

TÍTULO I
DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE
CAPÍTULO I
CONCEITUAÇÃO

Art. 1º ~~As Inspeções de Saúde constituem perícias médicas de interesse da Polícia Militar do Distrito Federal, praticadas pelas Juntas de Inspeção de Saúde e por médicos peritos, com a finalidade de avaliar a integridade física e psíquica de policiais militares, dependentes e servidores civis enquadrados nas situações abaixo:~~

~~I — candidatos a ingresso no serviço ativo da Polícia Militar do Distrito Federal;~~

~~II — para permanência no serviço ativo, engajamento, reengajamento, independência de engajamento, promoções, licenças, documentos sanitários de origem, transferência para a reserva remunerada, reforma, revisão, reinclusão, matrícula em cursos, melhoria de reforma, cursos, missões no exterior e outras atividades a serem realizadas no exterior, bem como o reajustamento de proventos, todos previstos na legislação policial militar;~~

~~II — para permanência no serviço ativo, engajamento, reengajamento, promoções, licenças, documentos sanitários de origem, licenciamento, transferência para a reserva remunerada, reforma, exclusão, demissão, revisão, reinclusão, matrícula em cursos, melhoria de reforma, cursos, missões no exterior e outras atividades a serem realizadas no exterior, bem como o reajustamento de proventos, todos previstos na legislação policial militar;~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 1.177, de 29.04.2021)~~

~~III — candidatos a cargos civis na PMDF;~~

~~IV — servidores civis, candidatos ao amparo pelo Distrito Federal por acidente ocorrido em serviço;~~

~~V — dependentes qualificados para atendimento de exigências regulamentares ou para concessão de pensão e outros benefícios por solicitação ou determinação de autoridade competente;~~

~~VI — arrolados em processo de justiça civil ou militar, por solicitação da autoridade competente;~~

~~VI — arrolados em processo de justiça civil ou militar, bem como em processos administrativos — Memorando Acusatório (Mem Ac), Inquérito Policial Militar (IPM), Procedimento de Investigação Preliminar (PIP), Sindicância (Sind), Processo Administrativo de Licenciamento (PAL), Conselho de Disciplina (CD), Conselho de Justificação (CJ), Conselho de Ensino (CE) e Inquérito Técnico (IT) — por solicitação da autoridade competente;~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012)~~

~~VII — nos casos de homologação de atestados médicos;~~

~~VIII — policiais militares e servidores civis em situações não compreendidas nos itens anteriores, para atender a outras exigências especificadas em lei.~~

~~§ 1º Para fins de engajamento, reengajamento ou independência de engajamento, a inspeção de saúde necessária é a Inspeção Periódica de Saúde, que deverá estar em dia, sendo conferida pela OPM, conforme regulamentação específica.~~

~~§ 1º Para fins de engajamento ou reengajamento, a inspeção de saúde necessária é a Inspeção Periódica de Saúde, que deverá estar em dia, sendo conferida pela OPM, conforme regulamentação específica.~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 1.177, de 29.04.2021)~~

~~§ 2º Para fins de matrícula nos diversos cursos, o policial militar deverá estar obrigatoriamente com a Inspeção Periódica de Saúde em dia, conforme conferência da respectiva OPM onde estiver classificado, a qual incumbe o encaminhamento da documentação comprobatória, de acordo com a legislação pertinente.~~

~~Art. 2º A Perícia Médica na Polícia Militar do Distrito Federal compreende a realização de atos médico-periciais destinados a cumprir a finalidade prevista no *caput* do art. 1º desta Portaria, bem como emitir pareceres, os quais servirão de subsídios para a tomada de decisão sobre direito pleiteado ou situação apresentada, sendo obrigatória a presença do inspecionado em todos os atos.~~

~~Art. 3º Os atos médico-periciais são os procedimentos técnico-profissionais realizados exclusivamente por médico, por meio de inspeção de saúde singular ou junta de inspeção de saúde, visando a emissão de pareceres sobre a integridade física e psíquica dos inspecionados.~~

~~§ 1º Considera-se Inspeção de Saúde de Caráter Singular (ISCS), o ato médico-pericial realizado por 01 (um) médico-perito.~~

~~§ 2º Considera-se Junta de Inspeção de Saúde (JIS), o ato médico-pericial realizado por, no mínimo, 02 (dois) médicos-peritos.~~

~~Art. 4º A ISCS e as JIS serão constituídas por oficiais médicos pertencentes ao Quadro de Oficiais Policiais Militares de Saúde (QOPMS), indicados pelo Chefe do Centro de Perícias e Saúde Ocupacional (CPSO) e nomeados pelo Chefe do Departamento de Saúde e Assistência ao Pessoal (DSAP).~~

TÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO E COMPETÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE INSPEÇÕES DE SAÚDE

CAPÍTULO I

DA ORGANIZAÇÃO DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE

SEÇÃO I

DA INSPEÇÃO DE SAÚDE DE CARÁTER SINGULAR (ISCS)

~~Art. 5º Caberá ao médico perito a realização das ISCS, dentre aqueles previamente nomeados por ato da autoridade competente, nas seguintes situações:~~

~~I—avaliação médico-pericial para permanência do policial militar no serviço ativo da Corporação—
Inspeção Periódica de Saúde;~~

~~II—homologação de licenças médicas, odontológicas ou psicológicas;~~

~~III—outras situações, conforme determinação de autoridade competente.~~

~~Parágrafo único. As licenças psicológicas só terão validade após homologação em inspeção de saúde.~~

~~SEÇÃO II~~

~~DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE~~

~~Art. 6º As Juntas de Inspeções de Saúde, compostas de oficiais do QOPMS, estarão subordinadas técnica e administrativamente ao Chefe do CPSO.~~

~~Parágrafo único. Constituem Juntas de Inspeção de Saúde:~~

~~I— as Juntas Ordinárias de Inspeção de Saúde (JOIS), compostas de 01 (um) presidente (oficial superior) e 02 (dois) membros, designados pelo Chefe do CPSO, dentre aqueles previamente nomeados pelo Chefe do DSAP, ficando a função de secretário reservada ao oficial mais moderno.~~

~~II— as Juntas de Homologação de Atestados (JHA), composta de 02 (dois) oficiais, sendo 01 (um) presidente e 01 (um) secretário, designados pelo Chefe do CPSO, dentre aqueles previamente nomeados pelo Chefe do DSAP, ficando a função de secretário reservada ao oficial mais moderno.~~

~~III— as Juntas Superiores de Saúde (JSS), composta de um oficial superior, que a presidirá, e mais 02 (dois) membros, designados pelo Chefe do Centro de Perícias e Saúde Ocupacional (CPSO), dentre aqueles previamente nomeados pelo Chefe do DSAP, ficando a função de secretário reservada ao oficial mais moderno.~~

~~IV— as Juntas de Inspeção de Saúde Especial (JISE), para fins de avaliação dos candidatos a ingresso nas fileiras da Corporação e outras situações especiais de caráter transitório, conforme solicitação definida por autoridade competente; sendo competência do Chefe da SAMP designar sua composição, de acordo com a necessidade, dentre os peritos médicos componentes da própria SAMP, nomeados pelo Chefe do DSAP.~~

~~Art. 7º Os componentes das Juntas de Inspeção de Saúde deverão ter suas especialidades, preferencialmente, compatíveis com as necessidades de esclarecimentos dos pareceres e diagnósticos estabelecidos e relacionados com as patologias indicadas, não podendo funcionar incompletas.~~

~~§ 1º No impedimento do Presidente ou dos membros das referidas Juntas de Inspeção de Saúde, estes serão substituídos pelos suplentes previamente nomeados.~~

~~§ 2º As Juntas de Inspeção de Saúde poderão ser compostas de oficiais cirurgiões dentistas, de outros profissionais especialistas da Polícia Militar, bem como de outras organizações militares, além de profissionais civis, caso haja necessidade de esclarecimentos de diagnóstico apresentado, complementação de parecer ou exame, através de proposta do respectivo Presidente.~~

~~CAPÍTULO II~~

~~DA COMPETÊNCIA DAS INSPEÇÕES DE SAÚDE~~

~~SEÇÃO I~~

~~DA INSPEÇÃO DE SAÚDE DE CARÁTER SINGULAR (ISCS)~~

~~Art. 8º Os policiais militares da ativa serão submetidos à Inspeção Periódica de Saúde, para fins de permanência no serviço ativo, observados os artigos 3º e 5º desta portaria, visando avaliar o estado de saúde física e mental dos mesmos, bem como enfatizar as ações de medicina preventiva e de melhoria da qualidade de vida e capacidade laborativa do avaliado, devendo ser observados os seguintes aspectos:~~

~~I — a Inspeção Periódica de Saúde do policial militar deverá ser realizada a cada 02 (dois) anos (BIENAL);~~

~~II — os Comandantes, Chefes e Diretores deverão manter rigoroso controle da validade da Inspeção Periódica de Saúde de seus subordinados;~~

~~III — a Inspeção Periódica de Saúde deverá ser realizada obrigatoriamente no mês do aniversário do policial militar;~~

~~IV — A OPM deverá apresentar o policial militar 30 (trinta) dias antes do vencimento da Inspeção Periódica de Saúde para fins de agendamento e recebimento da solicitação de exames;~~

