um Oficial secretário, todos designados pelo Chefe do Órgão de Saúde da Corporação.



§ 2º A função de presidente recairá sobre o militar de maior posto ou mais antigo.

§ 3º A Junta Superior de Saúde será designada mediante portaria do Chefe do Órgão de Saúde e dissolver-se-á no momento em que findarem os trabalhos atinentes ao julgamento do recurso a ela submetido.

§ 4º Não poderá compor a Junta Superior de Saúde o oficial médico responsável pela elaboração do parecer submetido a reexame.

Art. 21. O inspecionado terá prazo de 15 dias para recorrer de decisão da Junta Central de Saúde, a contar da data em que for cientificado do parecer, exceto nos casos previstos em legislação específica.

Art. 22. Caberá recurso ao Comandante Geral contra decisão da Junta Central de Saúde.

§ 1º Na interposição de recurso contra decisão da Junta Central de Saúde, deverá ser observada a cadeia de comando até o Comandante Geral.

§ 2º O recurso deverá ser fundamentado com razões que justifiquem a discordância do resultado emitido pela Junta Central de Saúde.

Art. 23. Não caberá recurso administrativo contra pareceres emitidos pela Junta Superior de Saúde.

Art. 24. As atas da Junta Superior de Saúde serão arquivadas na secretaria da Junta Central de Saúde de forma impressa em papel e em formato digital.

Art. 25. O Comandante Geral poderá indicar médico especialista ou propor a convocação de Oficial Médico da Reserva Remunerada para compor a Junta Superior de Saúde, caso haja necessidade, interesse ou conveniência da administração.

Seção III

Junta Central de Saúde Bombeiro Militar

Art. 26. A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar é órgão permanente destinado à realização de perícias de saúde, cabendo a designação dos membros ao Chefe do Órgão de Saúde da Corporação.

§ 1º O órgão de que trata o *caput* deste artigo será composto por 4 Oficiais, sendo 3 Oficiais Médicos do Quadro de Oficiais de Saúde e um Oficial secretário.

§ 2º Será designado presidente da JCSBM o militar

de maior posto ou mais antigo.

§ 3º Para a composição da JCSBM deverá ser observada preferencialmente, entre outras especialidades médicas, ortopedia e psiquiatria.

§ 4º Os integrantes da Junta Central de Saúde serão investidos na função pelo período de um ano, prorrogável uma vez por igual período.

§ 5º A designação de Oficiais do Quadro de Oficiais de Saúde para composição da Junta Central de Saúde deverá obedecer rodízio entre os Oficiais Médicos lotados na Capital do Estado.

Art. 27. Compete à Junta Central de Saúde realizar perícias de saúde nos seguintes casos:

I – licença para tratamento de saúde própria, a partir do 16º dia de dispensa médica total ou parcial;

~~II – licença para tratamento de saúde de pessoa da família;~~

Revogado pela Portaria n. 22/2017

III – licença para tratar de interesse particular;

IV – licenciamento a pedido;

V – reversão ao quadro;

VI – passagem para a reserva remunerada;

VII – reforma;

VIII – inclusão em quadro de acesso;

IX – cursos e estágios;

X – teste de aptidão física;

XI – avaliação periódica anual;

XII – licença maternidade;

XIII – auxílio invalidez;

XIV – isenção de imposto de renda;

XV – reintegração por força de decisão judicial; e

XVI – outros, conforme norma específica ou solicitação do Comandante Geral ou do Chefe do Órgão de Saúde da Corporação.

Art. 28. Os bombeiros militares serão submetidos à Junta Central de Saúde para perícia médica nas seguintes situações:

I – licença médica, quando a dispensa médica



ultrapassar o 15º dia consecutivo, para fins de homologação de atestado médico;

II – acidente ou ferimento em decorrência do serviço ou moléstia nele contraída, quando necessitarem de amparo do Estado;

III – permanência no serviço ativo, realização de teste de aptidão física, tratamento de saúde, matrícula em curso ou estágio, avaliação periódica anual, inclusão em Quadro de Acesso, licenciamento de ofício, licenciamento a pedido, transferência para a reserva remunerada, reforma, reversão e reintegração por força de decisão judicial; e

Alterado pela Portaria n. 22/2017

IV – em atendimento às prescrições normativas pertinentes quando se tratar de bombeiros militares reformados.

Art. 29. O comparecimento do bombeiro militar à Junta Central de Saúde para avaliação far-se-á mediante solicitação ou encaminhamento.

Art. 30. Constitui ato de serviço o comparecimento do bombeiro militar à Junta Central de Saúde, para a realização de atos de competência daquele órgão.

Art. 31. A Junta Central de Saúde reunir-se-á em sala própria, preferencialmente nas dependências da Clínica Médica da Corporação, diariamente ou a critério de seu presidente.

Art. 32. Para a elucidação diagnóstica em casos psiquiátricos, a Junta Central de Saúde poderá solicitar perícia psicopatológica.

Seção IV

Junta de Seleção Bombeiro Militar

Art. 33. A Junta de Seleção é órgão de caráter provisório, destinado à realização de perícias de saúde em candidatos ao ingresso no CBMGO, cabendo a designação dos membros ao Chefe do Órgão de Saúde da Corporação.

§ 1º A JSBM será composta por 4 Oficiais, sendo 3 Oficiais Médicos do Quadro de Oficiais de Saúde e um Oficial secretário.

§ 2º Será designado presidente da JSBM o militar de maior posto ou mais antigo.

Art. 34. Compete à Junta de Seleção:

I – examinar os candidatos a serem incluídos na Corporação.

II – avaliar a sanidade física e mental dos

candidatos a serem incluídos na Corporação, bem como detectar traços de personalidade incompatíveis com a atividade bombeiro militar, levando-se em consideração as determinações contidas em editais de concurso público.

Art. 35. A avaliação da Junta de Seleção, desde que não contrarie as determinações contidas nos editais de cada certame, deve anteceder o exame de avaliação física do concurso público para ingresso nas fileiras da Corporação.

Art. 36. A Junta de Seleção exigirá exames preliminares e complementares.

§ 1º Os exames preliminares compreenderão:

a) exame clínico antropométrico;

b) parecer oftalmológico;

c) avaliação da acuidade auditiva por meio da realização de Teste Voz Coloquial;

d) avaliação odontológica; e

e) outros exames a critério da Junta de Seleção.

§ 2º Os exames complementares estão especificados no Anexo 1 desta norma.

§ 3º A responsabilidade pelos encargos financeiros dos exames complementares e avaliações complementares será única e exclusiva do candidato em concurso.

§ 4º Os exames radiológicos deverão obrigatoriamente ser identificados com no mínimo as iniciais do nome do candidato e a data em que o mesmo foi realizado.

§ 5º A JSBM providenciará em todos os certames que os candidatos sejam submetidos à avaliação psicológica e questionário a ser preenchido por médico perito.

§ 6º A avaliação psicológica será utilizada como referência para o acompanhamento periódico do militar durante sua carreira.

Art. 37. O candidato que não atender as exigências previstas em edital de concurso público deverá ser eliminado do certame.

Art. 38. A Junta de Seleção reunir-se-á em local e período definido pelo Chefe do Setor de Saúde da Corporação e de acordo com calendário proposto para cada concurso.



Capítulo VI

Perícias de Saúde e da Avaliação Periódica Anual

Art. 39. Os bombeiros militares da ativa serão submetidos anualmente a avaliação periódica, obedecendo aos preceitos contidos na norma vigente, com o objetivo de estabelecer o estado de saúde física e mental, bem como enfatizar as ações da medicina preventiva e melhorar a qualidade de vida, observando-se as prescrições abaixo relacionadas:

I – durante a perícia de saúde para fins de avaliação periódica anual, os avaliadores deverão enfatizar o exame físico do militar, utilizando-se dos métodos semiológicos clássicos (inspeção, palpação, percussão e ausculta), com o objetivo de avaliar os diversos segmentos do corpo humano, solicitando exames laboratoriais preventivos, de acordo com a norma vigente; e

II – o militar da ativa que apresentar qualquer alteração na capacidade física e mental, mesmo encontrando-se no período de vigência de sua perícia de saúde de avaliação periódica anual, deverá ser encaminhado pela autoridade competente a um médico perito e/ou à Junta Central de Saúde, para verificação de aptidão.

Capítulo VII

Perícia Psicopatológica

Art. 40. A perícia psicopatológica será realizada pela Junta Central de Saúde, que deverá solicitar ao Chefe do Órgão de Saúde da Corporação a nomeação de comissão de caráter provisório, composta preferencialmente por dois Médicos Psiquiatras, um Psicólogo e um Oficial secretário, cujo presidente será o Oficial de maior posto ou o mais antigo.

Art. 41. Poderão eventualmente integrar a Comissão de Perícia Psicopatológica médicos e psicólogos de outros órgãos públicos ou contratados pela Corporação, quando pela natureza da atividade puderem atuar como peritos.

Art. 42. Compete à Comissão de Perícia Psicopatológica verificar a existência de alienação mental ou perturbação da saúde mental, bem como verificar o desenvolvimento mental incompleto ou seu retardo e a constatação de nexos causal entre estes transtornos e o fato gerador da perícia, estabelecendo assim a capacidade de entendimento e de determinação do periciado e, fundamentalmente, de alterações psicopatológicas, constituindo limitação parcial, total, temporária ou definitiva para o serviço bombeiro militar.

Art. 43. A perícia psicopatológica será solicitada em função de casos que envolvam esclarecimento de diagnóstico psiquiátrico em processos administrativos, quando se relacionarem às seguintes situações:

I – tratamento psiquiátrico com ou sem internação;

II – uso de álcool e/ou outras drogas;

III – vítima de trauma crânio-encefálico com possibilidade de repercussão psiquiátrica;

IV – uso frequente e/ou continuado de psicofármacos;

V – histórico de provável transtorno mental e alienação mental e/ou perturbação da saúde mental;

VI – comportamentos relacionados à tentativa de suicídio e/ou simulação; e

VII – qualquer outro fator que tenha provável relação com um transtorno mental.

Parágrafo único. A solicitação de perícia psicopatológica deverá ser dirigida ao Chefe do Órgão de Saúde da Corporação.

Art. 44. A Comissão de Perícia Psicopatológica poderá, se for o caso, além de aplicar testes psicotécnicos, solicitar exames complementares e demais procedimentos necessários para o esclarecimento do diagnóstico.

Art. 45. Após análise e discussão do caso, a Comissão de Perícia Psicopatológica emitirá laudo técnico e o encaminhará ao Chefe do Órgão de Saúde da Corporação.

Art. 46. O Chefe do Órgão de Saúde da Corporação ordenará reavaliação de militar submetido a perícia para definição diagnóstica, no prazo máximo de 120 dias corridos, quando verificar que o laudo é inconclusivo, estando autorizada a repetição de exames complementares e de testes, caso necessário.

Capítulo VIII

Dispensas e Atestados Médicos e Odontológicos

Art. 47. A dispensa para tratamento de saúde obedecerá aos seguintes critérios:

I – apresentação de atestado médico.

II – comparecimento do bombeiro militar a oficial médico para homologação do atestado médico referido no inciso I deste artigo, no prazo máximo de 72 horas a contar da ocorrência do fato gerador,



ou no primeiro dia útil após o vencimento do período supracitado se o vencimento do prazo recair em finais de semana, feriados e demais casos em que o serviço administrativo da Corporação não funcione;

III – encaminhamento do bombeiro militar à Clínica Médica da Corporação ou à OBM mais próxima que possua médico, quando houver a necessidade de prorrogação de prazo do atestado médico ou da elaboração de novo documento, após a homologação inicial de 3 dias;

IV – encaminhamento do bombeiro militar pelo respectivo Comandante à Junta Central de Saúde para homologação de novo atestado após o 15º dia de dispensa médica, sendo que o bombeiro militar deve estar de posse do formulário reservado preenchido;

V – presença do bombeiro militar para homologação de atestado médico, ressalvada a hipótese de internação;

VI – documentos médicos e hospitalares elaborados em papel timbrado e sem rasuras, com a indicação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 da enfermidade em questão, número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina – CRM, bem como carimbo e assinatura;

VII – apresentação de exames complementares para comprovação de enfermidades, a critério do médico encarregado pela homologação; e

VIII – apresentação de atestado e declaração fornecida por hospital ou clínica em caso de internação para tratamento clínico ou cirúrgico, informando data de internação.

Art. 48. O Comandante/Chefe de OBM de lotação do militar poderá homologar atestado médico no limite dos 3 primeiros dias de dispensa.

Art. 49. Em caso de dúvida na aplicação do artigo anterior, o Comandante de OBM encaminhará o bombeiro militar à Clínica Médica da Corporação ou a uma unidade provida de médico, juntamente com o atestado não homologado.

Art. 50. A licença para tratamento de saúde de pessoa da família será concedida de acordo com as diretrizes contidas na norma vigente. Parágrafo único. Para fins de concessão da licença de que trata o *caput* deste artigo, consideram-se familiares o pai, a mãe, os filhos e o cônjuge ou companheiro(a) do(a) militar.

Art. 51. O atestado de comparecimento e acompanhamento de familiar com prazo de até 3 dias deverá ser homologado pelo Comandante/Chefe da unidade em que o militar serve.

Art. 52. O atestado elaborado por médico assistente que não faça parte do Quadro de Oficiais de Saúde da Corporação tem valor informativo, sendo indispensável a realização de avaliação para respectiva homologação. Parágrafo único. Em caso de não homologação do atestado apresentado, não restará justificada eventual ausência do bombeiro militar ao trabalho.

Art. 53. O Oficial Médico deverá determinar de forma criteriosa a aptidão e o tempo de afastamento do militar, podendo aceitar ou rejeitar o atestado do médico assistente, devendo observar ainda as boas práticas médicas, a ética médica e sua convicção.

Art. 54. O militar que não apresentar atestado médico ou odontológico ao Oficial do Quadro de Saúde da Corporação no prazo previsto no item II do art. 47 desta norma poderá ser responsabilizado administrativamente.