~~V — em condições laborativas especiais, ou a critério do médico perito, o período estabelecido no Inciso I poderá ser reduzido;~~

~~VI — os policiais militares expostos a riscos ocupacionais, tais como: radiações ionizantes, operadores de aparelhos de raio x, manipuladores de combustíveis, manutenção de armamento e a ruídos excessivos (telefonistas, radioperadores, músicos, odontólogos, auxiliares de odontologia e instrutores de tiro), serão submetidos à Inspeção Periódica de Saúde em períodos reduzidos, definidos pelo Chefe do CPSO, mediante proposição do Chefe da Seção de Saúde Ocupacional — SSO;~~

~~VII — o policial militar da ativa que apresentar qualquer alteração em sua capacidade física ou mental, mesmo estando no período de vigência de sua Inspeção Periódica de Saúde, deverá ser encaminhado pela autoridade competente à SAMP, para verificação de sua aptidão.~~

~~Parágrafo único. A Inspeção Periódica de Saúde prevista no *caput* ficará sob a responsabilidade da SSO.~~

~~Art. 9º Compete, ainda, ao médico perito em ISCS homologar as licenças médicas de até 30 (trinta) dias contínuos ou não, da mesma natureza ou não.~~

~~§ 1º O prazo para a homologação de licenças médicas é de 48 (quarenta e oito) horas, a contar da data da consulta médica, odontológica ou psicológica, salvo nos dias em que não houver expediente administrativo, oportunidade em que o interessado deverá comunicar o fato imediatamente à sua OPM.~~

~~Art. 9º Compete ainda ao médico perito, em inspeção de saúde de caráter singular (ISCS), homologar as licenças médicas concedidas ao Policial Militar entre 4 (quatro) e 120 (cento e vinte) dias contínuos ou não, da mesma natureza ou não.~~

~~§ 1º O prazo para a homologação de licenças médicas superiores a 03 (três) dias é de 48 (quarenta e oito) horas, a contar da data da consulta médica, odontológica ou psicológica, salvo nos dias em que não houver expediente administrativo, oportunidade em que o interessado deverá comunicar o fato imediatamente à sua OPM.~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 956, de 10.02.2015)~~

~~§ 2º Ocorrendo o disposto no parágrafo anterior, o interessado deverá comparecer à SAMP no primeiro dia útil subsequente, a fim de efetuar a homologação da licença médica, odontológica ou psicológica.~~

~~§ 3º Em casos excepcionais, a critério do Chefe da SAMP, a homologação poderá ser realizada pela JHA ou JOIS.~~

~~§ 5º A homologação de licenças médicas durante os feriados nacionais e distritais, bem como nos pontos facultativos, ou na iminência de grandes eventos, assim definidos pelo Comandante Geral, deverá ser feita em até 24 (vinte e quatro) horas, inclusive as concedidas nas respectivas vésperas.~~

~~(Incluído pela Portaria PMDF nº 956, de 10.02.2015)~~

~~§ 5º A licença médica concedida por qualquer tempo às vésperas ou durante o período de grandes eventos de interesse da segurança pública ou da PMDF, em feriados e pontos facultativos, deverá ser homologada no mesmo dia de sua emissão.~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 1.220, de 06.09.2021)~~

~~§ 6º Na data da homologação, o policial militar deverá apresentar a Carteira de Saúde na OPM onde estiver classificado.~~

~~(Incluído pela Portaria PMDF nº 956, de 10.02.2015)~~

~~§ 6º Na data da homologação da licença médica, o policial militar deverá, pessoalmente, apresentar a Carteira de Saúde na OPM onde estiver lotado, ou ao Comandante do Policiamento, quando escalado em serviço operacional, salvo em caso de comprovada impossibilidade de comparecimento por incapacidade de locomoção.~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 1.220, de 06.09.2021)~~

~~§ 7º Para o cumprimento do previsto no § 5º, o DSAP deverá manter plantão da JHA e da ISCS.~~

~~(Incluído pela Portaria PMDF nº 956, de 10.02.2015)~~

~~§ 8º Para os fins do disposto no § 5º, consideram-se grandes eventos os acontecimentos que demandem a atuação da PMDF nos dias festivos do Carnaval, Pré-Carnaval e Pós-Carnaval, Páscoa, Corpus Christi, Dia da Independência, Natal, Ano Novo, apresentações artísticas, shows, aniversário de Brasília ou Região Administrativa, eventos esportivos, ou qualquer outro evento que demande o emprego de efetivo, conforme determinação do Subcomandante-Geral.~~

~~§ 9º Vencida a licença médica, fica o policial militar automaticamente escalado para cumprir escala em sua unidade, mesmo que em dia não útil, aplicando-se o § 5º em caso de renovação do afastamento de ordem médica.~~

~~(Incluído pela Portaria PMDF nº 1.220, de 06.09.2021)~~

~~Art. 9º A A homologação de licenças médicas ou odontológicas do policial militar, expedidas por órgão público ou privado de saúde de até 03 (três) dias, desde que não se trate de renovação ou prorrogação, será feita diretamente na OPM.~~

~~(Incluído pela Portaria PMDF nº 956, de 10.02.2015)~~

SEÇÃO II

DAS JUNTAS DE HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO

~~Art. 10. Compete à JHA a execução das inspeções de saúde com a finalidade prevista no inciso VII do artigo 1º da presente Portaria, para homologar licenças médicas, odontológicas ou psicológicas (Licença para Tratamento de Saúde Própria – LTSP ou Restrição Médica) com períodos superiores a 30 (trinta) dias, contínuos ou não, da mesma natureza ou não.~~

~~§ 1º Em casos excepcionais, a critério do Chefe da SAMP, tais inspeções poderão ser realizadas pela JOIS.~~

~~§ 2º Para homologação das licenças médicas, odontológicas ou psicológicas de que trata o caput deste artigo, o policial militar deverá observar os prazos previstos no artigo 9º desta Portaria.~~

~~§ 3º Ultrapassados os prazos de homologação previstos no artigo 9º desta Portaria, a situação prevista no caput deste artigo será resolvida pelo médico perito, observando o seguinte:~~

~~I – a homologação da licença médica, odontológica ou psicológica ficará condicionada a existência ou não de doença ou incapacidade comprovada na data da inspeção;~~

~~II — não ocorrendo a homologação do atestado, a SAMP emitirá uma declaração ao Comandante da OPM, informando a situação do policial militar para, ao seu critério, adotar as providências cabíveis.~~

~~§ 4º Nas situações em que o policial militar estiver internado, deverá o mesmo, após receber alta hospitalar, proceder conforme previsto no § 1º do artigo 9º desta Portaria.~~

~~§ 5º Nos casos em que for indicada a suspensão do porte de arma, ou a sua restituição, seja pelo médico assistente ou pelo médico perito na ISCS, o policial militar deverá ser avaliado por JHA para fins de homologação.~~

~~§ 6º Nos casos de concessão de porte arma ou de sua renovação para o policial militar na inatividade, a perícia médica de que trata a legislação pertinente será realizada pela JHA.~~

~~Art. 11. Compete a JOIS a realização das inspeções de saúde com as finalidades previstas no artigo 1º desta Portaria, excetuadas aquelas do inciso VII do mesmo artigo.~~

~~§ 1º Em caráter excepcional, a critério do Chefe da SAMP, a JOIS poderá realizar a homologação de atestados médicos.~~

~~§ 2º A JOIS poderá executar inspeção de saúde em grau de recurso nos pareceres emitidos pela ISCS, JHA ou JISE, observado o seguinte:~~

~~I — o inspecionado terá o prazo de até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da ciência da decisão, para a interposição de recurso mediante requerimento ao Chefe da SAMP;~~

~~II — em caso de deferimento, os efeitos da decisão retroagirão à data do ato impugnado;~~

~~III — em caso de indeferimento, os dias em que o policial militar não comparecer ao serviço serão considerados como faltas não justificadas.~~

~~§ 3º Considerando o disposto previsto no §2º deste artigo, a JOIS deverá emitir parecer acerca da inspeção de saúde em grau de recurso.~~

~~§ 4º Nos casos de internação, quando for possível a definição da reforma do policial militar, a JOIS realizará deslocamento até o respectivo nosocômio para avaliação e emissão da ata de inspeção de saúde.~~

~~Art. 12. Compete a JSS:~~

~~I — a execução das inspeções de saúde em grau de recurso dos policiais militares e dos servidores civis inspecionados pela JOIS;~~

~~II — a homologação das inspeções de saúde executadas pela JOIS previstas na legislação em vigor, inclusive nos casos previstos no inciso III do artigo 94 e § 2º do artigo 96 da Lei nº 7.289/1984, Estatuto dos Policiais Militares da PMDF.~~

~~§ 1º O prazo para requerer inspeção de saúde pela JSS, em grau de recurso, é de 120 (cento e vinte) dias corridos, conforme o inciso III do § 1º do artigo 51 da Lei 7.289/1984, contados a partir da data da comunicação oficial da Ata de Inspeção confeccionada pela JOIS.~~

~~§ 2º Toda inspeção de saúde, em grau de recurso, deverá ser acompanhada da cópia da ata de inspeção de saúde efetuada pela JOIS, contendo o número do código internacional de doenças correspondente ao diagnóstico da patologia, ficando arquivada no dossiê do inspecionado 01 (uma) cópia da Ata, juntamente com os respectivos pareceres médicos e exames subsidiários, bem como outros documentos relevantes para a análise do recurso.~~