Art. 55. A homologação de atestado médico deverá ser realizada por Oficial de Saúde mediante documento que ateste o respectivo ato de homologação.

§ 1º O documento de homologação de que trata o *caput* deste artigo deverá ser entregue ao bombeiro militar interessado, que será responsável pelo encaminhamento do documento à OBM de origem no prazo máximo de 24 horas.

§ 2º Se o vencimento do prazo de que trata o parágrafo anterior recair em finais de semana, feriados ou em qualquer outro dia em que não haja serviço administrativo da Corporação, o prazo estender-se-á ao primeiro dia útil subsequente.

Art. 56. No ato de homologação de atestado, os Oficiais Médicos deverão ponderar a capacidade laborativa do bombeiro militar, fazendo constar, quando for o caso, as restrições a que o mesmo deve submeter-se, bem como as funções que o militar pode desempenhar.

Art. 57. As licenças/dispensas médicas originadas de homologação de atestado médico por Oficial do Quadro de Saúde da Corporação podem ser revistas a qualquer momento, desde que o militar seja submetido a nova avaliação.

Art. 58. A Clínica Médica da Corporação deverá registrar e manter atualizados os dados relativos



às dispensas/licenças médicas, inclusive as concedidas por Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar.

Capítulo IX
Laudos e dos Pareceres Periciais

Art. 59. Os laudos e pareceres periciais deverão ser conclusivos, consignando um dos seguintes termos:

- I – apto para o serviço bombeiro militar;
- II – apto para o serviço bombeiro militar com restrições, devendo indicar se a restrição é temporária ou definitiva;
- III – incapaz temporariamente para o serviço bombeiro militar;
- IV – incapaz definitivamente para o serviço bombeiro militar;
- V – aprovado;
- VI – reprovado;
- VII – inválido;
- VIII – com relação de causa e efeito com o serviço bombeiro militar;
- IX – sem relação de causa e efeito com o serviço bombeiro militar;
- X – com meios para prover sua existência;
- XI – sem meios para prover sua existência;
- XII – necessita de cuidados de enfermagem;
- XIII – não necessita de cuidados de enfermagem;
- XIV – apto para o serviço bombeiro militar para fins de:
 - a) teste de aptidão física;
 - b) teste de aptidão física com restrição médica;
 - c) inclusão em quadro de acesso;
 - d) licenciamento a pedido;
 - e) reversão ao quadro;
 - f) reserva remunerada;
 - g) reforma;

- h) avaliação periódica;
 - i) cursos e estágios; e
 - j) reintegração por força de decisão judicial;
- XV – inapto para o serviço bombeiro militar para fins de:
- a) teste de aptidão física;
 - b) inclusão em quadro de acesso;
 - c) licenciamento a pedido;
 - d) reversão ao quadro;
 - e) reserva remunerada;
 - f) reforma;
 - g) avaliação periódica;
 - h) cursos e estágios; e
 - i) reintegração por força de decisão judicial;
- XVI – portador de doenças especificadas em lei;
- XVII – não portador de doenças especificadas em lei;
- XVIII – Atestado de Origem/Inquérito Sanitário de Origem homologado; ou
- XIX – Atestado de Origem/Inquérito Sanitário de Origem não homologado.

Art. 60. Não admitir-se-á laudo pericial com a conclusão contida no item II do art. 59 desta norma quando tratar-se de candidatos a ingresso nas fileiras da Corporação devendo neste caso serem considerados reprovados.

Art. 61. A conclusão inapto para fins de curso, estágio ou teste de aptidão física não implica em incapacidade para o serviço.

Art. 62. A incapacidade para o serviço bombeiro militar somente será declarada nos casos de doença e/ou condições que inviabilizem o emprego do bombeiro militar em qualquer atividade laborativa.

Art. 63. Todo parecer emitido pela Junta Central de Saúde deverá ser homologado pelo Chefe do Órgão de Saúde da Corporação e, posteriormente, encaminhado para publicação em Boletim Geral.



Capítulo X Perícia Médica para Fins de Inclusão em Quadro de Acesso

Art. 64. A Junta Central de Saúde emitirá parecer favorável para fins de inclusão em Quadro de Acesso quando na avaliação de saúde do bombeiro militar forem consignados os seguintes termos:

- I – “apto para o serviço bombeiro militar”;
- II – “apto para o serviço bombeiro militar com restrição temporária”;
- III – “apto para o serviço bombeiro militar com restrição definitiva”, desde que apresente condições físicas e mentais para o exercício de atividades inerentes ao posto ou graduação que irá ocupar, atendidos os requisitos legais e regulamentares; ou
- IV – “gozo de licença maternidade”.

Art. 65. As condições de execução do teste de aptidão física para o bombeiro militar que for considerado “apto para o serviço bombeiro militar para fins de teste de aptidão física com restrição médica” serão reguladas por norma vigente.

Capítulo XI Perícia de Saúde, Invalidez, Incapacidade Definitiva e dos Laudos para Reforma

Art. 66. A emissão de laudo de invalidez ou de incapacidade definitiva constitui atribuição da Junta Central de Saúde e, em grau de recurso, da Junta Superior de Saúde.

Art. 67. Os relatórios técnicos, registros de internação e alta hospitalar e outros documentos pertinentes poderão ser utilizados como subsídio para esclarecimento da condição médica do periciado.

Art. 68. A invalidez ou incapacidade definitiva decorrente de acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho depende da constatação da condição de causa e efeito em Atestado de Origem ou Inquérito Sanitário de Origem, mediante parecer da Junta Central de Saúde.

§ 1º As situações definidas no *caput* deste artigo deverão ser atestadas mediante laudo técnico pormenorizado acerca do fato analisado.

§ 2º A verificação de relação de causa e efeito de acidente de trabalho ou de doença relacionada ao trabalho em Atestado de Origem ou Inquérito Sanitário de Origem não implicará,

necessariamente, em declaração de incapacidade para o serviço.

Art. 69. No momento de realização da perícia médica, uma vez constatada situação de invalidez ou incapacidade definitiva, a Junta Central de Saúde deverá emitir laudo técnico visando a reforma do militar periciado, sem prejuízo do respectivo parecer.

Parágrafo único. A Junta Central de Saúde somente emitirá laudo com parecer de incapacidade definitiva depois de esgotados todos os recursos de tratamento disponíveis, e ainda assim verificada completa impossibilidade de aproveitamento da capacidade laborativa do militar em qualquer atividade bombeiro militar.

Art. 70. O laudo de invalidez ou incapacidade definitiva elaborado e assinado pelos membros da Junta Central de Saúde será instruído com o seguinte:

- I – data provável do início da doença;
- II – quadro clínico, evolução e tratamento(s) realizado(s), bem como resultados alcançados;
- III – antecedentes clínicos;
- IV – resultados de exames complementares;
- V – relatório de internação hospitalar;
- VI – diagnóstico;
- VII – prognóstico; e
- VIII – parecer.

Art. 71. A reforma ocorrerá decorridos 2 anos de afastamento contínuo do serviço bombeiro militar ou 2 anos de licença total contínua para tratamento de saúde ou licença, desde que haja incapacidade definitiva ou invalidez para atividade bombeiro militar.

Parágrafo único. O militar que esteja agregado há mais de 2 anos por ter sido julgado incapaz temporariamente por Junta Superior de Saúde, ainda que se trate de moléstia curável, também deverá ser reformado de ofício.

Capítulo XII Reavaliações de Pareceres das Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar e da Homologação de Atestado Médico

Art. 72. A reavaliação de pareceres das Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar, excetuando-



se aqueles exarados pela Junta Superior de Saúde, bem como a reavaliação de ato de homologação de atestado médico, somente poderá ocorrer se observada alteração no quadro clínico do bombeiro militar interessado.

Parágrafo único. As reavaliações de que trata o *caput* deste artigo serão solicitadas ao Chefe do Órgão de Saúde da Corporação.

Art. 73. As reavaliações periciais deverão ser executadas em prazo nunca superior a 3 meses.

Art. 74. O requerimento de reavaliação de pareceres das Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar, assim como o requerimento de reavaliação de ato de homologação de atestado médico, deverão ser fundamentados em provável alteração significativa no quadro clínico ou da adaptação funcional que motivou o parecer inicial.

Art. 75. As reavaliações de pareceres das Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar e de atos de homologação de atestado médico deverão ser fundamentados com registro em prontuário das circunstâncias e providências que conduziram ao novo pronunciamento.

Capítulo XIII Perícias Específicas

Seção I Reforma

Art. 76. Para fins de reforma, caso o inspecionado possua Atestado de Origem ou Inquérito Sanitário de Origem, deverão ser consignados no parecer pertinente um dos seguintes termos:

I – “há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido (ou doença adquirida em ato de serviço) e a condição mórbida atual”, expressa pelo seguinte diagnóstico (citar o diagnóstico)/Atestado de Origem/Inquérito Sanitário de Origem preenche/não preenche todas as formalidades exigidas na norma que regula os documentos sanitários de origem; ou

II – “não há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido (ou doença adquirida em ato de serviço) e a condição mórbida atual”, expressa pelo seguinte diagnóstico (citar diagnóstico)/há/não há vestígios anatômicos ou funcionais do acidente sofrido (ou doença adquirida em ato de serviço)/o Atestado de Origem/Inquérito Sanitário de Origem preenche/não preenche todas as formalidades exigidas na norma que regula os documentos sanitários de origem.

Parágrafo único. Caso o Atestado de Origem/Inquérito Sanitário de Origem não preencha todas as formalidades exigidas nesta norma, a Junta Central de Saúde consignará em ata de perícia de saúde a irregularidade observada.

Art. 77. A Junta Central de Saúde fará constar em ata se foram esgotados todos os recursos da medicina especializada visando a recuperação do bombeiro militar em vias de reforma.

Art. 78. A Junta Central de Saúde deverá anexar cópia completa e atualizada da documentação médica que comprove o diagnóstico, de forma a possibilitar à Clínica Médica da Corporação, mediante análise destes documentos, emissão de parecer técnico.

Seção II Auxílio-Invalidez

Art. 79. Nas perícias de saúde visando concessão de auxílio-invalidez, face à incapacidade para o serviço bombeiro militar, a Junta Central de Saúde deverá emitir parecer com as conclusões contidas nos incisos XII ou XIII do art. 59 desta norma.

Seção III Isenção de Imposto de Renda

Art. 80. Nas perícias de saúde com vistas à isenção de imposto de renda, a Junta Central de Saúde deverá emitir parecer com as conclusões contidas nos incisos XVI ou XVII do art. 59 desta norma.

Art. 81. No caso de doença passível de controle, deverá constar na ata a data em que o militar se submeterá a nova inspeção de saúde.

Seção IV Melhoria de Reforma

Art. 82. Nas inspeções de saúde cuja finalidade seja a melhoria de reforma, as Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar emitirão pareceres de acordo com esta norma, de forma a apresentar na parte conclusiva se houve ou não houve agravamento do estado mórbido que motivou a reforma, juntando ao parecer cópia da ata da sessão que reformou o militar requerente.

Parágrafo único. O agravamento do estado mórbido caracteriza-se pela mudança do grau de incapacidade do bombeiro militar, que passa de estado de incapacidade definitiva em que o militar não se encontra inválido, para estado em que o bombeiro militar em situação de incapacidade definitiva torna-se inválido.



Capítulo XIV Clínica Médica do CBMGO

Art. 83. As atividades das Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar e dos Oficiais do Quadro de Oficiais de Saúde previstas nesta norma serão realizadas nas dependências da Clínica Médica da Corporação.

Parágrafo único. Em casos excepcionais, o Chefe do Órgão de Saúde da Corporação poderá determinar às Juntas de Inspeção de Saúde Bombeiro Militar e aos Oficiais de Saúde que se desloquem para realização de perícias médicas em local distinto da sede da Clínica Médica da Corporação.

Art. 84. Compete à Clínica Médica do Corpo de Bombeiros Militar:

I – realizar atividades médico-assistenciais de prevenção e promoção da saúde física e mental junto aos militares da ativa, da reserva remunerada, reformados, pensionistas e de dependentes, desde que essas atividades não prejudiquem o desempenho das atividades periciais;

II – homologar atestado de médico assistente até o 15º dia de dispensa;

III – executar o programa de controle médico de saúde ocupacional, nos termos norma vigente;

IV – controlar casos de doenças infectocontagiosas dos militares da Corporação, com atenção especial para casos de epidemias;

V – encaminhar bombeiro militar para a Junta Central de Saúde, nos termos desta norma;

VI – promover, por meio de consultoria técnica, readaptação de militar com restrição médica;

VII – designar assistente técnico para processos de interesse do Estado que envolvam militares da Corporação, mediante determinação do Comandante Geral;

VIII – realizar, de forma correta e completa, registro do prontuário médico, de acordo com a legislação vigente; e

IX – realizar outras atividades previstas em norma específica.

Art. 85. Os profissionais da Clínica Médica da Corporação e aqueles lotados no registro em prontuário eletrônico estão sujeitos ao sigilo, à

ética militar e a das diversas categorias de profissionais da saúde, conforme legislação específica.

Parágrafo único. O sigilo mencionado no *caput* deste artigo se aplica também aos militares lotados na Clínica Médica da Corporação que desempenhem atividade administrativa.

Capítulo XV Disposições Gerais

Art. 86. O controle e acompanhamento da conduta do bombeiro militar em licença para tratamento de saúde é de responsabilidade do respectivo Comandante.

Parágrafo único. À Junta Central de Saúde, mediante provocação de autoridade competente, caberá reavaliar imediatamente a situação de saúde de militar que, em gozo de dispensa/licença médica, exerce qualquer atividade laborativa fora da Corporação, sem prejuízo das medidas disciplinares cabíveis.

Art. 87. A dispensa médica destina-se exclusivamente ao tratamento de saúde, não podendo ser computada para efeito de concessão de folga, haja vista que o bombeiro militar que não cumpriu escala de serviço não tem direito às folgas subsequentes.