~~§ 3º Ocorrendo o óbito do policial militar, internado ou não em nosocômio, antes da homologação da inspeção de saúde por JSS nos casos de reforma, prevalecerá o parecer emitido pela JOIS.~~

~~§ 4º Os recursos interpostos à JSS deverão ser instruídos obrigatoriamente com documentos para análise (exames complementares, pareceres especializados, relatórios médicos, etc.) e fatos documentados que possam justificar nova inspeção de saúde, que demonstrem alteração ou divergência de pareceres já realizados anteriormente pela JOIS. Os recursos deverão ser solicitados ao Chefe do CPSO mediante requerimento.~~

~~§ 5º Os membros da JSS não poderão ter participado das decisões da JOIS anterior que inspecionou o policial militar ou civil.~~

~~§ 6º As JSS não poderão ter entre seus componentes parentes consanguíneos até 3º grau ou afim dos inspecionados.~~

~~§ 7º Após a complementação de todos os pareceres, será elaborada a Ata de Inspeção de Saúde do inspecionado, em grau de recurso, que será encaminhada para formulação de processo ao Departamento de Gestão de Pessoal - DGP e à Secretaria Geral - SG.~~

~~§ 8º As decisões da JSS serão incontestáveis ao nível administrativo da Corporação, podendo a mesma ser requerida somente uma vez.~~

~~Art. 13. São autoridades competentes para determinar a inspeção de saúde no âmbito da Polícia Militar do Distrito Federal:~~

~~I — pela JSS: o Comandante Geral;~~

~~II — pela JOIS: o Subcomandante Geral, o Chefe do Departamento Geral de Pessoal - DGP, o Diretor de Pessoal Militar - DPM e o Diretor de Inativos, Pensionistas e Civis - DIPC.~~

~~II — pela JOIS: o Subcomandante Geral, o Chefe do Departamento Geral de Pessoal (DGP), o Chefe do Departamento de Controle e Correição (DCC), o Diretor de Pessoal Militar (DPM) e o Diretor de Inativos, Pensionistas e Civis (DIPC).~~

[\(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012\)](#)

~~Parágrafo único. O requerimento para inspeção pela JSS deverá estar acompanhado da documentação que fundamente o recurso, devidamente instruído pelo Chefe da SAMP.~~

~~Art. 14. Os policiais militares e servidores civis, que necessitarem ser inspecionados para qualquer uma das finalidades enquadradas no artigo 1º desta Portaria, serão encaminhados ao CPSO através de ofício firmado pelas autoridades elencadas no inciso II do artigo anterior o qual especificará a finalidade, o devido amparo legal, bem como eventuais esclarecimentos a serem prestados pela SAMP, se assim fizer necessário.~~

~~Parágrafo único. No caso de inspeção de saúde a ser executada pela JHA, o policial militar após proceder de acordo com o previsto no § 3º do art. 9º, deverá se dirigir diretamente à SAMP, no horário e data previamente agendado portando ofício de apresentação da sua OPM, o atestado médico, bem como a Carteira de Saúde da Polícia Militar para os fins pertinentes.~~

~~Art. 15. Quando as inspeções de saúde forem realizadas no interesse do serviço, as despesas com exames complementares, internações e outras necessárias à formulação dos pareceres das Juntas, bem como as despesas com transporte, diárias de alimentação e hospedagem do policial militar correrão a conta do orçamento da Polícia Militar do Distrito Federal.~~

~~§ 1º São consideradas de interesse do serviço, as inspeções de saúde solicitadas pelas autoridades competentes para:~~

~~I— permanência no serviço ativo;~~

~~II— promoção;~~

~~III— matrícula em cursos;~~

~~IV— conclusão de licença para tratamento de saúde própria;~~

~~V— os portadores de Documentos Sanitários de Origem (DSO); e~~

~~VI— outras que a legislação determine.~~

~~§ 2º No caso em que o inspecionado necessitar de acompanhante, para realização da inspeção de saúde mencionada no *caput* deste artigo, a SAMP manifestar-se-á por escrito, podendo solicitar toda e qualquer documentação necessária, para subsidiar tal procedimento.~~

~~Art. 16. As despesas que não se enquadrarem no disposto no artigo anterior serão indenizadas pelo inspecionado, sendo recolhidas mediante desconto em folha de pagamento, no caso de policial militar e dependentes, conforme regulamentação do Chefe do DSAP.~~

~~Parágrafo único. No caso de servidores civis, o recolhimento será efetuado em conta corrente própria da Corporação, conforme regulamentação do Chefe do DSAP.~~

TÍTULO III
DO FUNCIONAMENTO E DA EMISSÃO DOS PARECERES DA SAMP E DA SSO
CAPÍTULO I

DO FUNCIONAMENTO DA SAMP

~~Art. 17. As inspeções de saúde, exceto as Inspeções Periódicas de Saúde, serão realizadas pela SAMP, a qual será organizada e funcionará em instalações próprias do CPSO da Polícia Militar, ressalvados casos excepcionais, devidamente avaliados pelo Chefe da SAMP.~~

~~§ 1º A SAMP, no cumprimento de suas atribuições, é responsável pelo planejamento, orientação, coordenação e controle das atividades médico-periciais a cargo de Junta de Inspeção de Saúde e médicos peritos, tendo, além das atividades previstas nos incisos I a VIII do artigo 1º desta Portaria, as seguintes atribuições:~~

~~I — orientar tecnicamente os membros de Junta de Inspeção de Saúde e médicos peritos, visando padronizar a doutrina nas suas decisões;~~

~~II — acompanhar os trabalhos de Juntas de Inspeção de Saúde e médicos peritos que se fizerem necessários; e~~

~~III — elaborar os mapas estatísticos e outros relatórios vinculados aos trabalhos das Juntas de Inspeções de Saúde e médicos peritos.~~

~~§ 2º A inspeção de saúde poderá ser realizada em organização hospitalar de saúde ou na residência do militar que apresente doença ou sequela que o impossibilite de se locomover ou ser transportado até o local destinado à sua inspeção, na forma prevista no *caput* deste artigo.~~

~~§ 3º Em caso de militares residentes ou em trânsito em outro Estado da Federação, que se encontrem na condição do parágrafo anterior, a inspeção de saúde poderá ser realizada pela organização de saúde da Polícia Militar daquele estado, após autorização do Chefe do DSAP.~~

~~§ 4º O parecer médico emitido por meio de inspeção de saúde realizada conforme previsto no parágrafo anterior será devidamente homologado na SAMP, através de ata de inspeção de acordo com o previsto na legislação em vigor.~~

~~§ 5º No caso do parágrafo anterior, a Organização de Saúde em que se encontrar o policial militar deverá remeter a ata de Inspeção de Saúde acompanhada de parecer médico e exames complementares, a fim de subsidiar a devida homologação por parte da SAMP.~~

~~§ 6º Nos casos em que os documentos enviados conforme o § 5º deste artigo não forem suficientes para subsidiar a homologação de que trata o § 4º deste mesmo artigo, poderá a Junta de Homologação de Atestados solicitar novos documentos que julgar necessários para a conclusão do parecer e homologação.~~

~~§ 7º Nos casos em que não houver organização militar de saúde, deverá ser adotado o procedimento~~

~~previsto no § 2º deste artigo.~~

~~Art. 18. O horário de funcionamento da SAMP será regulamentado pelo Chefe do DSAP, após proposição do Diretor de Assistência Médica.~~

~~Art. 19. Os membros das Juntas de Inspeção de Saúde e médicos peritos gozam de inteira independência, sob o ponto de vista técnico, quanto ao julgamento que tenham de formular, baseado nas conclusões resultantes dos dados de exames e inspirados em sua consciência profissional.~~

~~CAPÍTULO II~~

~~DA EMISSÃO DOS PARECERES DA SAMP~~

~~Art. 20. Os pareceres dos médicos peritos obedecerão a legislação em vigor e deverão ser expressos com imparcialidade, em termos claros, precisos e concisos, de tal forma que impeçam qualquer interpretação ambígua, não podendo conter expressões que possam indicar pronunciamento quanto ao mérito, considerando, a partir do diagnóstico funcional e anatômico, tecnicamente identificado, as repercussões sob a capacidade laborativa e de comprometimento da higidez do periciado.~~

~~Parágrafo único. A SAMP, antes de se manifestar sobre a prorrogação da licença ou a concessão de reforma por incapacidade definitiva, verificará se o policial militar tem condições de reassumir o exercício do cargo para desempenho de atribuições compatíveis com a deficiência constatada.~~

~~Art. 21. Quando for necessário, a SAMP deverá solicitar relatórios de internações, exames, pareceres constando diagnóstico, prognóstico e capacidade laborativa do inspecionado, às instituições médico-hospitalares que estiverem assistindo o inspecionado.~~

~~§ 1º A critério do médico perito, sempre que necessário, poderá ser solicitado exame complementar, de acordo com as situações específicas, visando subsidiar o julgamento para emissão de parecer técnico.~~

~~§ 2º Os pareceres e exames complementares solicitados pelo médico perito deverão ser atendidos com prioridade no âmbito da Corporação.~~