Art. 88. O Órgão de Saúde da Corporação regulamentará a elaboração de relatórios estatísticos das perícias realizadas e será responsável pelo controle e avaliação dos dados.

Art. 89. Para o cumprimento desta norma será adotada a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID em vigor.

Art. 90. Toda documentação de saúde, seja ela assistencial ou pericial, tem caráter sigiloso.

§ 1º O acesso, manuseio e circulação de documentos ficam restritos aos profissionais de saúde, nos limites das respectivas atribuições.

§ 2º Os servidores e bombeiros militares responsáveis pelo arquivamento de documentos de saúde poderão ter acesso apenas a informações pertinentes ao desempenho das respectivas funções.

Art. 91. O Comandante Geral poderá baixar atos administrativos complementares a esta norma.



Anexo 1

Rotina para Exames aos Candidatos a Inclusão no CBMGO

1 – Exames clínicos:

- a) história clínica;
- b) exame físico objetivo.

2 – Exames antropométricos:

- a) a altura será determinada pelo edital do concurso;
- b) peso;
- c) índice de massa corporal (para fins de inclusão no CBMGO, serão aprovados os candidatos que obtiverem o IMC maior ou igual a 18 e menor ou igual a 25).
- d) quadril;
- e) cintura abdominal.

3 – Avaliação auditiva: pelo exame clínico, audiometria e/ou a critério do examinador.

4 – Avaliação oftalmológica: pelo exame clínico e avaliação médica especializada.

5 – Exames complementares:

a) radiografias:

- tórax (PA e perfil);
- colunas (AP e perfil) cervical, dorsal e lombar;
- seios da face (frontonaso e mentonaso).

b) sangue:

- hemograma;
- glicemia de jejum;
- creatinina;
- Gama GT;
- Beta HCG (mulheres);
- HIV;
- HbsAg;
- Anti Hbc (IgM e IgG);
- Anti HCV;
- VDRL;
- IFI para Doença de Chagas.



- c) teste ergométrico;
- d) espirometria;
- e) audiometria;
- f) exame toxicológico com amostra de cabelo ou unha, com detecção no mínimo para maconha, cocaína e derivados, opiáceos, anfetaminas e derivados, MDMA (ecstasy) entre outros que se julgar necessário; e
- g) Outros exames julgados necessários.

Anexo 2

Modelo de Ficha de Identificação do Candidato à Inclusão

1 – Identificação

Nome:

RG: CPF:

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo:

Naturalidade:

Endereço:

Foto 3x4

Tipo Sanguíneo:

Estado civil: () Solteiro () Casado () Outros

Cônjuge:

Profissão:

Filiação – Pai:

Mãe:



Anexo 3

Modelo de Resultado de Exames e Pareceres Médicos Realizados pelo Candidato

1 – Exames antropométricos:

Peso: _____ kg Altura:

Índice de Massa Corporal:

Quadril:

Cintura abdominal:

2 – Parecer oftalmológico:

Apto () Inapto ()

3 – Exames complementares:

3.1 – Radiografia de tórax (PA e perfil):

() Normal () Alterado, especificar:

3.2 – Radiografia coluna total (AP e perfil):

() Normal () Alterado, especificar:

3.3 – Radiografia seios da face:

() Normal () Alterado, especificar:

3.4 – Hemograma:

() Normal () Alterado, especificar:

3.5 – Glicemia de jejum:

() Normal () Alterado, especificar:

3.6 – Creatinina:

() Normal () Alterado, especificar:

3.7 – Gama – GT:

() Normal () Alterado, especificar:

3.8 – B – HCG (mulheres):

() Positivo () Negativo

3.9 – HIV:

() Positivo () Negativo

3.10 – Hbs Ag:

() Positivo () Negativo

3.11 – Anti Hbc (IgM):

() Positivo () Negativo

3.12 – Anti Hbc (IgG):

() Positivo () Negativo

3.13 – Anti HCV:

() Positivo () Negativo

3.14 – VDRL:

() Positivo () Negativo



3.15 – IFI para T. Americana:

() Positivo () Negativo

3.16 – Teste ergométrico:

() Normal () Alterado, especificar:

3.17 – Espirometria:

() Normal () Alterado, especificar:

3.18 – Audiometria:

() Normal () Alterado, especificar:

3.19 – Toxicológico:

() Negativo () Positivo. Especificar substâncias:

4 – Exame Psicológico

() Indicado () Não indicado, alterações:

5 – Parecer Final

() Apto () Inapto.

Justificativa:

Local e data.

Presidente da Junta de Seleção

1º Membro da Junta de Seleção

2º Membro da Junta de Seleção

Secretário da Junta de Seleção



Anexo 4

Relação das Doenças e Alterações Incapacitantes e Fatores de Contraindicação para Admissão/Inclusão

Grupo I: Doenças ou Deformidades Congênicas e Adquiridas

1. Espinha bífida; 2. Anomalias congênicas ou adquiridas do sistema nervoso e órgãos dos sentidos; 3. Fissura de abóbada palatina e lábio leporino sem correção cirúrgica ou, quando corrigidos, deixarem sequelas; 4. Anomalias congênicas ou adquiridas dos órgãos genitais externos; 5. Anorquidia; 6. Rim policístico; 7. Anomalias congênicas do sistema cardiovascular; 8. Anomalias congênicas dos ossos e articulações (encurtamentos, desvios, deformidades, e outros). 9. Mutilações ou lesões com perda anatômica ou funcional de quirodáctilos ou pododáctilos ou outras partes dos membros; 10. Albinismo; 11. Ausência congênita ou adquirida, total ou parcial, de órgãos indispensáveis à aptidão para a função bombeiro militar; 12. Presença de órtese e/ou prótese, exceto nos ossos nos casos definido pelo ortopedista; 13. Deformidades congênicas ou adquiridas com comprometimento estético e/ou funcional; 14. Perda de parte do nariz ou orelha.

Grupo II: Doenças Infecciosas e Parasitárias

1. Tuberculose em atividade e outras micobacterioses. 2. Doenças sexualmente transmissíveis complicadas; 3. Hanseníase; 4. Malária, 5. Leishmaniose; 6. Doença de Chagas; 7. Esquistossomose; 8. Micoses profundas e as superficiais com comprometimento estético e/ou funcional; 9. Portador dos vírus HIV ou HTLV; 10. Hepatites; 11. Portadores de vírus da hepatite, exceto da hepatite A; 12. Doenças infecciosas e parasitárias persistentes e/ou incuráveis ou que deixem sequelas; 13. Cisto hidático; 14. Actinomicose; 15. Filariose; 16. Cisticercose; 17. Malária complicada; 18. Toxoplasmose ocular ou no SNC; 19. Infecções por vírus lentos no SNC.

Grupo III: Doenças, Alterações e Disfunções Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais

1. Diabetes mellitus e insipidus; 2. Bócio e nódulo tireoidiano, 3. Hipertireoidismo; 4. Hipotireoidismo, 5. Gota; 6. Disfunções hipofisárias; 7. Disfunções das paratireoides; 8. Disfunções das supra-renais; 9. disfunções gonadais; 10. Dislipidemia grave; 11. Sobrepeso, obesidade (grau I,II e III) e déficit ponderal incompatível com a função bombeiro militar; 12. Doenças, alterações e disfunções de órgãos endócrinos, do metabolismo e nutrição, persistentes e/ou incuráveis ou que deixem

sequelas.

Grupo IV: Doenças, Alterações do Sangue, dos Órgãos Hematopoéticos e do Sistema Imunitário

1. Anemias; 2. Policitemias; 3. Leucopenia e leucocitose; 4. Trombocitopenia e trombocitose; 5. Coagulopatias; 6. Púrpuras; 7. Linfadenopatias salvo as decorrentes de doenças benignas; 8. Doenças oncohematológicas; 9. Colagenoses; 10. Doenças ou alterações do sangue, dos órgãos hematopoéticos e do sistema imunitário persistentes e/ou incuráveis ou que deixem sequelas.

Grupo V: Doenças e Transtornos Mentais e de Comportamento

1. Demências, retardos mentais e outros transtornos devidos a lesão, disfunção cerebral e a doença física; 2. Transtornos psicóticos; 3. Transtornos de humor; 4. Transtornos ansiosos, dissociativos, somatoformes, neuróticos e relacionados ao estresse; 5. Transtornos de personalidade; 6. Transtornos relacionados ao álcool e outras substâncias psicoativas; 7. Outros transtornos comportamentais e emocionais; 8. Transtornos do sono, dos hábitos e dos impulsos; 9. História de tratamento psiquiátrico ou uso prolongado de psicofármacos; 10. Transtornos mentais de qualquer natureza incompatíveis com a atividade bombeiro militar.

Grupo VI: Doenças e Alterações Otorrinolaringológicas

1. Otite; 2. Mastoidite; 3. Perfuração da membrana timpânica; 4. Transtornos da função vestibular; 5. Hipoacusia ou surdez; 6. Surdo-mudez; 7. Sinusite grave; 8. Polipose nasal ou sinusal; 9. Rinite crônica; 10. Paralisia da laringe; 11. Distúrbio da voz ou da fala com repercussão funcional; 12. Distúrbio total ou parcial da pirâmide ou septo nasal; 13. Anosmia; 14. Doenças ou alterações que exijam uso de prótese auditiva; 15. Doenças ou alterações otorrinolaringológicas persistentes e/ou incuráveis ou que deixem sequelas.

Grupo VII: Doenças e Alterações do Sistema Cardiovascular

1. Deformidade torácica, tais como abaulamento e/ou alterações do precórdio; 2. Alterações do ictus; presença de frêmitos ou alterações da bulha



à palpação; 3. Alterações na ausculta: alterações do ritmo, alterações das bulhas cardíacas, presença de sopro com características que os identifiquem clinicamente como orgânicos ou aqueles com prognósticos em longo prazo; 4. Doenças cardíacas reumáticas valvulares, prolapso da válvula mitral; 5. Coronariopatias; 6. Miocardite; 7. Endocardite e pericardite 8. Miocardiopatias, incluindo as hipertróficas; 9. Doenças congênitas do coração e vasos; 10. Insuficiência Cardíaca; 11. hipertensão arterial definida para faixa etária da inclusão com nível de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e diastólica maior ou igual a 90 mm Hg; Paciente que tenha submetido a qualquer tipo de cirurgia cardíaca, arterial ou venosa; Aneurismas ventriculares ou vasculares; Doenças vasculares periféricas englobando condições que afetam as artérias, veias e vasos linfáticos com manifestações como alteração de coloração, temperatura, trofismo, ulcerações e presença de edemas (flebites, tromboflebites, linfedemas); Varizes, desde a dilatação inócua, até a funcionalmente incompetente; Varicoceles; Outras doenças do aparelho circulatório incuráveis ou persistentes.

Eletrocardiograma: pode completar os critérios de exames físicos, como também representar um dado para exclusão independente da normalidade do exame clínico. São consideradas alterações eletrocardiográficas:

- a) Parassístoles;
- b) Dissociação AV;
- c) Extrassístoles;
- d) Alterações Isquêmicas;
- e) Taquicardias Paroxísticas;
- f) Bloqueio sinoatriais;
- g) Ritmos de substituição;
- h) Doenças do Nóculo Sinusal;
- i) Bloqueio de Ramo Esquerdo;
- j) Bloqueio de Ramo Direito;
- k) Bloqueio Atrioventriculares;
- l) Flutter e Fibrilação Atriais;
- m) Síndrome de pré-excitação;
- n) Sobrecargas Ventricular Direita e Esquerda;
- o) Crescimento Atriais: Átrio esquerdo, Átrio direito e Biatrrial.

Grupo VIII: Doenças Broncopulmonares

1. Bronquite crônica; 2. Enfisema pulmonar; 3. Asma; 4. Pneumonia; 5. Doenças pulmonares tromboembólicas; 6. Bronquiectasias; 7. Pneumotórax; 8. Hipertensão pulmonar; 9. Doenças respiratórias crônicas incuráveis (DPOC etc.); 10. Sequelas de doenças que possam comprometer a função pulmonar.

Grupo IX: Doenças do Aparelho Digestório

1. Estomatites crônicas; 2. Fístulas das glândulas salivares; 3. Lesões da língua com defeito de articulações das palavras; 4. Outras deformidades congênitas ou adquiridas do trato digestório superior acompanhadas de perturbações funcionais permanentes e/ou incuráveis; 5. Úlcera do estômago e duodeno; 6. Hérnias da cavidade abdominal (inguinal, femoral, incisional, umbilical, etc); 7. Eventração; 8. Doenças do estômago e intestino; 9. Fístulas da parede abdominal; 10. Fístulas anorretais; 11. Cirrose hepática; 12. Colelitíase, colecistites, pancreatites; 13. Hepatomegalia e esplenomegalias; 14. Hepatites; 15. Diarreias crônicas; 16. Ascite icterícia; 17. Hérnia de hiato com esofagite; 18. Megaesôfago e megacólon; 19. Colites com diarreia e/ou obstipação.

Grupo X: Doenças do Aparelho Genitourinário e Mama

1. Glomerulopatias; 2. Pielonefrites; 3. Hidronefrose; 4. Urolitíase; 5. Insuficiência renal crônica; 6. Neoplasias urológicas; 7. Sífilis; 8. Disfunções do esfíncter vésico-uretral; 9. Hipospádia; 10. Anorquídia; 11. Ectopia testicular; 12. Orquiepididimite; 13. Hidrocele; 14. Varicocele; 15. Ginecomastia; 16. Hipertrofia mamária; 17. Doença inflamatória de mama (mastite) resistente ao tratamento; 18. Abortamento em evolução ou retido; 19. Salpingite e ooforites agudas; 20. Parametrite e celulite pélvica agudas; 21. Doenças inflamatórias agudas do útero e anexos; 22. Prolapso genital; 23. Fístulas do trato genital feminino; 24. Displasias uterinas e da vagina; 25. Gravidez ectópica; 26. Gravidez; 27. Câncer ginecológico e de mama.

Grupo XI: Doenças da Pele e Subcutâneo

1. Eczema; 2. Dermatites e dermatoses crônicas; 3. Pênfigos; 4. Dermatite herpetiforme; 5. Eritema nodoso; 6. Acne interno ou com repercussão estética; 7. Sicose e pseudofoliculite da barba; 8. Afecção hipertróficas e atróficas da pele (queloide, cicatrizes, calosidades); 9. Desidroses (recidivantes quando Acompanhadas de lesões que perturbem a marcha e a utilização das mãos); 10. alopecia arata; 11. Úlcera da pele; 12. Vitiligo; 13. Nevus que comprometem a estética e tatuagens; 14. Psoríase e para-psoríase; 15. Líquen mixedematoso e escleroatrófico; 16. Hanseníase; 17. Genodermatoses doenças da pele (ictiose, epidermolises bolhosas, xeroderma pigmentoso etc.); 18. Outras doenças da pele e do subcutâneo prejuízo funcional ou estético.

Grupo XII: Doenças dos Ossos e dos Órgãos da



Locomoção

1. Osteoartrites (artroses); 2. Espondiloartroses; 3. Artrite reumatoide; 4. Osteomielite e periostites crônicas; 5. Osteíte deformante; 6. Lúpus eritematoso sistêmico; 7. Polimiosites; 8. Esclerodermia; 9. Espondilite anquilosante e outras espondiloartropatias; 10. Febre reumática; 11. Pseudoartrose e outras doenças das articulações (luxações irreduzíveis ou recidivantes); 12. Joanetes; 13. Tendinite; 14. Bursite (acarretando impotência funcional do membro); 15. Doenças dos músculos, tendões, aponeurose, incompatíveis com a função Bombeiro Militar; 16. Miastenia grave; 17. Desvio da coluna vertebral; 18. Pé valgo e varo; 19. Pé plano; 20. Pé torto e outras deformidades dos ossos e articulações; 21. Luxações recidivantes de ombro; 22. Sequelas de lesões meniscais e ligamentos do joelho; 23. Genu varo; 24. Genu valgo; 25. Amputações totais ou parciais de segmentos.

Grupo XIII: Doenças do Sistema Nervoso

1. Epilepsia; 2. Sequelas de afecção do sistema nervoso central (afasias, dispraxias, ataxias, hidrocefalias); 3. Lombociatalgias por hérnias discais ou outras causas; 4. Quadros dolorosos; 5. Outras doenças neurológicas que levem a prejuízos funcionais, incompatíveis com a atividade Bombeiro Militar.

Grupo XIV: Doenças Oftalmológicas

1. Estrabismo manifestos ou latentes; 2. Ptoses, hiperemias conjuntivas, tumorações ou anomalias ciliares que comprometem a estética; 3. Cicatrizes ou não, inclusive aquelas de cirurgia refrativa; 4. Patologias degenerativas, distróficas ou infecciosas; 5. Vícios de refração de caráter evolutivo; 6. Daltonismo absoluto (discromatopsia); 7. Cataratas congênitas; 8. Lentes intraocular.

Grupo XV: Doenças e Alterações Odontológicas

Não apresentar: 1. Cárie; 2. Restos radiculares; 3. Evidências de foco séptico de origem dentária ou bucal; 4. Alterações de tecidos moles que não regridam espontaneamente e que necessitem de tratamento; 5. Alterações de disfunção severa da articulação temporal e discrepâncias quanto a harmonia dos terços faciais (prognatismo, retrognatismo, protusão ou retrusão da maxila etc.); 6. Doença periodontal em estado avançado; 7. Falhas dentárias e má oclusão que impeçam a correta mastigação e boa dicção; 8. Tratamentos mal realizados (endodontia inadequada, próteses mal adaptadas, próteses provisórias, como trabalho definitivo etc.); 9. Falhas dentárias sem o

uso do aparelho protético definitivo; 10. Má formação congênita labial, palatina ou mandibular não tratadas; 11. lesões consideradas malignas ou pré-malignas; 12. Má higiene oral com alto índice de placa bacteriana; 13. Paralisia do nervo facial de caráter permanente, fraturas não consolidadas, sequelas deformantes.

Tolerâncias Odontológicas Admitidas: 1. Próteses total ou removível (tipo Roach), desde que se total apresentar estabilidade funcional e removível apresentar os dentes suportes hígidos ou adequadamente restaurado; 2. Próteses fixa, coroa sobre raízes sem periapicopatias ou periodontopatias e próteses sobre implantes osseointegrados sem perimplantites; 3. Aparelhos ortodônticos; 4. Más oclusões em classe I, II e III (Angle), desde que discreta.

Grupo XVI: Alterações (Traços) de Personalidade Incompatíveis com a Atividade Bombeiro Militar

1. Descontrole emocional; 2. Descontrole de agressividade; 3. Descontrole de impulsividade; 4. Alterações acentuadas de afetividade; 5. Oposicionismo a normas sociais e a figuras de autoridade; 6. Dificuldade acentuada para estabelecer contato interpessoal; 7. Funcionamento intelectual abaixo da média, associado a prejuízo no comportamento adaptativo e desempenho deficitário de acordo com a idade e grupamento social; 8. Distúrbio acentuado da energia vital de forma a comprometer a capacidade para ação com depressão acentuada; 9. Instabilidade de conduta com indicador de conflito intrapsíquico que possa refletir um comportamento inconstante e imprevisível; 10. Quadros de excitabilidade elevada ou de ansiedade generalizada; 11. Inibição acentuada com indicadores de bloqueio na ação; 12. Tremor persistente em teste gráfico; 13. Qualquer traço de personalidade inapropriada de acordo com o perfil profissional gráfico adotado pelo CBMGO.

Teste de Acuidade Visual:

1. Visão igual ou superior a 80% em cada olho separadamente, desde que com a correção atinja 100% em cada olho, para os candidatos ao Quadro de Oficiais de Comando; 2. para os Quadros dos Oficiais de Saúde e Especialistas, a visão deverá ser 80% com ou sem correção, e que obedeça às normas das doenças incapacitantes; 3. Medida da acuidade visual: Obedecerá os seguintes critérios:

Escala de Wecker

- à distância do candidato aos optótipos de 5 metros;
- usar tabelas de optótipos com iluminação



externa;

c) o tamanho do optótipos para a acuidade visual igual a 1.0 é de 7,25 mm, os demais aumentam proporcionalmente;

d) a iluminação do ambiente deverá ser de intensidade média, evitando-se os extremos (muito claro ou muito escuro); o candidato deverá estar colocado de costas para a janela a fim de evitar a incidência direta da luz ou reflexos externos sobre os olhos;

e) o candidato, ao chegar vindo do sol ou ambiente

escuro deverá permanecer por 15 minutos, no mínimo, num ambiente de intensidade luminosa semelhante à do local do exame; e

f) exame de senso cromático pelo teste próprio.

Observação: para bombeiros militares da ativa candidatos a cursos que apresentem distúrbios de acuidade visual e que seja necessária correção, poderá haver tolerância a critério da Junta Central de Saúde.



Anexo 5

Modelo de Laudo Médico Pericial

1 – Identificação:

1.1 – Nome do militar:

1.2 – Posto/Graduação:

1.3 – RG:

1.4 – OBM:

2 – Exame clínico:

2.1 – História de doença atual:

2.2 – Inquérito sintomatológico:

2.3 – Antecedentes pessoais fisiológicos:

2.4 – Antecedentes pessoais patológicos:

2.5 – Antecedentes familiares:

2.6 – Hábitos de vida:

2.7 – Condições socioeconômicas e culturais:

2.8 – Exame físico:

2.9 – Exame psíquico:

2.10 – Exames complementares:

2.11 – Diagnóstico:

3 – Parecer médico – pericial:

Local e data.

Presidente da Junta de Seleção

1º Membro da JS

2º Membro da JS



Anexo 6

Modelo de Formulário Reservado

(Formulário a ser preenchido pelo Comandante/Chefe da OBM ao encaminhar o militar à Junta Central de Saúde, a qual não o atenderá sem este documento lacrado ou via fax)

Nome:

RG:

Data de inclusão:

Posto/Graduação:

OBM:

1) – Está sob licença? () Sim () Não

2) – Em caso afirmativo, o que está fazendo?

() Trabalhando

() Repouso em casa

() Ingere bebida alcoólica

() Outros:

3) – Este Bombeiro Militar é:

() Nervoso

() Indisciplinado

() Mudou de comportamento

() Outros:

4) – Outras informações necessárias:

Local e data.

Comandante/Chefe da OBM



Anexo 7

Modelo de Laudo Médico para Seleção de Pessoal, Identificação e Declaração do Candidato

1 – Identificação:

Nome: _____ RG: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Naturalidade: _____ Estado civil: _____

Profissões anteriores: _____

Filiação – Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____

CEP: _____ Telefone: _____

2 – Questionário:

1 – Teve ou tem alguma doença? () Não () Sim – especificar:

a) já esteve internado? () Não () Sim – especificar onde, clínica ou hospital:

b) Fez ou faz algum tipo de tratamento? () Não () Sim – especificar:

2 – Usou ou usa algum medicamento regularmente? () Não () Sim – especificar:

3 – Sofreu ou sofre algum problema de audição ou visão? () Não () Sim – especificar:

4 – Já foi submetido a alguma cirurgia? () Não () Sim – especificar:

5 – Já foi submetido a cirurgia oftalmológica? () Não () Sim – especificar:

6 – Tem dor no estômago? () Não () Sim

7 – Já fez outro tipo de tratamento oftalmológico? () Não () Sim – especificar:

8 – Sofreu ou sofre problemas alérgicos, asma, bronquite? () Não () Sim – especificar:

9 – Teve ou tem zumbidos, tonteiras? () Não () Sim – especificar:

10 – Usou arma de fogo ou trabalhou ou esteve exposto a ambiente com alto nível de ruído? () Não () Sim – especificar:

11 – Sofreu ou sofre problemas neurológicos, psiquiátricos, convulsões ou desmaios? () Não () Sim – especificar:

12 – Já esteve internado em alguma clínica psiquiátrica? () Não () Sim – especificar:

13 – Teve ou tem algum vício? (álcool, drogas, tabaco, outros) () Não () Sim – especificar:

14. Já se candidatou à inclusão no CBMGO em ocasião anterior? () Não () Sim – especificar quando e onde foi eliminado e em qual exame:



15 – Já trabalhou anteriormente no CBMGO? () Não () Sim – especificar quando, onde e por que saiu:

16 – Existe alguma doença na família? () Não () Sim – especificar:

17 – Existe caso de alcoolismo na sua família? () Não () Sim – especificar grau de parentesco:

18 – Você já teve problema de coração, dor no peito ou desmaio? () Não () Sim – especificar:

19 – Você já sentiu algum problema físico ou impediu de praticar atividade física (dor no peito, dor nas costas, entre outros)? () Não () Sim – especificar:

Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras, responsabilizando-me pelas consequências legais por declarações falsas ou omissões de dados que dizem respeito às perguntas acima.

Local e data.

Assinatura do Candidato

Observação: O candidato deverá assinar todas as vias do questionário.

Anexo 8

Exame para Acuidade Auditiva para Inclusão no CBMGO (Audiometria Total)

1 – Acuidade auditiva – Audiometria tonal:

A audiometria será realizada pela via aérea nas frequências de 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 e 8000 hertz (Hz) e pela via óssea nas frequências de 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz, se o limiar aéreo for maior que 250 dB.

2 – Critérios de inclusão:

2.1 – Limiar auditivo de até 25 decibéis (dB) nas frequências 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 e 8000 Hz.

2.2 – Determinação dos Índices de Reconhecimento da Fala – IRF, atingindo 88% a 100% em ambos os ouvidos.



Anexo 9

Modelo para Laudo de Perícia Psicopatológica

1 – Identificação:

a) Nome:

b) Posto/Graduação:

c) RG:

d) OBM:

2 – Motivo de encaminhamento para a perícia psicopatológica:

3 – Anamnese:

a) Queixa principal/motivo do encaminhamento:

b) HDA:

c) IS:

d) Antecedentes pessoais fisiológicos:

e) Antecedentes pessoais patológicos (incluindo os psiquiátricos):

f) Hábitos de vida:

g) Condições socioeconômicas e culturais:

4 – Exame físico:

5 – Exame neurológico sucinto:

6 – Exame psíquico detalhado:

7 – Avaliação psicológica:

8 – Hipótese diagnóstica:

9 – Parecer:

Local e data.

Psiquiatra

Psiquiatra

Psicólogo



Anexo 10

Avaliação da Incapacidade Decorrente de Doenças Especificadas no art. 186 da Lei n. 8.112/90, e na Lei n. 7.713/88

1 – Finalidade: esta avaliação tem por finalidade conceituar as doenças especificadas nos diplomas legais e padronizar os procedimentos da Junta Central de Saúde Bombeiro Militar, para uniformizar os pareceres por estas exarados.

2 – Doenças Especificadas em Lei:

1. Alienação Mental:

Considerações iniciais:

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

1.2 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar deverá identificar no quadro clínico de alienação mental os seguintes elementos:

a) transtorno intelectual: atinge as funções mentais em conjunto e não apenas algumas delas;

b) falta de autoconsciência: o paciente ignora o caráter patológico do transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;

c) inadaptabilidade: o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do paciente em relação às regras que disciplinam a vida normal em sociedade;

d) ausência de utilidade: a perda da adaptabilidade redundando em prejuízo para o paciente e para a sociedade (Beca Soto).

1.3 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar poderá identificar alienação mental no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, no estágio evolutivo, esteja satisfeita todas as condições abaixo discriminadas:

a) seja enfermidade mental;

b) seja grave persistente;

c) seja refratária aos meios habituais de tratamento;

d) provoque alteração completa ou considerável da personalidade;

e) comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, com destruição da autodeterminação e do pragmatismo;

f) torne o paciente total e permanentemente inválido para qualquer trabalho;

g) haja nexos sintomático entre o quadro psíquico e a personalidade do paciente.

1.4 – São considerados meios habituais de tratamento:

a) psicoterapia;

b) psicofarmacoterapia;

c) terapêutica biológica (eletroconvulsoterapia etc.).