~~§ 3º Os pareceres e exames complementares, para elucidação e comprovação de diagnóstico, poderão ser realizados em outras organizações de saúde, quando não houver condições de realizá-los no estabelecimento de saúde da Polícia Militar do Distrito Federal.~~

~~§ 4º Só terão validade os exames realizados a menos de 06 (seis) meses, contados da data da inspeção.~~

~~§ 5º De posse da observação clínica e dos exames solicitados, o médico perito complementarará a inspeção de saúde, lavrando a Ata e emitindo o parecer, conforme sua finalidade estabelecida previamente.~~

~~§ 6º O diagnóstico será de responsabilidade do especialista e o parecer consignado em Ata de Inspeção de Saúde, entretanto, caberá aos membros da respectiva Junta, vedado aos mesmos se absterem ou abdicarem de seus pronunciamentos.~~

~~Art. 22. Os pareceres, laudos e exames complementares (originais ou cópias autênticas) ficarão arquivados no Dossiê do inspecionado, nas dependências da SAMP e o acesso a estes, a quem de direito, será de caráter reservado e limitado à obediência da legislação específica (Código de Ética Médica — Art. 102), bem como a Constituição Federal vigente, no inciso X do art. 5º, sendo vedado qualquer tipo de publicidade de tais documentos.~~

~~Art. 23. Nos casos que impliquem em amparo do Estado, Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP) e movimentação de policiais militares e servidores civis, as Juntas deverão anexar a documentação médica comprobatória de seu parecer à Ata de Inspeção de Saúde, arquivada em prontuário da SAMP.~~

~~Art. 24. A LTSP é a autorização para afastamento total do serviço ativo, em caráter temporário, concedida ao policial militar, após submetido à inspeção de saúde, por médico perito, JHA ou JOIS, obedecidos os prazos previstos nesta Portaria e conforme dispõe o inciso IV do artigo 66 e o inciso III do artigo 134 da Lei nº 7.289/1984 — Estatuto dos Policiais Militares.~~

~~Parágrafo único. A licença concedida dentro do período de 60 (sessenta) dias do término de outra da mesma espécie será considerada como prorrogação, independentemente do diagnóstico, e terá caráter de continuidade no que se refere à alínea “a” do inciso III do artigo 77, da Lei nº 7.289/1984 — Estatuto dos Policiais Militares.~~

~~Art. 24 — A LTSP é a autorização para afastamento do serviço ativo, em caráter temporário, concedida ao policial militar, após submetido à inspeção de saúde, por médico perito, JHA ou JOIS, obedecidos os prazos previstos nesta Portaria e conforme dispõe o inciso IV do artigo 66 e o inciso III do artigo 134 ambos da Lei nº 7.289/1984 — Estatuto dos Policiais Militares.~~

~~§ 1º — A licença concedida dentro do período de 60 (sessenta) dias do término de outra da mesma espécie será considerada como prorrogação, independentemente do diagnóstico, e terá caráter de continuidade no que se refere à alínea “a” do inciso III do artigo 77, da Lei nº 7.289/1984 — Estatuto dos Policiais Militares.~~

~~§ 2º — O gozo da LTSP não é impeditiva à convocação do Policial Militar nos processos judiciais e administrativos diversos, devendo este assinar Termo de Compromisso (Anexo I) na OPM de lotação, no momento da concessão/renovação daquela.~~

~~§ 3º — Caberá ao Comandante/Chefe/Diretor/Secretário-Geral do Policial Militar em gozo regulamentar de LTSP, sempre que solicitado, apresentá-lo ao encarregado dos processos administrativos e demais autoridades requisitantes competentes.~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012)~~

~~Art. 25. A Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF) é a autorização para afastamento total do serviço, em caráter temporário, concedida pelo Chefe da DGP ao policial militar que necessitar prestar assistência à pessoa da família, conforme regulamentação própria.~~

~~Art. 25—A Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF) é a autorização para afastamento do serviço, em caráter temporário, concedida pelo Chefe do DGP ao policial militar que necessitar prestar assistência à pessoa da família, conforme regulamentação própria.~~

~~§ 1º O gozo da LTSPF não é impeditiva à convocação do Policial Militar nos processos judiciais e administrativos diversos, devendo este assinar Termo de Compromisso (Anexo I) na OPM de lotação, no momento da concessão/renovação daquela.~~

~~§ 2º—Caberá ao Comandante/Chefe/Diretor/Secretário Geral do Policial Militar em gozo regulamentar de LTSPF, sempre que solicitado, apresentá-lo ao encarregado dos processos administrativos e demais autoridades requisitantes competentes.~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012)~~

~~Art. 26. Em todos os casos de inspeção de saúde com finalidade de LTSPF deverá constar na Ata, a data do período concedido.~~

~~Art. 27. A Licença Maternidade é o afastamento total do serviço, sem prejuízo da remuneração, em virtude do nascimento ou adoção de filho, ou ainda, aborto, conforme regulamentação específica, devendo a SAMP fazer constar na Carteira de Saúde da policial militar o seguinte:~~

~~I—indicação para imediata concessão da Licença Maternidade, para os casos intercorrência clínica proveniente do estado gestacional no transcurso do nono mês de gestação;~~

~~II—o registro do aborto ou de natimorto.~~

~~Art. 28. Nos casos em que o inspecionado recusar a ser submetido a tratamento médico específico ou a exames complementares necessários ao esclarecimento médico pericial, como meio mais indicado para remover sua incapacidade física, deverá o Secretário da Junta de Inspeção de Saúde ou médico perito adotar os seguintes procedimentos:~~

~~I—tomar a termo a declaração do inspecionado, em duas vias, assinadas pelo mesmo e pelos membros da junta de inspeção de saúde ou médico perito e por duas testemunhas, consignando a recusa ao tratamento ou à realização dos exames recomendados;~~

~~II—arquivar a primeira via no prontuário do inspecionado e anexar a segunda via à cópia da Ata de Inspeção de Saúde;~~

~~III—registrar, em campo próprio destinado a observações diversas, a existência de tal declaração;~~

~~IV — prolar, se possível, o diagnóstico baseado apenas nos dados colhidos por ocasião do exame físico do inspecionado.~~

~~V — caso haja recusa por parte do policial em assinar o termo de declaração deverá ser anotado os dizeres “**recusou-se a assinar**”, no local reservado à sua assinatura.~~

~~Art. 29. As atas de Inspeção de Saúde de policiais militares serão lavradas em “minuta” e publicadas no Boletim do Comando Geral.~~

~~§ 1º Compete à SAMP registrar “minuta”, o número da seção, identificação do inspecionado, número do ofício, o parecer, diagnóstico por extenso e codificado e outras observações específicas de cada inspeção de saúde.~~

~~§ 2º Todos os membros da Junta de Inspeção de Saúde, após a sessão, assinarão a Ata de Inspeção de Saúde.~~

~~§ 3º Os pareceres das Juntas de Inspeção de Saúde serão sempre elaborados de acordo com o entendimento da maioria dos seus membros, incluindo o do Presidente, procedendo-se o pronunciamento a partir do Oficial mais moderno, devendo os membros vencidos justificarem, por escrito na Ata, o seu parecer.~~

~~§ 4º As sessões serão numeradas sequencialmente dentro de cada ano civil, a partir de 001 (zero, zero, um), até o término de seus trabalhos.~~

~~§ 5º O arquivo e a guarda dos registros produzidos na SAMP deverão obedecer a legislação específica existente na Corporação.~~

~~Art. 30. Da Ata original da inspeção de saúde nos casos de reforma, incapacidade definitiva, transferência para a reserva remunerada, Junta Superior de Saúde em grau de recurso, após lavrada em minuta, será confeccionado em 05 (cinco) vias um extrato da Ata original no qual será omitido apenas o(s) diagnóstico(s), contendo inclusive os dados completos dos médicos peritos que participaram da sessão, as quais serão assinadas unicamente pelo chefe da SAMP e remetidas ao Chefe do DGP para cumprir sua finalidade, ressalvada a possibilidade de informatização do sistema, criação de prontuário e assinatura eletrônicos e outras possíveis inovações tecnológicas futuras, onde as Atas já estariam disponibilizadas no próprio sistema.~~

~~§ 1º Quando se tratar de inspeção de saúde para fins de conclusões de Documento Sanitário de Origem, concessão de pensão alimentícia e reinclusão, será confeccionado um extrato da Ata original, em 02 (duas) vias, no qual será omitido apenas o(s) diagnóstico(s), contendo inclusive os dados completos dos médicos peritos que participaram da sessão, as quais serão assinadas unicamente pelo chefe da SAMP e remetidas ao Departamento de Gestão de Pessoal para cumprir suas exigências.~~

~~§ 2º As cópias de Atas de Inspeção de Saúde contendo pareceres de inclusão na PMDF, engajamento, reengajamento, independência de engajamento, exames periódicos para permanência no serviço ativo, licenças e restrições médicas, matrícula em cursos, inclusão no quadro de acesso e outras situações aqui não previstas, poderão ser substituídas por relação nominal que será encaminhada através de ofício ao Departamento de Gestão de Pessoal para cumprimento de sua finalidade.~~

~~§ 2º As cópias de Atas de Inspeção de Saúde contendo pareceres de inclusão na PMDF, engajamento, reengajamento, exames periódicos para permanência no serviço ativo, reserva remunerada, licenças e restrições médicas, matrícula em cursos, inclusão no quadro de acesso e outras situações aqui não previstas, poderão ser substituídas por relação nominal que será encaminhada através de ofício à DPM para cumprimento de sua finalidade.~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 1.177, de 29.04.2021)~~

~~Art. 31. As doenças, afecções, síndromes, lesões, perturbações mórbidas ou defeitos físicos, devem ser codificados com clareza, no parecer, bem como em Ata de Inspeção de Saúde, conforme determinam os manuais revisados periodicamente de Classificação Internacional de Doenças.~~

~~Parágrafo único. No caso de inexistência de doença ou de defeito físico, tal situação será lançada no parecer, bem como no local do “Diagnóstico” no formulário da Ata de Inspeção, no que couber, conforme a classificação internacional de doenças (CID).~~

~~Art. 32. Os pareceres emitidos pelas Juntas de Inspeção de Saúde e médicos peritos, quanto à sua forma, seu conteúdo e vinculação à finalidade da inspeção, serão definidos, além do que estiver estabelecido em Norma Técnica, do seguinte modo:~~

~~I — reconhecida a aptidão do inspecionado, será lançado na ata de inspeção de saúde, o parecer: **“Apto para o serviço policial militar”**, devendo ser observada tal situação quando o policial militar se encontrar em condições de higidez física e mental suficientes ao desempenho do serviço policial militar;~~

~~II — deverá ser empregada a expressão **“Apto sub-judice”** quando o policial militar, anteriormente incapacitado em inspeção de saúde, obtiver sentença judicial favorável à sua inclusão nas fileiras da Corporação, não podendo ser incapacitado por doença, lesão ou deficiência objeto da sentença;~~

~~III — reconhecida a aptidão do inspecionado, necessitando este, porém, observar prescrições de ordem médica que não impliquem em afastamento total do serviço policial militar, será lançado na ata de inspeção de saúde, bem como na carteira de saúde do policial militar, o parecer: **“Apto para o Serviço Policial Militar com restrição médica a...”**; neste caso, o médico perito anotará a restrição de acordo com a tabela abaixo, especificando o período:~~

AR — Ambiente ruidoso	PT — Prática de Tiro
CB — Corte de Barba	SA — Serviço Aquático—
CC — Corte de Cabelo	SB — Serviço Burocrático
DG — Digitação	SC — Serviço de comando ou chefia
DV — Dirigir Veículos	SE — Serviço Externo
EF — Educação Física	SG — Serviço de Guarda
ES — Exposição ao Sol	SH — Serviço em Altura
FO — Formatura-	SM — Serviço Manual
IS — Tocar Instrumento de Sopro	SN — Serviço Noturno
LO — Longa Permanência em Pé	SP — Serviço Pesado
MA — Manuseio com Animais	ST — Serviço de Telefonia
MC — Montar a Cavalo	UC — Uso de Coturno
MG — Mergulho-	US — Uso de Sapato
MP — Manipulação de Produtos Químicos	UT — Uso de Tênis
OU — Ordem Unida	UU — Uso de Uniformes
PA — Porte de Arma	Outros-
PO — Policiamento Ostensivo	

<i>AR</i> — <i>Ambiente Ruidoso</i>	<i>PT</i> — <i>Prática de Tiro</i>
<i>CB</i> — <i>Corte de Barba</i>	<i>SA</i> — <i>Serviço Aquático</i>
<i>CC</i> — <i>Corte de Cabelo</i>	<i>SB</i> — <i>Serviço Burocrático</i>
<i>DG</i> — <i>Digitação</i>	<i>SC</i> — <i>Serviço de Comando ou Chefia</i>
<i>DV</i> — <i>Dirigir Veículos</i>	<i>SE</i> — <i>Serviço Externo</i>
<i>EF</i> — <i>Educação Física</i>	<i>SG</i> — <i>Serviço de Guarda</i>
<i>ES</i> — <i>Exposição ao Sol</i>	<i>SH</i> — <i>Serviço em Altura</i>
<i>FO</i> — <i>Formatura Militar</i>	<i>SM</i> — <i>Serviço Manual</i>
<i>IS</i> — <i>Tocar Instrumento de Sopro</i>	<i>SN</i> — <i>Serviço Noturno</i>
<i>LO</i> — <i>Longa Permanência em Pé</i>	<i>SP</i> — <i>Serviço Pesado</i>
<i>MA</i> — <i>Manuseio com animais</i>	<i>ST</i> — <i>Serviço de Telefonia</i>
<i>MC</i> — <i>Montar a Cavalo</i>	<i>UC</i> — <i>Uso de Coturno</i>
<i>MG</i> — <i>Mergulho</i>	<i>US</i> — <i>Uso de Sapato</i>

<i>MP— Manipulação de Produtos Químicos</i>	<i>UT— Uso de Tênis</i>
<i>OU— Ordem Unida</i>	<i>UU— Uso de Uniforme</i>
<i>PA— Porte de Arma</i>	<i>PD— Condução de Processos Administrativos (Disciplinares e outros)</i>
<i>PO— Policiamento Ostensivo</i>	<i>Outros</i>

(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012)

IV— Quando o militar apresentar indícios de lesão, doença física ou psíquica curável que implique em afastamento total do serviço policial militar, porém em caráter temporário a Junta de Inspeção de Saúde ou o médico perito deverá recomendar o gozo da Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP), na forma da legislação vigente lançando na ata de inspeção de saúde, o parecer: **“LTSP”**, bem como o período de tal afastamento.

V— reconhecida a incapacidade definitiva do inspecionado, será lançado na ata de inspeção de saúde, o parecer: **“Incapaz definitivamente para o serviço policial militar”**, além do disposto abaixo, conforme o enquadramento necessário:

a) quando se tratar de incapacidade para todo e qualquer trabalho, **por doença especificada em lei**, constará o seguinte parecer: **“Incapaz definitivamente para o serviço policial militar. A moléstia foi (ou não foi) adquirida em ato ou em consequência de ato de serviço. Está incapacitado para todo e qualquer trabalho. Necessita (ou não necessita) de internação especializada, militar ou não; necessita (ou não necessita) de assistência ou de cuidados em razão das doenças especificadas em lei”**.

b) quando se tratar de incapacidade para todo e qualquer trabalho, **por doença não especificada em lei**, constará o seguinte parecer: **“Incapaz definitivamente para o serviço policial militar. A moléstia não foi adquirida em ato ou em consequência de ato de serviço. Está incapacitado para todo e qualquer trabalho”**.

VI— para os dependentes de policiais militares, será observado:

a) no caso de Licença para Tratamento de Saúde de Pessoa da Família (LTSPF), o que dispuser a legislação específica;

b) para fins de reconhecimento de dependência, conforme previsto no inciso II do § 2º do art. 50 da lei nº 7.289/1984, bem como no art. 34, inciso I, “b” e “e”, da Lei nº 10.486/2002, a Junta de Inspeção de Saúde, além dos diagnósticos, deverá especificar se o inspecionado é ou não inválido, devendo constar tal situação no referido parecer.

c) nos casos de assistência pré-escolar, quando se tratar de dependentes excepcionais, a Junta de Inspeção de Saúde homologará parecer especializado indicando a idade mental do inspecionado, para fins de enquadramento em tal benefício, conforme dispõe o § 2º do art. 4º do Decreto nº 977,

de 10 de novembro de 1993. O parecer deverá ser o seguinte: ~~“**Moléstia de caráter irreversível, idade mental inferior a 05 (cinco) anos.**”~~. Caso a idade mental seja definitivamente inferior a 05 (cinco) anos deverá incluir os seguintes dizeres ~~“**em caráter definitivo.**”~~.

§ 1º. Quando o policial encontrar-se de Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP), decorrente da modificação do estado físico ou das condições de sua saúde, que não justifiquem sua reforma, e ultrapassar o período de 01 (um) ano contínuo, o mesmo ficará agregado à Diretoria de Pessoal Militar da Corporação, conforme disposto no artigo 77, § 1º, inciso III, letra “e”, da Lei nº 7.289/1984.

§ 2º. Ocorrendo a agregação prevista no parágrafo anterior, o policial militar que ultrapassar o prazo de 02 (dois) anos, a contar da data dessa agregação, por encontrar-se em gozo de LTSP sido julgado incapaz temporariamente para o Serviço Policial Militar, mediante homologação da Junta Superior de Saúde, ainda que se trate de moléstia curável, será reformado, nos moldes do previsto no inciso III do art. 94 da Lei nº 7.289/1984.

Art. 33. O parecer de que trata o inciso III do artigo 32 deverá ser aplicado aos:

I—portadores de doenças especificadas em lei, passíveis de cura ou controle;

II—portadores de pequenas sequelas que impossibilitem apenas a realização de atividades operacionais;

II—portadores de pequenas sequelas, conforme o caso;

(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012)

III—portadores de próteses auditivas, oculares e outras, desde que as respectivas funções estejam dentro dos limites aceitáveis; e

IV—outros casos, de acordo com a avaliação médica e legislações específicas.

§ 1º Considera-se com restrição médica, o policial militar portador de doença ou lesão mínima, assim como a gestante já incorporada que necessite observar prescrição de ordem médica.