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

Quadros Clínicos que Cursam com a Alienação Mental:

1.6 – São necessariamente casos de Alienação Mental:

a) estados de demência (senil, pré-senil, arterioesclerótica, luética, coreica, doença de Alzheimer e outras formas bem definidas);

b) psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;

c) paranoia e a parafrenia nos estados crônicos;

d) oligofrenias graves.

1.7 – São excepcionalmente considerados casos de Alienação Mental:

a) psicoses afetivas, mono ou bipolar, quando comprovadamente crônicas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada



frequência de repetição fásica, ou, ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível de personalidade;

b) psicoses epilépticas, quando caracterizadamente cronicadas e resistentes à terapêutica, ou quando apresentarem elevada frequência de surtos psicóticos;

c) psicoses pós-traumáticas e outras psicoses orgânicas, quando caracterizadamente cronicadas e refratárias ao tratamento, ou quando configurarem um quadro irreversível de demência.

1.8 – Não são casos de alienação mental:

a) transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos;

b) transtornos sexuais;

c) alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica;

d) oligofrenias leves e moderadas;

e) psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao “stress”);

f) psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis).

1.9 – Os casos excepcionalmente graves e persistentes de estados psicopatológicos, citados nas letras “a” e “b” do item anterior, podem, entretanto, causar invalidez.

1.10 – A Junta de Inspeção de Saúde, para maior clareza e definição imediata da situação do inspecionando, deverá fazer constar, obrigatoriamente, do laudo declaratório da invalidez do portador de alienação mental, os seguintes dados:

a) diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a classificação internacional de doenças, edição aprovada para uso no CBMGO;

b) estágio evolutivo;

c) expressão “alienação mental” entre parênteses.

1.11 – Se o laudo concluir por alienação mental deverá ser firmado em diagnóstico que não se confunda com o quadro de reação psíquica isolada, intercorrência psicorreativa e distúrbio orgânico subjacente, do qual seja simples epifenômeno.

1.12 – A simples menção do grau ou intensidade da enfermidade não esclarece a condição de “alienação mental”, se não estiver mencionado o estágio evolutivo da doença.

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

1.14 – Exemplos de laudos:

a) esquizofrenia paranoide, F.20.0 CID – Revisão 1993, estágio pré-terminal grave (alienação mental) – CERTO;

b) psicose afetiva, F.31.6 CID – Revisão 1993, estágio pré-terminal grave (alienação mental) – CERTO;

c) psicose afetiva, F.32.3 CID – Revisão 1993, forma monopolar depressiva, fase crônica irremissível. (alienação mental) – CERTO;

d) psicose afetiva (alienação mental) – ERRADO;

e) psicose pós-traumática grave, T 90.2 CID – Revisão 1993, (alienação mental) – ERRADO;

f) psicose pós-traumática, T 90.2 CID – Revisão 1993, estado de demência pós-traumática (alienação mental) – CERTO;

g) reação exógena aguda de Bonhoffer (alienação mental) – ERRADO.

1.15 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar deverá, explicitamente, fazer constar no laudo da Inspeção de Saúde a ausência de alienação mental, quando a doença do examinado determinar a invalidez, mas não se enquadrar nos parâmetros que definam alienação mental.

1.16 – Exemplos de laudos:

a) esquizofrenia paranoide, F.20.0 CID – Revisão 1993 – ERRADO;

b) esquizofrenia paranoide, F.20.0 CID – Revisão 1993, estado de defeito leve (não é alienação mental) – CERTO.

1.17 – A Junta de Inspeção de Saúde, ao concluir laudo com diagnóstico subordinado ao conceito de alienação mental, deverá encaminhar o inspecionando ao órgão competente de sua força para condução da medida legal conveniente ao caso: medida de segurança, interdição, administração provisória e outros casos, na forma prevista em Lei.



2 – Cardiopatia Grave:

Considerações iniciais:

2.1 – Para o entendimento de cardiopatia grave, torna-se necessário englobarem no conceito todas as doenças relacionadas ao coração, tanto crônicas como agudas.

2.2 – São consideradas cardiopatias graves:

a) as cardiopatias agudas, que habitualmente rápidas na evolução tornarem-se crônicas, caracterizando uma cardiopatia grave, ou as que evoluírem para o óbito, situação que, desde logo, deve ser considerada como cardiopatia grave, com todas as injunções legais;

b) as cardiopatias crônicas, quando limitarem, progressivamente, a capacidade física, funcional do coração (ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação) e profissional, não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando induzirem à morte prematura.

2.3 – A limitação da capacidade física, funcional e profissional é definida habitualmente, pela presença de uma ou mais das seguintes síndromes: insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, arritmias complexas, bem como hipoxemia e manifestações de baixo débito cerebral, secundárias a uma cardiopatia.

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

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

b) grau II: pacientes portadores de doenças cardíacas com leve limitação da atividade física. Estes pacientes sentem-se bem em repouso, porém os grandes esforços provocam fadiga, dispneia, palpitações ou angina de peito;

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

d) grau IV: pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilitam de qualquer atividade física. Estes pacientes, mesmo em

repouso, apresentam dispneia, palpitações, fadiga ou angina de peito.

2.5 – Os meios de diagnósticos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, cientificamente, são os seguintes:

a) história clínica, com dados evolutivos da doença;

b) exame clínico;

c) eletrocardiograma, em repouso;

d) eletrocardiografia dinâmica (Holter);

e) teste ergométrico;

f) ecocardiograma, em repouso;

g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;

h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;

i) cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);

j) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos;

k) cinecoronarioventriculografia.

2.6 – Nos inspecionandos portadores de doença cardíaca, não identificável com os meios de diagnósticos citados no item 2.3, deverão ser utilizados outros exames e métodos complementares, que a medicina especializada venha a exigir.

2.7 – Os achados fortuitos em exames complementares especializados não são, por si só, suficientes para o enquadramento legal de cardiopatia grave, se não estiverem vinculados aos elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença cardíaca incapacitante.

2.8 – O quadro clínico, bem como os recursos complementares, com os sinais e sintomas que permitem estabelecer o diagnóstico de cardiopatia grave, estão relacionados para as seguintes cardiopatias: cardiopatia isquêmica, cardiopatia hipertensiva, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias e cor pulmonale crônico.

2.9 – Em algumas condições, um determinado item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave



(por exemplo, fração de ejeção < 0,35), porém, na grande maioria dos casos, a princípio é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares para melhor conceituá-la.

Afecções ou doenças capazes de causar cardiopatia grave:

2.10 – Cardiopatia Isquêmica:

Caracterizada por:

1) Angina classes III e IV da NYHA e da Canadian Cardiovascular Society, apesar de responder a terapêutica;

2) Manifestações clínicas de insuficiência cardíaca;

3) Arritmias (associar com dados de ECG e Holter).

Eletrocardiograma (repouso):

1) Zona elétrica inativa (localização e magnitude);

2) Alterações isquêmicas de ST-T;

3) Distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular;

4) Hipertrofia ventricular esquerda;

5) Fibrilação atrial crônica;

6) Arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter).

Radiografia do Tórax:

1) cardiomegalia;

2) congestão venocapilar pulmonar.

Teste ergométrico:

1) Limitação da capacidade funcional (<5 MET);

2) Angina, em carga baixa (<5MET);

3) Infradesnível do segmento ST;

(a) precoce (carga baixa);

(b) acentuado (>3mm);

(c) morfologia horizontal ou descendente;

(d) múltiplas derivações.

4) Duração prolongada (> 6 min no período de

recuperação);

5) Supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio;

6) Comportamento anormal da pressão arterial diastólica (variação de PD > 30 mm Hg);

7) Insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca);

8) Sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço;

9) Arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica.

Cintilografia Miocárdica associada a Teste Ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio):

1) Defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias);

2) Dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço;

3) Hiper captação pulmonar;

4) Fração de ejeção (FE) em repouso menor ou igual a 0,35 (valor específico para o método);

5) Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%);

6) Motilidade parietal regional ou global anormal.

Cintigrafia Miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos:

1) Interpretação semelhante à definida para a cintigrafia com teste ergométrico.

Ecocardiograma (em repouso):

1) Fração de ejeção menor ou igual a 0,40 (valor específico para o método);

2) Alterações segmentares da contratilidade ventricular;

3) Dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda;

4) Complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.



Ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos:

- 1) Aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso;
- 2) Acentuação das alterações de contratilidade preexistentes;
- 3) Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%).

Eletrocardiografia Dinâmica (Holter):

- 1) Alterações isquêmicas (ST – T) associadas à dor anginosa ou aos sintomas de disfunção ventricular esquerda;
- 2) Isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração);
- 3) Arritmias ventriculares complexas;
- 4) Fibrilação atrial associada à isquemia;
- 5) Distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia.

Cinecoronarioventriculografia:

- 1) Lesão de tronco de coronária esquerda maior ou igual a 50%;
- 2) Lesões triarteriais moderadas a importantes (maior ou igual a 70% do terço proximal ou médio) e, eventualmente, do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida;
- 3) Lesões bi ou uniarteriais menor ou igual a 70%, com grande massa miocárdica em risco;
- 4) Lesões ateromatosas extensas e difusas;
- 5) Fração de ejeção menor ou igual a 0,40;
- 6) Hipertrofia ventricular esquerda e dilatação ventricular esquerda;
- 7) Áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia;
- 8) Aneurisma de ventrículo esquerdo;
- 9) Complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular.

Fatores de risco e condições associadas:

- 1) Idade maior ou igual a 70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar;

- 2) Vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico).

Pós-infarto do miocárdio:

- 1) Disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia);
- 2) Isquemia à distância (em outra área que não a do infarto);
- 3) Arritmias ventriculares complexas;
- 4) Idade avançada;
- 5) Condições associadas.

2.11 – Cardiopatia hipertensiva – a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) hipertensão essencial ou hipertensão secundária;
- b) hipertrofia ventricular esquerda detectada pelo ECG ou ecocardiograma que não regride com o tratamento;
- c) disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção menor ou igual a 0,40;
- d) arritmias supraventriculares e ventriculares relacionadas à hipertensão arterial;
- e) cardiopatia isquêmica associada.

Miocardopatias:

2.12 – Miocardopatias Hipertroóficas – a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história familiar de morte súbita;
- b) paciente sintomático, especialmente história de síncope, angina, insuficiência cardíaca e embolia sistêmica;
- c) diagnóstico na infância (baixa idade);
- d) hipertrofia moderada ou severa, com alterações isquêmicas de ST – T;
- e) cardiomegalia;
- f) disfunção ventricular esquerda sistólica e/ou diastólica;
- g) fibrilação atrial;



h) síndrome de Wolff – Parkinson – White;

i) arritmias ventriculares complexas;

j) regurgitação mitral importante;

k) doença arterial coronária associada;

l) forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50 mm Hg.

2.13 – Miocardiopatias Dilatadas – com as seguintes características:

a) histórias de fenômenos tromboembólicos;

b) cardiomegalia importante;

c) ritmo de galope (B3);

d) insuficiência cardíaca de classe funcional III e IV;

e) fração de ejeção menor ou igual a 0.30;

f) fibrilação atrial;

g) arritmias ventriculares complexas;

h) distúrbios da condução intraventricular.

2.14 – Miocardiopatia Restritiva (endomiocardiofibrose, fibroelastose) – a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

a) história de fenômenos tromboembólicos;

b) cardiomegalia;

c) insuficiência cardíaca de classe funcional III e IV;

d) envolvimento do ventrículo direito ou biventricular;

e) fibrose acentuada;

f) regurgitação mitral e/ou tricúspide importante.

2.15 – Cardiopatia Chagásica Crônica – a gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

a) história de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos;

b) cardiomegalia acentuada;

c) insuficiência cardíaca de classe funcional III e IV;

d) fibrilação atrial;

e) arritmias ventriculares complexas;

f) bloqueio bi ou trifascicular sintomático;

g) bloqueio atrioventricular de grau avançado.

2.16 – Arritmias cardíacas – constituem características de maior gravidade:

a) disfunção do nó sinusal, sintomática, com comprovada correlação sintomas/arritmia, e, especialmente, em presença de síndrome braditaquiarritmia;

b) bradiarritmias:

1) bloqueio atrioventricular (BAV) de 2º grau, tipo II, ou BAV avançado;

2) bloqueio atrioventricular total:

(a) sintomático;

(b) com resposta cronotrópica inadequada ao esforço;

(c) com cardiomegalia progressiva;

(d) com insuficiência cardíaca.

3) fibrilação atrial com resposta ventricular baixa;

4) bloqueios de ramo (direito ou esquerdo), permanentes ou alternantes, sintomáticos (claudicação cerebral ou insuficiência cardíaca).

c) taquiarritmias:

1) taquicardias ventriculares sintomáticas (claudicação cerebral e/ou comprometimento hemodinâmico) de qualquer etiologia;

2) taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos trombo-embólicos), de qualquer etiologia e desencadeadas por qualquer mecanismo.

d) síndrome de pré-excitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos;

e) portadores de marcapasso cardíaco definitivo (anti-bradi ou antitaquicardia), cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.



2.17 – Cor Pulmonale Crônico – constituem características de maior gravidade:

a) quadro clínico:

- 1) manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);
- 2) insuficiência cardíaca direita;
- 3) dores anginosas;
- 4) crises sincopais;
- 5) hiperfonese canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar;
- 6) galope ventricular direito (B3) – PO₂ < 60 mm Hg; PCO₂ > 50 mm Hg.

b) eletrocardiograma:

- 1) sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas.

c) ecocardiografia:

- 1) hipertrofia ventricular direita com disfunção diastólica e/ou sistólica;
 - 2) grande dilatação do átrio direito;
 - 3) pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, maior ou igual a 60 mm Hg;
 - 4) insuficiência tricúspide importante;
 - 5) inversão do fluxo venoso na sístole atrial.
- d) estudos hemodinâmicos:
- 1) dilatação do tronco da artéria pulmonar;
 - 2) dilatação do ventrículo direito;
 - 3) dilatação do átrio direito;
 - 4) pressão na artéria pulmonar maior ou igual a 60 mm Hg;
 - 5) pressão no átrio direito maior ou igual a 15 mm Hg;
 - 6) insuficiência pulmonar;
 - 7) insuficiência tricúspide.