§ 2º Quando se tratar de restrição específica em caráter indeterminado deverá ser emitido parecer definindo o estado clínico do policial militar, consignando-se as restrições observadas, devendo o policial militar ser reavaliado no exame periódico, em virtude da possibilidade de reversão da moléstia adquirida face à evolução da medicina moderna. Deverá ser lançado na ata de inspeção de saúde, bem como na carteira de saúde do policial militar, o parecer: **“Restrição médica por período indeterminado a...”**

Art. 34. O parecer que demonstrar a incapacidade temporária ou restrição para determinada atividade policial militar, em decorrência de recomendação médica, deverá esclarecer o motivo

~~determinante, ficando o policial militar submetido ao previsto na portaria que disciplina a redesignação de atividade.~~

~~CAPÍTULO III DA RESTRIÇÃO MÉDICA~~

~~Art. 35. Considera-se de restrição médica, para os fins desta portaria, o afastamento das atividades precípua do quadro ou especialidade do policial militar da ativa por razões físicas ou psicológicas de menor gravidade, não abrangido nas causas de reforma prevista em legislação.~~

~~Art.36. O policial militar considerado “**apto para o Serviço Policial Militar com restrição médica a ...**” deverá ser empregado em atividades pela OPM obedecendo o seguinte:~~

~~I — nos casos de restrição de DV, EF, FO, IS, LO, MA, MC, MG, OU, PO, SA, SE, SH, SM e SP, o policial militar deverá ser empregado em atividades operacionais nos locais da Unidade que disponham de condições que atendam às suas restrições, ou em atividades de guarda do quartel, administrativas ou de apoio;~~

~~I — nos casos de restrição de DV, EF, FO, IS, LO, MA, MC, MG, OU, PO, SA, SH, SM e SP, o policial militar deverá ser empregado em atividades operacionais, administrativas, de apoio e/ou de guarda do quartel, desde que realizadas em locais e condições que atendam às suas restrições;~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012)~~

~~II — nos casos de restrição de AR, ES e PT, o policial militar deverá ser empregado somente em atividades administrativas;~~

~~III — nos casos de restrição de SN, o policial militar deverá ser escalado para trabalhar durante o dia em qualquer atividade;~~

~~IV — nos casos de restrição de SG, o policial militar deverá ser empregado em atividades administrativas e de apoio;~~

~~V — nos casos de restrição de PA, o policial militar deverá ser desarmado e empregado em atividades administrativas;~~

~~VI — nos casos de restrição de UU, CC e CB, o policial militar deverá ser empregado em atividades administrativas ou de apoio, e, nesses casos, o PM deverá usar o agasalho para educação físico, segundo seu posto ou graduação, sendo vedado o emprego desse PM em atividades de atendimento ao público;~~

~~VI — nos casos de restrição de UU, CC e CB, o policial militar deverá ser empregado em atividades administrativas ou de apoio, e, nesses casos, o PM deverá usar o Uniforme de Agasalho da PMDF, segundo seu posto ou graduação;~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012)~~

~~VII — para o PM com restrição de CC, será obrigatório manter-se com os cabelos penteados de forma discreta e a utilização obrigatória de gel fixador de cabelo ou rede, de forma a preservar sua apresentação pessoal;~~

~~VIII — nos casos de restrição de DG, MP, SB e ST, o policial militar deverá ser empregado no policiamento ostensivo;~~

~~IX — as policiais militares gestantes deverão ser empregadas em atividades administrativas, cumprindo o horário de expediente da Instituição com uniformes previstos em legislação específica.~~

~~X — nos casos de restrição de SE, o policial militar deverá ser empregado em atividades operacionais, administrativas, de apoio e/ou de guarda do quartel, desde que realizadas em locais da OPM, cujas condições atendam às suas restrições. Exclui-se da referida restrição, a participação do policial em reuniões/representações/eventos externos à OPM, bem como em atos processuais (judiciais/administrativos), desde que realizados em locais e condições que atendam às suas restrições;~~

~~XI — nos casos de restrição de PD, o policial militar deverá ser eximido de figurar como Encarregado de processos administrativos diversos;~~

~~§1º — As restrições constantes do inciso III do artigo 32 dessa Portaria (tabela) são individualizadas, não sendo a existência de uma, pressuposto da outra.~~

~~§2º — Nos casos previstos no inciso II e VI do presente artigo, o policial militar poderá ser autorizado pelo Comandante/Chefe/Diretor/Secretário Geral da OPM a comparecer em trajes civis compatíveis ao evento ou com o Uniforme de Agasalho da PMDF aos atos designados, desde que realizados em locais e condições que atendam às suas restrições.~~

~~§3º — Nos casos previstos nos incisos deste artigo, o Comandante/Chefe/Diretor/Secretário Geral da OPM poderá empregar o policial militar em atividades administrativas e de apoio nos Postos Comunitários de Segurança, desde de que realizados em condições que atendam às suas restrições.~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012)~~

~~Art. 37. O acesso de policiais militares com restrição médica aos cursos que impliquem em sua progressão funcional, será viabilizado pelo Departamento de Educação e Cultura — DEC, por meio de elaboração de grade curricular compatível com a incapacidade física ou mental demandada.~~

~~Parágrafo único. Caso persista a incompatibilidade imposta pela restrição médica, mesmo com a adequação do curso pelo DEC, este disponibilizará o acesso no curso subsequente, mediante requerimento, em conformidade com as disposições constantes nas normas vigentes para adiamento, trancamento, desligamento e rematrícula nos cursos.~~

~~Art. 38. O policial militar com restrição médica poderá frequentar os cursos e estágios de especialização oferecidos pela Corporação, desde que compatíveis com a capacidade física ou mental comprovada por meio de Inspeção de Saúde, que deverá fazer constar na Carteira de Saúde do policial militar: “**apto ou inapto para o curso...**”.~~

~~CAPÍTULO IV~~

~~DA REFORMA~~

~~Art. 39. O policial militar reformado por JOIS em decorrência de incapacidade definitiva, caso seja julgado apto em inspeção de saúde por Junta Superior de Saúde, em grau de recurso ou revisão de ata, retornará ao serviço ativo ou será transferido para a reserva remunerada, consoante o estabelecido no artigo 100 da Lei Federal nº 7.289/1984 — Estatuto dos Policiais Militares da PMDF.~~

~~Parágrafo único. Os policiais militares reformados por moléstias incuráveis e considerados incapazes definitivamente para o serviço, sem poder prover os meios de subsistência, serão inspecionados pela JOIS de 2 (dois) em 2 (dois) anos para reavaliação do seu estado de saúde ou a qualquer tempo, a critério da SAMP.~~

~~Art. 40. Quando se tratar de servidores civis da Polícia Militar do Distrito Federal, as decisões das inspeções de saúde seguirão os mesmos preceitos previstos no artigo 32 desta Portaria, devendo guardar as condições previstas na legislação aplicada aos servidores públicos civis.~~

~~CAPÍTULO V~~

~~DO FUNCIONAMENTO E EMISSÃO DE PARECERES DA SSO~~

~~Art. 41. O funcionamento e a emissão de pareceres pela SSO, no que se refere às Inspeções Periódicas de Saúde, deverá observar o previsto nesta Portaria para a SAMP, salvo suas peculiaridades devidamente justificadas.~~

~~TÍTULO IV~~

~~DISPOSIÇÕES GERAIS~~

~~Art. 42. As inspeções de saúde para verificação de aptidão dos candidatos a ingresso na Polícia Militar do Distrito Federal serão feitas por Oficiais Médicos e Oficiais Odontólogos que constituirão as Juntas de Inspeção de Saúde Especiais (JISE), de responsabilidade do CPSO.~~

~~Art. 43. As JISE destinadas a inspecionar candidatos a ingresso na Polícia Militar do Distrito Federal cumprirão integralmente os dispositivos de editais específicos para cada concurso, podendo ser solicitados exames especializados a fim de complementar pareceres médicos.~~

~~Parágrafo único. Sempre que houver dúvidas quanto aos pareceres de aptidão ou inaptidão do candidato, seu julgamento dependerá de exames complementares específicos, cuja entrega dos resultados à referida Junta não deverá ultrapassar o prazo de 20 (vinte) dias contados a partir da solicitação dos mesmos. Nestes casos, ficará o candidato sujeito à regulamentação pertinente para fins de ingresso e frequência no respectivo curso.~~

~~Art. 44. As atas das inspeções de saúde, para os fins previstos no artigo anterior, serão registradas em minuta, contendo, obrigatoriamente, o nome, filiação, data e naturalidade do candidato.~~

~~Art. 45. Nos casos de doenças previstas no inciso V do art. 96 da Lei nº 7.289, de 18 de dezembro de 1984, bem como no art. 24 da Lei nº 10.486, de 4 de julho de 2002, no artigo 186 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, no artigo 30 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995 e na Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004, as Juntas de Inspeção de Saúde ou médicos peritos deverão consignar em ata, enquadrando ou não a patologia verificada como uma das doenças especificadas em lei.~~

~~Art. 46. As inspeções de saúde para fins de justiça civil ou militar serão realizadas pela SAMP com o objetivo de:-~~

~~I— verificar se o estado de saúde do indiciado ou do réu permite o seu comparecimento perante a Justiça Militar ou Civil;-~~

~~II— verificar o estado mental de um policial militar, indiciado ou acusado em inquérito ou processo eriminal;-~~

~~Art. 46— As inspeções de saúde para fins de justiça civil ou militar e processos administrativos serão realizadas pela SAMP, com o objetivo de:~~

~~I— verificar se o estado de saúde (física/mental) do policial militar permite o seu comparecimento perante a justiça civil ou militar ou autoridade responsável pelo ato processual administrativo; e~~

~~II— verificar outras solicitações previstas nesta Portaria, de autoridade competente, compatíveis com as atribuições da SAMP.~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012)~~

~~III— verificar outras solicitações previstas nesta portaria, de autoridade competente, compatíveis com as atribuições da SAMP.~~

~~Art. 47. As inspeções de saúde para fins de tratamento específico fora do Distrito Federal, inclusive no exterior, serão realizadas por uma Junta de Inspeção de Saúde Especial devidamente nomeada pelo Chefe do CPSO.~~

~~Parágrafo único. Do parecer da referida Junta constará sempre:~~

~~I—o diagnóstico detalhado, especificando as lesões ou doenças, sua natureza e localização (vedado qualquer tipo de publicidade);~~

~~II—necessidade, ou não, do tratamento especializado fora do Distrito Federal;~~

~~III—clínica especializada para onde deve ser encaminhado o examinado;~~

~~IV—tempo de duração provável do tratamento.~~

~~Art. 48. O CPSO exercerá a orientação técnica nas atividades da SAMP e da SSO, visando obter a unicidade das doutrinas, podendo fazê-la através de instruções normativas e providenciará, junto às autoridades competentes, para que sejam cumpridas as disposições vigentes.~~

~~Art. 49. A SAMP e a SSO exigirão de todos os inspecionados, prova de identificação, mediante exibição de um documento válido (Carteira de Identidade Policial Militar ou Civil, ou outros documentos que legalmente substituam a carteira de identidade).~~

~~§ 1º A verificação da identificação do inspecionado ficará a cargo da equipe de auxiliares da SAMP e da SSO, que anotará na ata do inspecionado, o número de registro do documento correspondente, matrícula, filiação, idade, data de nascimento, motivo da inspeção e outros dados que julgar necessário ou lançará os dados diretamente no cadastro do inspecionado caso haja um sistema informatizado.~~

~~§ 2º É obrigatória a apresentação da Carteira de Saúde para a realização da inspeção de saúde do policial militar.~~

~~Art. 50. O Policial Militar em LTSP não poderá dedicar-se a qualquer atividade militar ou civil, ficando obrigado a seguir rigorosamente o tratamento adequado à doença.~~

~~§ 1º A infração ao prescrito no *caput* deste artigo implicará na imediata cassação da licença e a determinação de outra inspeção pela JOIS, para melhor avaliação médica;~~

~~§ 2º Reconhecida ou não a moléstia, será encaminhada a informação ao DCC para apuração dos fatos.~~

~~§ 3º Exclui-se do conceito de atividade militar expressa no *caput* deste artigo, a convocação/participação/submissão do Policial Militar nos processos judiciais e administrativos diversos;~~

~~§ 4º O Comandante/Chefe/Diretor/Secretário Geral do policial militar, nas hipóteses de infração ao prescrito no *caput* deste artigo, deverá notificar imediatamente a JOIS e ao DCC, para as devidas providências.~~

~~(Redação dada pela Portaria PMDF nº 821, de 01.11.2012)~~

~~Art. 51. As OPM deverão realizar o controle do período de afastamento do militar avaliado em inspeção de saúde.~~

~~Art. 52. O policial militar, em processo de exclusão do serviço ativo por perda do posto e patente, licenciamento ou exclusão a bem da disciplina, poderá requerer ao Diretor de Pessoal Militar a realização de inspeção, a fim de verificar o seu estado de saúde, mormente quanto a doenças adquiridas no exercício da função policial militar, no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar da solução que não caiba recurso.~~

~~§ 1º A inspeção de saúde de que trata o caput deste artigo será realizada pela JOIS, a qual deverá agendá-la em caráter de urgência.~~

~~§ 2º Na hipótese do policial militar frustrar ou recusar-se a ser submetido à inspeção de saúde ou de apresentar exames complementares necessários ao esclarecimento médico-pericial, a JOIS deverá:~~

~~I — registrar em ata todos os incidentes ocorridos na inspeção de saúde, como falta, recusa a inspeção ou apresentação de exames;~~

~~II — relatar o ocorrido à DPM, que dará prosseguimento ao processo de exclusão do serviço ativo.~~

~~§ 3º Ao policial militar que se encontre na situação prevista no *caput*, quando da entrada em vigor desta Portaria, o prazo será contado a partir da cientificação pela DPM, observada as demais disposições deste artigo.~~

~~Art. 53. O anexo desta Portaria será atualizado, sempre que necessário, mediante proposta fundamentada do Diretor de Assistência Médica — DAM ao Estado-Maior da Corporação.~~

~~Parágrafo único. Os exames complementares, modelos de ata, formulários e tabelas para as inspeções de saúde serão propostas pelo Chefe do CPSO e aprovados pelo Diretor da DAM.~~

~~Art. 54. A Diretoria de Assistência Médica — DAM deverá reunir os dados estatísticos relacionados aos atendimentos ambulatoriais, exames e inspeções de saúde, inclusive sobre patologias, tipos de restrições médicas e períodos de afastamento, elaborando mapa e/ou relatório mensal a ser encaminhado ao Estado-Maior da PMDF.~~

~~Art. 55. As cópias de documentos constantes dos arquivos do serviço de saúde da Corporação, após deferimento do requerimento pela autoridade competente, correrão às custas do interessado.~~

~~Parágrafo único. O órgão responsável pelo arquivo adotará as providências necessárias para a manutenção do sigilo, quando for o caso, bem como o acompanhamento do interessado até o local escolhido para a realização das cópias.~~

~~Art. 56. Os casos omissos a esta Portaria serão resolvidos pelo Chefe do DSAP, por proposta fundamentada do Diretor de Assistência Médica.~~

~~§ 1º Aplica-se subsidiariamente a legislação castrense sobre processo ou procedimento administrativo, e, na omissão desta, a legislação processual vigente.~~

~~§ 2º O Chefe do DSAP poderá expedir Instrução Normativa que se fizer necessária ao cumprimento desta Portaria, inclusive no que se refere às atribuições dos órgãos subordinados.~~

~~Art. 57. Esta Portaria entra em vigor 30 (dias) após a data de sua publicação.~~

~~Art. 58. Revoga-se a Portaria PMDF nº 522, de 25 de agosto de 2006 e a Portaria nº 741, de 31 de março de 2011, a partir da entrada em vigor desta Portaria.~~

PAULO ROBERTO WITT ROSBACK — CEL QOPM

Comandante-Geral

~~Alterada pela Portaria PMDF Nº 821, de 01 de novembro de 2012, publicada no BCG n.º 227 de 05 de dezembro de 2012.~~

~~Alterada pela Portaria PMDF Nº 956, de 10 de fevereiro de 2015, publicada no BCG n.º 028 de 10 de fevereiro de 2015.~~

~~Alterada pela Portaria PMDF Nº 1.177, de 29 de abril de 2021, publicada no BCG n.º 090 de 14 de maio de 2021.~~

~~Alterada pela Portaria PMDF Nº 1.220, de 06 de setembro de 2021, publicada no BCG n.º 169 de 09 de setembro de 2021.~~

ANEXO

DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

1. ALIENAÇÃO MENTAL

1.1 CONCEITUAÇÃO

~~1.1.1 Considera-se alienação mental todo caso de distúrbio mental ou neuro-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, o pragmatismo e tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho.~~

1.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

~~1.2.1 As juntas de inspeção de saúde, para maior clareza e definição imediata da situação do inspecionado, deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos laudos declaratórios da invalidez do portador de alienação mental, os seguintes dados:~~

- ~~a. diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);~~
- ~~b. modalidade fenomênica;~~
- ~~c. expressão "alienação mental" entre parênteses.~~

~~1.2.2 Os laudos que concluírem por alienação mental deverão ser firmados em diagnósticos que não se confundam com quadros de reações psíquicas isoladas, intercorrências psico-reativas e distúrbios orgânicos subjacentes, dos quais sejam simples epifenômenos.~~

~~1.2.3 Não poderão ser emitidos laudos de alienação mental com base em diagnóstico de enfermidade psiquiátrica aguda.~~

2. CARDIOPATIA GRAVE

2.1 CONCEITUAÇÃO

~~2.1.1 São consideradas cardiopatias graves as entidades nosológicas que reduzem a capacidade funcional do coração, ultrapassando os limites de eficiência dos mecanismos de compensação, impedindo o exercício de atividades normais dos pacientes, apesar da terapêutica, e que, por sua natureza, implicam na redução da expectativa de vida.~~

~~2.1.2 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 dispneia, nem angina de peito;~~
- ~~b. GRAU II — pacientes portadores de doença cardíaca 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 aceusem 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.