2.18 Cardiopatias Congênitas – caracterizam-se como graves as cardiopatias congênitas que

apresentam:

a) do ponto de vista clínico:

- 1) crises hipoxêmicas;
- 2) insuficiência cardíaca (classes III e IV);
- 3) hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica;
- 4) arritmias de difícil controle e potencialmente malignas.

b) do ponto de vista anatômico:

- 1) doença arterial pulmonar;
- 2) necrose miocárdica, por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias;
- 3) drenagem anômala total infracardiaca ou origem das artérias coronárias;
- 4) drenagem anômala total infracardiaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas;
- 5) hipotrofia ventricular direita;
- 6) agenesias valvares (pulmonar e aórtica);
- 7) hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral;
- 8) hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;
- 9) estenose mitral;
- 10) transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações;
- 11) ventrículo s únicos com atresias valvares;
- 12) ectopias cardíacas com alterações múltiplas;
- 13) cardiopatias complexas.

Valvulopatias:

2.19 – Insuficiência Mitral – caracterizada por:

a) quadro clínico:

- 1) insuficiência cardíaca de classes funcionais III e IV;
- 2) frêmito sistólico palpável na região da ponta;



3) primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética no foco mitral;

4) sopro holossistólico, no foco mitral, de intensidade > 3/6, com irradiação em faixa ou círculo;

5) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar;

6) desdobramento amplo e constante da segunda bulha, no foco pulmonar.

b) eletrocardiograma:

1) sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerda;

2) fibrilação atrial.

c) estudo radiológico:

1) aumento acentuado da área com predominância das cavidades esquerdas;

2) sinais de congestão venocapilar pulmonar;

3) sinais de hipertensão pulmonar.

d) ecocardiograma:

1) presença de jato regurgitante de grande magnitude;

2) comprometimento progressivo da função ventricular sistólica;

3) aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo;

4) inversão do fluxo sistólico em veia pulmonar;

5) sinais de hipertensão pulmonar.

e) hemodinâmica e angiografia:

1) onda “v” com valor maior ou igual a 3 vezes em relação à média do capilar pulmonar;

2) opacificação do átrio esquerdo igual ou superior que a do ventrículo esquerdo: graus III e IV da classificação de Sellers;

3) fração de regurgitação maior ou igual a 60% (FR = volume de regurgitação/volume sistólico total).

2.20 – Estenose Mitral – caracterizada por:

a) quadro clínico:

1) história de comissurotomia mitral prévia;

2) fenômeno tromboembólicos;

3) insuficiência cardíaca de classes funcionais III e IV;

4) episódios de edema pulmonar agudo;

5) escarros hemópticos;

6) fibrilação atrial;

7) estalido de abertura da valva mitral precoce;

8) impulsão sistólica de ventrículo direito;

9) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar;

10) sinais de insuficiência tricúspide.

b) eletrocardiograma:

1) fibrilação atrial;

2) sinais de sobrecarga de câmaras direitas.

c) estudo radiográfico:

1) inversão do padrão vascular pulmonar;

2) sinais de hipertensão venocapilar pulmonar;

3) sinais de hipertensão arteriolar pulmonar.

d) ecocardiograma:

1) área valvar < 1,0 cm²;

2) tempo de ½ pressão > 200 ms;

3) gradiente transvalvar mitral médio > 15 mm Hg;

4) sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 50 mm Hg);

5) presença de trombo, no átrio esquerdo.

e) hemodinâmica:

1) área valvar < 1,0 cm²;

2) gradiente diastólico mitral médio > 15 mm Hg;

3) pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo > 20 mm Hg;

4) pressão sistólica de artéria pulmonar > 50 mm Hg.

2.21 – Insuficiência Aórtica – caracterizada por:



a) quadro clínico:

- 1) insuficiência cardíaca de classes funcionais III e IV;
- 2) manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotimia, síncope);
- 3) síndrome de Marfan associada;
- 4) presença de galope ventricular (B3);
- 5) sopro de Austin-Flint, na ponta;
- 6) ictus hipercinético deslocado externamente;
- 7) pressão diastólica próxima a zero;
- 8) queda progressiva da pressão arterial sistólica.

b) eletrocardiograma:

- 1) sinais de sobrecarga ventricular esquerda, com onda T negativa, em precordiais esquerdas;
- 2) sinais de sobrecarga atrial esquerda;
- 3) fibrilhação atrial.

c) estudo radiográfico:

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

d) ecocardiograma:

- 1) jato regurgitante Ao/VE largo e extenso;
- 2) fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente;
- 3) abertura valvar mitral ocorrendo somente com a sístole atrial;
- 4) piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda;
- 5) queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço.

e) medicina nuclear associada a teste ergométrico:

- 1) comportamento anormal da fração de ejeção.

f) hemodinâmica e angiografia:

- 1) baixa pressão diastólica da aorta tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoventriculares;
- 2) pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (maior ou igual a 20 mm Hg);
- 3) opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (graus III e IV de Sellers);
- 4) fração de regurgitação igual ou maior do que 60%.

2.22 – Estenose Aórtica – caracterizada por:

a) quadro clínico:

- 1) sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotimia, síncope);
- 2) angina de peito;
- 3) presença de terceira bulha;
- 4) insuficiência cardíaca;
- 5) pressão arterial diferencial reduzida;
- 6) pico tardio de intensidade máxima do sopro;
- 7) desdobramento paradoxal da segunda bulha;
- 8) fibrilhação atrial.

b) eletrocardiograma:

- 1) sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnívelamento de ST e onda negativa em precordiais esquerdas;
- 2) sobrecarga atrial esquerda;
- 3) fibrilhação atrial;
- 4) arritmias ventriculares;
- 5) bloqueio atrioventricular total.

c) ecocardiograma:

- 1) área valvar menor ou igual a 0,75 cm²;
- 2) gradiente médio de pressão transvalvar aórtica maior ou igual a 50 mm Hg;
- 3) gradiente máximo maior ou igual a 70 mm Hg;



4) sinais de hipocinesia ventricular esquerda.

d) hemodinâmica:

1) área valvar igual ou menor a 0,75 cm²;

2) hipocinesia ventricular esquerda;

3) coronariopatia associada.

2.23 – Prolapso Valvar Mitral – caracterizado por:

a) história familiar de morte súbita;

b) história de síncope;

c) fenômeno tromboembólicos;

d) síndrome de Marfan associada;

e) arritmias ventriculares complexas;

f) fibrilação atrial;

g) disfunção ventricular esquerda;

h) regurgitação mitral importante;

i) prolapso valvar tricúspide associado;

j) cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas);

k) rotura de cordoalhas tendíneas.

Tumores Cardíacos:

2.24 – Tumores Malignos – deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento de neoplasia maligna.

2.25 – Tumores benignos com alterações funcionais irreversíveis.

2.26 – A ausência de um ou outro aspecto que caracterizam a patologia não afasta o diagnóstico de cardiopatia grave desde que seja identificada a doença pelas características que se fizerem evidentes e que sejam mais marcantes.

2.27 – Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos graus III ou IV da avaliação funcional descrita no item 2.3 desta norma serão considerados como portadores de cardiopatia grave pela Junta Central de Saúde Bombeiro Militar.

2.28 – Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos graus I e II, da avaliação funcional do item 2.3 desta norma, e que

puderem desempenhar tarefas compatíveis com a eficiência funcional, somente serão considerados incapazes por cardiopatia grave, quando, fazendo uso de terapêutica específica e depois de esgotados todos os recursos terapêuticos, houver progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico evolutivo e de exames subsidiários.

2.29 – A idade do paciente, atividade profissional e a incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de lesões citadas no item 2.26.

2.30 – Os portadores de lesões cardíacas susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, serão reavaliados após a cirurgia e incapacitados, se enquadrados nos itens 2.25 e/ou 2.26 desta norma.

2.31 – Os portadores de hipertensão arterial secundária, passível de tratamento cirúrgico, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão a capacidade funcional avaliada após o tratamento da doença hipertensiva.

2.32 – Os portadores de valvulopatias susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão a capacidade funcional reavaliada, após a correção, salvo se as alterações cardiovasculares, pela longa evolução ou gravidade, sejam consideradas irreversíveis ou comprometedoras da atividade funcional.

2.33 – As arritmias graves, comprovadas eletrocardiograficamente, resistentes ao tratamento ou cursando com episódios tromboembólicos, serão consideradas como cardiopatia grave, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de alterações cardiovasculares.

2.34 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar somente enquadrará o paciente como portador de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão da condição patogênica, podendo aguardar o tratamento especializado por 24 meses.

2.35 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar poderá fazer o enquadramento de Cardiopatia Grave, dispensando o prazo de observação e tratamento, citado no item 2.32 desta norma, nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com mau prognóstico a curto prazo.

2.36 – O prazo de observação e tratamento, citado



no item 2.32, poderá ser dispensado para os pacientes 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), pacientes já submetidos à revascularização cardíaca e nos pós-infartados.

2.37 – O laudo da Junta Central de Saúde Bombeiro Militar deverá conter, obrigatoriamente, os diagnósticos: etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), e a afirmação ou negação de cardiopatia grave, para o enquadramento legal da lesão incapacitante.

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

3 – Cegueira:

Considerações iniciais:

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

3.2 – São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

a) os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nesta norma, não susceptíveis de correção óptica, nem capazes de serem beneficiados por tratamento médico-cirúrgico;

b) os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), comprovados por campimetria, independente do grau de acuidade visual central, que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do paciente, exigindo a ajuda de terceiros.

3.3 – Graus de perda parcial da visão equivalente à cegueira:

a) Grau I – quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/70 na escala de Snellen, e a mínima igual ou superior a 20/700 Snellen; bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de Snellen;

b) Grau II – quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/200 Snellen, e a mínima

for igual ou superior a 20/400 Snellen;

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

d) Grau IV – quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos, e com melhor correção óptica possível, for inferior a 20/20.000 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 01 (um) metro e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

3.4 – 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:

3.5 – Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, a Junta de Inspeção de Saúde adotará as escalas Snellen e decimal na avaliação da acuidade visual para longe; e a escala Jaeger na avaliação da acuidade visual para perto.

3.6 – Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para longe:

Snellen decimal % de visão:

– 20/20 1,0 100

– 20/22 0,9 98,0

– 20/25 0,8 95,5

– 20/29 0,7 92,5

– 20/23 0,6 88,5

– 20/40 0,5 84,5

– 20/50 0,4 76,5

– 20/67 0,3 67,5

– 20/100 0,2 49,0

– 20/200 0,1 20,0

– 20/400 0,05 10,0

3.7 – Equivalência das escalas usadas na avaliação da acuidade visual para perto:

Jaeger 1 2 3 4 6 7 8 10 11 14



% de visão 100 100 90 80 50 40 30 20 15 5

3.8 – Após a avaliação da acuidade visual de cada olho em separado, sendo dado o peso 3 ao percentual de visão do olho melhor e peso 1 ao percentual de visão do olho pior, saberemos a Eficiência Visual Binocular (EVB) somando os valores percentuais multiplicados pelos pesos e dividindo-os por 4. Assim, se a eficiência de OD = 90% e de OE = 30%, teremos: $EVB = \frac{(3 \times 90 + 1 \times 30)}{4} = 75\%$.

3.9 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar concluirá pela incapacidade definitiva dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.

3.10 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirá pela incapacidade definitiva, por cegueira, dos inspecionandos que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, em qualquer dos graus descritos no item 3.3, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

3.11 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar, ao emitir laudo de invalidez de portador de afecção que o inclua no grau de diminuição da acuidade visual descritos no item 3.3, deverá escrever entre parênteses, ao lado do diagnóstico, a expressão “equivalente à cegueira”.

4 – Espondilite Anquilosante:

Considerações iniciais:

4.1 – Espondilite anquilosante, inadequadamente denominada de espondiloartrose Anquilosante nos textos legais, é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta principalmente as articulações sacroilíacas, interapofisárias e costovertebrais, os discos intervertebrais e o tecido conjuntivo frouxo que circunda os corpos vertebrais, entre estes e os ligamentos da coluna. O processo geralmente se inicia pelas sacroilíacas e, ascensionalmente, atinge a coluna vertebral. Há grande tendência para a ossificação dos tecidos inflamados resultando rigidez progressiva da coluna. As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

4.2 – Entende-se por anquilose ou ancilose a

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

4.3 – Dentre as denominações comumente dadas a espondilite anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, espondilite ossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veu-Bechterew, espondilite reumatoide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelvispondilite anquilosante, apesar de a Escola Francesa utilizar a designação de pelvispondilite reumática.

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

4.5 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar procederá ao enquadramento legal os portadores de espondilite anquilosante, pela incapacidade total e permanente acarretada por essa doença.

4.6 – Ao firmar laudo, a Junta de Inspeção de Saúde deverá fazer constar:

a) o diagnóstico nosológico;

b) a citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral;

c) a citação dos segmentos da coluna vertebral atingidos.

4.7 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar fará o enquadramento legal, equiparado ao da espondiloartrose anquilosante, aos portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo à mobilidade da coluna vertebral.

4.8 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar acrescentará, entre parênteses, a expressão “equivalente a espondilite anquilosante”, ao concluir o laudo do portador de afecções da coluna vertebral que, por grave comprometimento e extensa imobilidade, tornar-se total e permanentemente incapacitado para qualquer trabalho.

4.9 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar,



além dos elementos clínicos de que disponham e dos pareceres da Medicina especializada, deverão obrigatoriamente ter os seguintes exames subsidiários elucidativos:

- a) comprovação radiológica de anquilose ou do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas);
- b) cintilografia óssea;
- c) teste sorológico específico HLA – B27;
- d) tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

5 – Estados Avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante)

Considerações iniciais:

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

5.2 – A evolução da doença, que pode acompanhar-se de sintomatologia dolorosa e fraturas espontâneas, processa-se em duas fases:

a) fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido ósseo ricamente vascularizado, na qual são comuns fraturas com consolidação rápida;

b) fase de relativa inatividade, com formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado, na qual as fraturas têm retardo de consolidação.

5.3 – Os estados avançados da doença de Paget apresentam as seguintes características:

a) lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteo-artrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas);

b) complicações neurológicas e sensoriais: surdez, perturbações olfativas e neuralgias;

c) complicações cardiovasculares: insuficiênciacardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

5.4 – As formas localizadas da doença de Paget, assintomáticas, detectadas em exames

radiológicos de rotina, ou oligossintomáticas, não serão legalmente enquadradas nessa afecção.

5.5 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar enquadrará em incapacidade definitiva por estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante) o inspecionando que apresentar as formas extensas da doença de acordo com o item 13.3 desta norma.

5.6 – 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.

5.7 – Ao firmar o diagnóstico, a Junta de Inspeção de Saúde deverá registrar a extensão da deformidade e parte óssea atingida, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e o exame subsidiários que comprove o diagnóstico.

5.8 – Exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

- a) exame radiológico;
- b) dosagem da fosfatase alcalina;
- c) dosagem da hidroxiprolina urinária nas 24 horas.

6 – Hanseníase:

Considerações iniciais:

6.1 – A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), de curso crônico, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

6.2 – Fica proscriita a sinonímia “lepra” nos documentos oficiais do Órgão de Saúde da Corporação.

Classificação:

6.3 – A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

a) Paucibacilares (PB) – Baciloscopia negativa

1) Tuberculoide (T);

2) Indeterminada (I) – Mitsuda positiva.

b) Multibacilares (MB) – Baciloscopia positiva

1) Virchowiana (V);



2) Dimorfa (D);

3) Indeterminada (I) – Mitsuda negativa.

6.4 – O teste de Mitsuda é recomendado para agrupar as formas clínicas I em PB ou MB. A forma clínica I com Mitsuda negativa é potencialmente MB.

6.5 – Principais características das formas clínicas de hanseníase:

6.6 – Hanseníase Tuberculoide (T): apresenta lesões tórpidas ou reacionais anestésicas ou hipoestésicas, circunscritas, acompanhadas de anidrose ou hipoidrose e alopecia com acentuada estabilidade dentro do tipo.

6.7 – Lesões tórpidas:

a) reação de Mitsuda sempre positiva;

b) o exame bacterioscópico revela ausência de bacilos nas lesões e na linfa cutânea;

c) o exame histológico evidencia a presença de granuloma tipo tuberculoide de células epitelioides, linfócitos e células gigantes tipo Langhans;

d) o exame clínico identifica as lesões em pápulas e tubérculos bem delimitados, nas quais as micropápulas, numerosas ou únicas se desenvolvem em pele aparentemente normal ou sobre manchas do grupo indeterminado, ou sobre lesões tuberculoide em reação na fase involutiva. As micropápulas podem ser mais coradas que a pele normal, acastanhadas ou avermelhadas, com tendência a coalescerem. Podem apresentar descamação pteriônica. Da erupção de novas pápulas resultam hanseníades figuradas ou marginadas, anulares, ovais elípticas, bem delimitadas, de centro claro e bordas elevadas. A discreta atrofia na área central indica a progressão centrífuga da hanseníade. São frequentes as neurites (mononeurites), podendo aparecer lesões cutâneas e espessamento dos nervos.

6.8 – Lesões reacionais:

a) reação de Mitsuda positiva;

b) o exame bacterioscópico pode ser positivo;

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

d) o exame clínico mostra placas eritemato-violáceas edematosas, escamosas, elevadas, com contornos nítidos, de localização palmoplantar, periorifical da face e occipital, ou tomam as

extremidades dos membros à maneira de bota ou luva. As lesões geralmente são polimorfas e os tubérculos e nódulos eritemato-violáceos são sugestivos do diagnóstico.

6.9 Hanseníase Virchowiana (V) – apresenta lesões da pele, mucosas, olhos, nervos periféricos (polineurites) e vísceras, sempre tendentes à difusão e expansão.

6.10 – Características principais:

a) reação de Mitsuda negativa;

b) ao exame bacteriológico: numerosos bacilos e globias nas lesões e na linfa cutânea;

c) ao exame histopatológico: infiltrado perineural, perivascular e periglandular dos histiócitos contendo bacilos, com a formação de globias (células de Virchow – degeneração lipóidica), formando a estrutura hansenomatosa patognomônica;

d) as lesões cutâneas, em geral anestésicas, consistem em: eritema e infiltração difusa, máculas eritemato-pigmentadas acompanhadas de tubérculos e nódulos formando hansenomas, alopecia (principalmente dos supercílios – madarose), atrofia da pele e músculos, infiltração da face com intumescimento nasal e dos pavilhões auriculares (fáceis leoninos). No comprometimento das mucosas, é precoce o aparecimento de rinite posterior e destruição do septo nasal. Podem ocorrer também lesões viscerais principalmente do fígado, baço e testículos. Os nervos mais comumente atingidos são: cubital, ciático poplíteo externo e auricular magno.

6.11 – Hanseníase indeterminada (I): assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para forma tuberculoide ou para Virchowiana. Apresenta as seguintes características:

a) reação de Mitsuda positiva ou negativa;

b) bacterioscopia das lesões e linfa negativos;

c) histologicamente apresenta infiltrados discretos de linfócitos e fibroblastos ao redor dos capilares, anexos cutâneos e terminações nervosas;

d) ao exame clínico encontram-se manchas com alteração da sensibilidade superficial, de bordas imprecisas, hipocrônicas ou ligeiramente eritematosas, acompanhadas de alopecia e distúrbios da sudorese (hipoidrose ou anidrose), isoladas, geralmente planas.



6.12 – Hanseníase Dimorfa (D): Apresenta lesões cutâneas semelhantes tanto às da forma Virchowiana quanto às da forma Tuberculoide, e que tendem, frequentemente, a evoluir para a forma Virchowiana na ausência de tratamento. Apresenta as seguintes características:

a) clinicamente, as lesões dermatológicas lembram, pelo aspecto e distribuição, as da reação tuberculoide das quais se distinguem pela imprecisão dos limites externos e pela pigmentação ocre ou ferruginosa, dando uma tonalidade fulva ou acastanhada, próprias da Hanseníase Virchowiana. As lesões, geralmente cervicais, apresentam anestesia, anidrose e alopecia e cursam com surtos eruptivos. Mãos tumbidas, cianóticas e com extremidades afiladas;

b) a bacterioscopia da pele é fortemente positiva nas lesões fulvas e menos intensa nas lesões semelhantes às da reação tuberculoide;

c) histologicamente, apresenta granulomas tuberculoides e infiltrados de células de Virchow;

d) reação de Mitsuda negativa ou fracamente positiva.

Prescrições diversas:

6.13 – Tratamento específico: será eminentemente ambulatorial, mediante esquema padrão, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (Poliqumioterapia) e aprovado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n. 814, de 22 de julho de 1993, publicada no Diário Oficial da União n. 147, de 4 de agosto de 1993, nas páginas 1167 a 1171.

6.14 – Critérios clínicos de atividades:

a) presença de eritema e/ou infiltração nas lesões;

b) aparecimento de novas lesões;

c) aumento de lesões preexistentes;

d) espessamento e/ou parestesia de nervos ou troncos nervosos previamente normais;

e) paresia ou paralisia de músculos não afetados anteriormente;

f) surgimento de novas áreas anestésicas.

6.15 – Os portadores de hanseníase indeterminada (I) realizarão tratamento sem afastamento do serviço ativo.

6.16 – Os portadores de hanseníase tuberculoide

(T) farão o tratamento sem o afastamento do serviço ativo, com exceção dos casos em que:

a) apresentarem manifestações cutâneas e/ou neurológicas incompatíveis com o desempenho das atividades militares;

b) cursarem com surtos reacionais.

6.17 – O portadores de hanseníase Virchowiana e Dimorfa fará o tratamento afastado temporariamente do serviço ativo, enquanto permanecer com as lesões em atividade ou quando evoluir com surtos reacionais.

6.18 – O portador de hanseníase, mesmo no caso de tratamento sem afastamento do serviço ativo, obrigatoriamente, será submetido à inspeção de saúde nas seguintes situações:

a) logo que firmado o diagnóstico;

b) a cada 6 meses, no máximo, durante o tratamento;

c) após o término de tratamento.

6.19 – O inspecionando já curado de hanseníase, mas que apresentar sequelas incompatíveis com o desempenho da atividade bombeiro militar, sem, contudo determinar invalidez, será incapacitado de acordo com a legislação vigente, sem o enquadramento em hanseníase.

6.20 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar fará o enquadramento da incapacidade definitiva por hanseníase do inspecionando que:

a) permanecer com sinais de atividade clínica após completar o tratamento;

b) tiver a ocorrência de atividade clínica após a alta por cura, isto é, recidiva;

c) manifestar surto reacional frequente durante o tratamento ou após a cura;

d) apresentar sequela invalidante.

6.21 – Todos os inspecionandos portadores de hanseníase, independente do julgamento da Junta de Inspeção de Saúde, permanecerão sob rigoroso controle médico e deverão submeter-se a exames periódicos, determinados pela clínica especializada.

7 – Mal de Parkinson:

Considerações iniciais:



7.1 – O mal de Parkinson (doença de Parkinson), também chamado “paralisia agitante” é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecida, resultante do comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal e caracterizado pelos seguintes sintomas:

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

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

c) oligocinesia – diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.

7.2 – A expressão Doença de Parkinson, pela maior abrangência e por melhor atender aos conceitos científicos mais modernos sobre a enfermidade, é preferida a de Mal de Parkinson, embora esta denominação se mantenha nesta norma, de conformidade com a lei.

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

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

7.5 – A Junta de Inspeção de Saúde não deverá enquadrar como incapaz definitivamente para o serviço ativo da Corporação o portador de parkinsonismo secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.

7.6 – A Junta Bombeiro Militar Saúde deverá especificar a etiologia da síndrome de Parkinson responsável pela incapacidade do inspecionando, sempre que possível.

8 – Nefropatia Grave

Considerações iniciais:

8.1 – São consideradas nefropatias graves as patologias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência renal, determinando incapacidade para o trabalho e/ou risco de vida.

8.2 – As nefropatias graves são caracterizadas por manifestações clínicas e alterações nos exames complementares.

8.3 – Manifestações clínicas:

a) ectoscópicas – palidez amarelada, edema, hemorragia cutânea e sinais de prurido;

b) cardiovasculares – pericardite sero-fibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;

c) gastrointestinais – soluço, língua saburrosa, hálito amoniacal, náuseas, vômitos, hemorragias digestórias, diarreia ou obstipação;

d) neurológicas – cefaleia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;

e) oftalmológicas – retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;

f) pulmonares – pulmão urêmico e derrame pleural;

g) urinárias – nictúria.

8.4 – Alterações nos exames complementares

a) alterações laboratoriais:

1) diminuição da filtração glomerular;

2) diminuição da capacidade renal de diluição e concentração (isostenúria);

3) aumento dos níveis sanguíneos de ureia, creatinina e ácido úrico;

4) distúrbios dos níveis de sódio, potássio, cálcio, fósforo, glicose e lipídios;

5) acidose.

b) alteração nos exames por imagem:

1) diminuição das áreas renais nas patologias crônicas ou nas isquemias agudas intensas;

2) distorções da imagem normal conseqüente de cicatrizes, cistos, hematomas, abscessos ou tumores;



3) distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos;

4) diminuição da eliminação de contrastes quando usados.

Classificação:

8.5 – Considerados os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, as nefropatias são classificadas conforme especificação abaixo:

a) insuficiência renal leve – Classe I:

- 1) filtração glomerular maior que 50 mL/min;
- 2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%.

b) insuficiência renal moderada – Classe II:

- 1) filtração glomerular entre 20 e 50 mL/min;
- 2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%.

c) insuficiência renal severa – Classe III:

- 1) filtração glomerular inferior a 20 mL/min;
- 2) creatinina sérica acima de 3,5 mg%.

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

- a) glomerulonefrite crônica consequente de depósito de imunocomplexos;
- b) glomerulonefrite crônica consequente de anticorpo antimembrana basal;
- c) vasculite;
- d) nefropatia diabética;
- e) nefropatia hipertensiva;
- f) amiloidose renal;
- g) nefropatia por irradiação;
- h) nefropatia consequente de obstrução do fluxo urinário;
- i) neoplasias (hiper nefroma, linfoma, infiltração leucêmica);
- j) necrose cortical difusa;

k) necrose medular bilateral;

l) pielonefrite crônica;

m) obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica);

n) nefrite intersticial crônica;

o) nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

8.7 – As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve, Classe I, não são enquadradas como nefropatias graves, salvo quando firmado o diagnóstico de afecção irreversível de mau prognóstico.

8.8 – As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada, Classe II, são enquadradas como nefropatias graves quando acompanhadas de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa do inspecionando.

8.9 – As nefropatias que classificadas como insuficiência renal severa, Classe III, são enquadradas como nefropatias graves.

8.10 – A Junta de Inspeção de Saúde deverá, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da afirmativa ou negativa de nefropatia grave, para fins de enquadramento legal.

9 – Neoplasia Maligna

Considerações iniciais:

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

9.2 – Prognóstico – é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia influenciado pelos seguintes fatores:

- a) grau de diferenciação celular;
- b) grau de proliferação celular;
- c) grau de invasão vascular e linfática;
- d) estadiamento clínico e/ou cirúrgico;
- e) resposta à terapêutica específica;
- f) estatísticas de morbidade e mortalidade de cada tipo de neoplasia.



Avaliação Diagnóstica e Estadiamento:

9.3 – Diagnóstico – o diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

- a) exames clínicos especializados;
- b) exames radiológicos;
- c) exames ultrassonográficos;
- d) exames endoscópicos;
- e) exames de tomografia computadorizada;
- f) exames de ressonância nuclear magnética;
- g) exames cintilográficos;
- h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- i) biópsia da lesão com estudo histopatológico;
- j) exames citológicos.

9.4 – São considerados Neoplasia Malignas as relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID).

9.5 – A Junta de Inspeção de Saúde fará o enquadramento da incapacidade definitiva (invalidez) por neoplasia maligna do inspecionando que satisfizer a uma das condições abaixo citadas:

- a) apresentar neoplasia com mau prognóstico a curto prazo;
- b) for portador de neoplasia maligna incurável;
- c) tornar-se inválido em consequência de seqüela do tratamento, mesmo quando extipada a lesão neoplásica maligna;
- d) manifestar recidiva ou metástase de neoplasia maligna.

9.6 – Será considerado portador de neoplasia maligna, durante os 5 primeiros anos de acompanhamento clínico, o inspecionando cuja doença for susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, mesmo que o estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

9.7 – Não será considerado portador de Neoplasia Maligna, o inspecionando submetido a tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico, e, após 5 anos de acompanhamento clínico e laboratorial, não apresentar evidência de atividade da neoplasia.

9.8 – A avaliação da aptidão ou incapacidade do inspecionando portador de neoplasia maligna enquadrada no item 9.6 será procedida de acordo com o estadiamento clínico e avaliação médica especializada.

9.9 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar deverá, ao firmar diagnóstico, citar o tipo anátomo-patológico da neoplasia, localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão neoplasia maligna, para fins de enquadramento legal.

9.10 – Exemplo de laudo: adenocarcinoma do pulmão esquerdo, metástase cerebral, estadiamento clínico IV, é neoplasia maligna.

9.11 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar, ao firmar o diagnóstico de inspecionando que tiver sido submetido à ressecção cirúrgica de neoplasia maligna, deverá fazer menção desse procedimento, considerando o período de 5 anos de acompanhamento clínico, citado no item 9.7.

9.12 – Exemplo de laudo: mastectomia total esquerda consequente a carcinoma ductal, estadiamento clínico I, após 5 anos de acompanhamento clínico com o estadiamento indicando bom prognóstico, sem evidência de atividade do carcinoma após este período, não é neoplasia maligna.

10 – Paralisia Irreversível e Incapacitante:

Considerações iniciais:

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

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

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



10.4 – São equiparadas às paralisias as lesões ósteo-músculo-articulares, e vasculares graves e crônicas, das quais resultem alterações extensas e definitivas das funções nervosas, da mobilidade e da troficidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

10.5 – Não se equiparam às paralisias as lesões ósteo-músculo-articulares envolvendo a coluna vertebral.

10.6 – São equiparadas às paralisias as paresias das quais resultem alterações extensas das funções nervosas e da motilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação.

Classificação das Paralisias:

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

a) paralisia isolada ou periférica – quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;

b) monoplegia – quando são atingidos todos os músculos de um só membro;

c) hemiplegia – quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;

d) paraplegia ou diplegia – quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;

e) triplegia – quando resulta da paralisia de três membros;

f) tetraplegia – quando são atingidos os membros superiores e os inferiores.

10.8 – Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes de um dos tipos descritos nas alíneas “a” até a alínea “f”, satisfeitas as condições conceituais especificadas no item 10.3 desta norma, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.

10.9 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar deverá especificar em laudos os diagnósticos etiológico e anatômico, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que tratam esta norma, o caráter definitivo e permanente da lesão.

10.10 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar deverá declarar entre parênteses, após enunciar o

diagnóstico, a expressão “equivalente à paralisia irreversível e incapacitante”, quando concluírem para invalidez dos inspecionandos portadores das lesões citadas nos itens 10.4 e 10.5 desta norma, satisfeitas todas as condições constantes desses itens.

11 – Pênfigo:

Considerações iniciais:

11.1 – Os Pênfigos compreendem um grupo de dermatoses de curso crônico, de etiologia ainda desconhecida, cujas características principais são:

a) erupção bolhosa;

b) acantólise;

c) autoimunidade.

Classificação e característica clínicas:

11.2 – Os Pênfigos, pelas características clínicas e histológicas, classificam-se em:

a) pênfigo vulgar: dermatose bolhosa, crônica, caracterizada pela presença de volumosas bolhas intra-epidérmicas, intramalpighianas, acantolíticas, suprabasais, disseminadas na pele e mucosa e acompanhada de manifestações orgânicas gerais graves;

b) pênfigo foliáceo – dermatose de caráter endêmico, mais comum em jovens, evolução crônica, com progressivo agravamento do estado geral devido à espoliação proteica que leva à caquexia e morte. Caracterizada pela presença de manchas eritematosas na pele, sobre as quais se desenvolvem bolhas flácidas, intramalpighianas altas, com células acantolíticas. As lesões tendem para a descamação, com ardor local, febre irregular e exagerada sensibilidade ao frio. As lesões das mucosas não são comuns. Têm-se registrado casos de evolução benigna com regressão e cura da doença;

c) pênfigo vegetante – dermatose bolhosa na qual as bolhas frequentemente se rompem e exsudam um líquido de odor fétido. Após o rompimento das bolhas há o aparecimento de formações vegetantes papilomatosas, com maceração da pele ao calor ou à umidade ao nível das grandes dobras cutâneas. Formação de microabscessos intra-epiteliais e presença de acantólise e hiperqueratose ao exame histológico. De grande malignidade e evolução rápida, apresenta alto índice de mortalidade quando não tratado;

d) pênfigo eritematoso – Síndrome de Senear-



Usher, dermatose escamosa com lesões eritematosas ou bolhosas na face e regiões pré-esternal e médio-dorsal. Não ataca as mucosas. De evolução benigna, não compromete o estado geral dos pacientes. As lesões, pelo aspecto em vespertílio, lembram o Lupus Eritematoso Discoide e as bolhas podem, como no Pênfigo Foliáceo, localizar-se nas regiões pré-esternal e mediodorsal.

11.3 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar somente poderá concluir laudos quando o diagnóstico clínico de Pênfigo for confirmado por meio de exame histológico (citodiagnóstico de Tzanck), de imunofluorescência direta e outros exames que a Medicina especializada indicar.

11.4 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar concluirão inicialmente pela incapacidade temporária, até o prazo máximo previsto em Lei, considerando-se a resposta terapêutica em todos os casos e formas de Pênfigos.

11.5 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar não deverá enquadrar como Pênfigo os casos provocados por fármacos.

12 – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS):

Considerações iniciais:

12.1 – A SIDA/AIDS é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, caracterizando-se por apresentar uma severa imunodeficiência, manifesta no aparecimento de doenças oportunistas.

Classificação e manifestações clínicas:

12.2 – A Infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos CD4.

12.3 – Quanto às manifestações clínicas os pacientes pertencem às seguintes categorias:

a) Categoria A:

1) infecção assintomática – Indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;

2) linfadenopatia generalizada persistente – linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extranguinais, com duração de pelo menos 3 meses, associada à sorologia positiva para o HIV;

3) infecção aguda – síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia.

A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.

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

1) angiomatose bacilar;

2) candidíase vulvovaginal persistente de mais de um mês, que não responde ao tratamento específico;

3) candidíase orofaríngea;

4) sintomas constitucionais (febre maior que 38,5° C ou diarreia com mais de um mês de duração).

c) Categoria “C” – pacientes soropositivos e sintomáticos que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias:

1) candidíase esofágica, traqueal ou brônquica;

2) criptococose extrapulmonar;

3) câncer cervical uterino;

4) renite, esplenite ou hepatite por citomegalovírus;

5) herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução;

6) histoplasmose disseminada;

7) isosporíase crônica;

8) micobacteriose atípica;

9) tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;

10) pneumonia por *P. carinii*;

11) pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano;

12) bacteremia recorrente por “salmonella”;

13) toxoplasmose cerebral;

14) leucoencefalopatia multifocal progressiva;

15) criptosporidiose intestinal crônica;



16) sarcoma de Kaposi;

17) linfoma: de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro;

18) encefalopatia pelo HIV;

19) síndrome consumptiva pelo HIV.

12.4 – Quanto à contagem de linfócitos CD4, os pacientes pertencem aos seguintes Grupos:

a) Grupo I – Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³;

b) Grupo II – Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³;

c) Grupo III – Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

12.5 – Quadro de Classificação Clínica e Laboratorial:

Grupo	CD4	Categoria Clínica		
		A	B	C
I	500/mm ³	A1	B1	C1
II	200 - 499/mm ³	A2	B2	C2
III	< 200/mm ³	A3	B3	C3

A3, B3 e C são considerados SIDA/AIDS.

12.6 – Em princípio, serão considerados incapazes definitivamente para o serviço ativo os inspecionados classificados nas categorias A3, B3 e C, respeitando as peculiaridades do CBMGO.

12.7 – Em princípio, serão considerados incapazes temporariamente para o serviço ativo os inspecionados classificados na categorias A1, A2, B1 e B2, respeitando as peculiaridades do CBMGO.

12.8 – Os portadores assintomáticos ou em fase de Linfadenopatia Persistente Generalizada – LPG deverão ser julgados aptos com recomendações pertinentes a cada caso.

12.9 – A revisão de reforma, em qualquer situação, será feita por meio de nova inspeção de saúde.

12.10 – Exemplos de laudos:

a) Portador do HIV, classificação A2;

b) SIDA/AIDS, classificação A3;

c) SIDA/AIDS – SARCOMA DE KAPOSI, classificação C2.

13 – Tuberculose Ativa:

Considerações iniciais:

13.1 – A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, de evolução aguda ou crônica, de notificação compulsória. Pode acometer qualquer órgão, tendo no entanto nítida predileção pelo pulmão.

Classificação:

13.2 – As lesões tuberculosas são classificadas em:

a) ativas;

b) inativas;

c) de atividade indeterminada (potencial evolutivo incerto);

d) curadas.

13.3 – Os pacientes são distribuídos em classes, com as seguintes características:

a) Classe 0 – Pacientes sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;

b) Classe I – Pacientes com história de exposição à tuberculose, porém sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);

c) Classe II – Pacientes com infecção tuberculosa caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém sem tuberculose;

d) Classe III – Pacientes com tuberculose doença. Apresentam quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

Avaliação do Potencial Evolutivo das Lesões Tuberculosas:

13.4 – Avaliação clínica: presença de sinais e/ou sintomas relacionados com a doença.

13.5 – Avaliação imunológica: prova tuberculínica.

13.6 – Avaliação bacteriológica: pesquisa do *Mycobacterium tuberculosis* nos diferentes materiais, ao exame direto, cultura e inoculação em animais sensíveis.

13.7 – Avaliação radiológica: estudo radiológico, com destaque dos aspectos infiltrativo, cavitário,



nodular, e linear, entre outros, e da característica de estabilidade ou instabilidade das lesões, estudadas por meio de séries de radiografias, obtidas ao longo da evolução da doença.

13.8 – Avaliação anatomopatológica: das peças de ressecção ou biópsia, com pesquisa bacteriológica.

Avaliação do Estado Evolutivo das Lesões Tuberculosas:

13.9 – As lesões ativas apresentam as seguintes características:

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

b) radiológicas:

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

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

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

4) derrame pleural associado;

5) complexo gânglio-pulmonar recente.

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

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

13.10 – As lesões inativas apresentam as seguintes características:

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

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

c) clínicas:

1) ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;

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

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

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

13.12 – As lesões tuberculosas são ditas curadas quando após o tratamento regular com esquema tríplice, durante 6 meses, apresentem características de inatividade descritas no item 13.10 desta norma.

13.13 – Nos exames de saúde para admissão ao serviço ativo do CBMGO, o diagnóstico de Tuberculose Ativa ou em estágio evolutivo indeterminado implica na incapacitação do candidato.

13.14 – Os inspecionandos portadores de Tuberculose Ativa permanecerão em Licença para Tratamento de Saúde Própria, até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica do paciente, quando poderão ser julgados aptos, a despeito da necessidade de continuarem a quimioterapia pelo tempo previsto e sob vigilância médica.

13.15 – De modo a comprovar com segurança a atividade da doença, as Juntas de Inspeção de Saúde deverão reavaliar o paciente ao término do tratamento, que tem a duração de 6 meses, e basear conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

13.16 – O parecer definitivo a ser adotado pelas Juntas de Inspeção de Saúde para os portadores de lesões tuberculosas aparentemente inativas ficará condicionado a um período de observação nunca inferior a 6 meses, contados a partir do término do tratamento.

13.17 – Os inspecionandos considerados curados em período inferior a 2 anos de afastamento do serviço para tratamento de saúde retornarão ao serviço ativo.



13.18 – Os inspecionandos que apresentarem lesões em atividade após 2 anos de afastamento do serviço, para efetivo tratamento de saúde, e naqueles que ainda restarem dúvidas quanto ao estado evolutivo das lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão julgados incapazes definitivamente para o serviço ativo como portadores de Tuberculose Ativa.

13.19 – Os inspecionandos que apresentarem “Cor pulmonale” crônico, acompanhado de sinais de insuficiência cardíaca congestiva, em consequência da gravidade ou extensão das lesões pulmonares tuberculosas, serão julgados de acordo com o previsto no item 2.2 (Cardiopatia Grave) desta norma.

13.20 – Os inspecionandos portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares serão julgados

pelos Juntas de Inspeção de Saúde à luz dos critérios gerais descritos nesta norma e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

13.21 – A Junta Central de Saúde Bombeiro Militar, ao concluir pela incapacidade definitiva dos inspecionandos, deverá fazer constar nos laudos o diagnóstico, acrescido da expressão “Tuberculose Ativa” entre parênteses, complementando com os dados que permitam o enquadramento legal, aplicável ao caso.

13.22 – As sequelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do inspecionando, terão enquadramento legal análogo ao dispensado à Tuberculose Ativa, pois que dela diretamente decorrem.