2.2 NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

~~2.2.1 Os portadores de lesões cardíacas que incidem nas especificações dos graus III ou IV da avaliação funcional descrita no item 2.1.2 destas Normas serão considerados como portadores de Cardiopatia Grave pelas Juntas de Inspeção de Saúde.~~

~~2.2.2 Os portadores de lesões cardíacas grau II de avaliação funcional do item 2.1.2 destas Normas e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a eficiência funcional, somente serão considerados incapazes por cardiopatia grave quando houver progressão inexorável da patologia, comprovada por exames subsidiários.~~

~~2.2.3 Os portadores de lesões cardíacas, susceptíveis de correção cirúrgica, serão reavaliados após a cirurgia e incapacitados se enquadrados nos itens 2.2.1 e 2.2.2 destas Normas.~~

~~2.2.4 Os portadores de hipertensão arterial secundária, passível de tratamento cirúrgico, terão a capacidade funcional avaliada após o tratamento da doença hipertensiva.~~

~~2.2.5 Os portadores de valvulopatias, susceptíveis de correção cirúrgica, 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.~~

~~2.2.6 As arritmias graves, comprovadas eletrocardiograficamente, resistentes ao tratamento ou com episódios tromboembólicos, serão consideradas como cardiopatia grave, mesmo na ausência de outros sinais clínicos, radiológicos ou ecocardiográficos de alterações cardiovasculares.~~

~~2.2.7 As Juntas de Inspeção de Saúde somente enquadrarão os pacientes como portadores de cardiopatia grave quando afastada totalmente a possibilidade de regressão completa da condição patogênica, podendo aguardar o resultado do tratamento especializado por 24 (vinte e quatro) meses.~~

~~2.2.8 As Juntas de Inspeção de Saúde poderão fazer o enquadramento de cardiopatia grave, dispensando o prazo de observação e tratamento, nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com prognóstico sombrio.~~

~~2.2.9 Os laudos das Juntas de Inspeção de Saúde deverão conter os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca) e a afirmação de que é cardiopatia grave, quando comprovadamente for o caso, para o enquadramento legal da lesão incapacitante.~~

3. CEGUEIRA

3.1 CONCEITUAÇÃO

~~3.1.1 Cegueira ou Amaurose é um estado patológico no qual a acuidade visual de ambos os olhos é igual a zero, sem percepção luminosa, após esgotados os recursos de correção óptica.~~

~~3.1.2 São igualmente considerados como cegueira:~~

- ~~a. os casos de perda parcial de visão, nos limites previstos nesta Normas, 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.~~

3.2 GRAUS DE PERDA PARCIAL DA VISÃO EQUIVALENTES À CEGUEIRA

~~3.2.1 GRAU I — quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/70 na escala SNELLEN e a mínima igual ou superior a 20/200 SNELLEN, bem como em caso de perda total da visão de um dos olhos, quando a acuidade no outro olho, com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/50 na escala de SNELLEN;~~

~~3.2.2 GRAU II — quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/200 SNELLEN e a mínima for igual ou superior a 20/400~~

SNELLEN.

3.2.3 GRAU III — quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/400 SNELLEN e a mínima for igual ou superior a 20/1.200 SNELLEN;

3.2.4 GRAU IV — quando a acuidade visual máxima, em ambos os olhos e com a melhor correção óptica possível, for inferior a 20/1.200 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.

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

3.3 AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL — ESCALAS ADOTADAS

3.3.1 Para uniformidade de linguagem e facilidade de julgamento dos graus de perda da acuidade visual, as Juntas de Inspeção de Saúde adotarão as escalas SNELLEN e DECIMAL na avaliação da acuidade visual para longe e a escala JAEGER na avaliação da acuidade visual para perto.

3.3.2 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
20/33	0,6	88,5
20/40	0,5	84,5
20/50	0,4	76,5
20/67	0,3	67,5
20/100	0,2	49,0
20/200	0,1	20,0
20/400	0,05	10,0

3.3.3 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

3.3.4 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 por seus pesos e dividindo os por 4. Assim, se a eficiência de OD = 90% e de OE = 30%, teremos EVB $(3 \times 90 + 1 \times 30) : 4 = 75\%$.

3.4 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

3.4.1 As Juntas de Inspeção de Saúde concluirão 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.

3.4.2 As Juntas de Inspeção de Saúde, de acordo com a amplitude de conceito legal, também concluirão pela incapacidade definitiva, por cegueira, dos inspecionados que apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, em qualquer dos graus descritos no item 3.2, em decorrência de afecção crônica, progressiva, não susceptível de correção óptica, nem removível por tratamento médico-cirúrgico, à luz de parecer especializado.

4. ESPONDILITE ANQUILOSANTE

4.1 CONCEITUAÇÃO

4.1.1 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 e desta resultar rigidez progressiva da coluna. As articulações periféricas também podem ser comprometidas, principalmente as das raízes dos membros (ombros e coxofemorais), daí a designação rizomélica.

4.1.2 Dentre as denominações comumente dadas à espondilite anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélia, doença de Pierre Marie Strumpell, espondilite ossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veu Bechterew, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoiética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelviespondilite anquilosante, ou pelviespondilite reumática.

4.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

4.2.1 As Juntas de Inspeção de Saúde somente farão o enquadramento legal dos portadores de Espondilite Anquilosante quando verificada a incapacidade definitiva para o serviço ativo e para todo e qualquer trabalho.

4.2.2 Ao firmarem seus laudos, as Juntas de Inspeção de Saúde deverão fazer constar:

- a. o diagnóstico nosológico;
- b. a citação expressa da existência da anquilose da coluna vertebral; e
- c. a citação dos segmentos da coluna vertebral atingidos.

4.2.3 As juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento legal, equiparado ao da Espondiloartrose Anquilosante, aos portadores de artropatias degenerativas da coluna vertebral em estado grave, com extenso comprometimento e acentuado prejuízo à mobilidade da coluna vertebral.

4.2.4 As Juntas de Inspeção de Saúde, 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; e
- d. ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

5. ESTADOS AVANÇADOS DA DOENÇA DE PAGET (OSTEITE DEFORMANTE)

5.1 CONCEITUAÇÃO

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

5.1.2 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: insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

5.2 ~~NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE~~

~~5.2.1 As formas localizadas da Doença de Paget, assintomáticas, detectadas em exames radiológicos de rotina, ou oligossintomáticas, não serão legalmente enquadradas nessa afecção.~~

~~5.2.2 As Juntas de Inspeção de Saúde enquadrarão em incapacidade definitiva por estados avançados da Doença de Paget (Osteíte Deformante) os inspecionados que apresentarem as formas extensas da doença, de acordo com o item 5.1.2.~~

~~5.2.3 Também serão enquadradas, em incapacidade definitiva, as formas monostóticas com deformidades acentuadas e dolorosas e aquelas que apresentarem dificuldade para marcha, característica da coxopatia Pagética.~~

~~5.2.4 Ao firmarem o diagnóstico, as Juntas de Inspeção de Saúde deverão registrar a extensão das deformidades e partes ósseas atingidas, o tipo de complicação que determinou a incapacidade e os exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.~~

~~5.2.5 Exames subsidiários elucidativos, indispensáveis:~~

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

6. HANSENÍASE

6.1 CONCEITUAÇÃO

~~6.1.1 A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de notificação compulsória, causada pela Mycobacterium leprae (bacilo de Hansen), de curso crônico, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.~~

6.2 ~~NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE~~

~~6.2.1 Fica proscrita a sinonímia "LEPRA" nos documentos oficiais do Serviço de Saúde da PMDF.~~

~~6.2.2 Os portadores de Hanseníase Indeterminada (I) realizarão tratamento sem afastamento do serviço ativo.~~

~~6.2.3 Os portadores de Hanseníase Tuberculoide (T) farão o tratamento sem o afastamento do serviço ativo, com exceção dos casos que:~~

- ~~a. apresentarem manifestações cutâneas e/ou neurológicas incompatíveis com o desempenho das atividades policiais militares;~~
- ~~b. cursarem com surtos reacionais;~~

~~6.2.4 Os portadores de Hanseníase Virchowiana e Dimorfa farão o tratamento afastados temporariamente do serviço ativo, enquanto permanecerem com as lesões em atividade ou quando evoluírem com surtos reacionais.~~

~~6.2.5 Os portadores de Hanseníase, mesmo nos casos de tratamento sem afastamento do serviço ativo, obrigatoriamente, serão submetidos a inspeção de saúde nas seguintes situações:~~

- ~~a. logo que firmado o diagnóstico;~~
- ~~b. a cada 6 (seis) meses, no máximo, durante o tratamento;~~
- ~~c. após o término de tratamento.~~

~~6.2.6 Os inspecionados já curados de Hanseníase, mas que apresentarem sequelas incompatíveis com o desempenho das atividades policiais militares, sem contudo determinar invalidez, serão incapacitados de acordo com a legislação vigente, sem o enquadramento em Hanseníase.~~

~~6.2.7 As Juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento da incapacidade definitiva por Hanseníase dos inspecionados que:~~

- ~~a. permanecerem com sinais de atividade clínica após completarem o tratamento;~~
- ~~b. tiverem a ocorrência de atividade clínica após a data por cura, isto é, recidiva;~~
- ~~c. manifestarem surtos reacionais frequentes durante o tratamento ou após a cura;~~

d. ~~apresentarem sequelas invalidantes.~~

6.2.8 ~~Critérios clínicos de atividades:~~

- a. ~~presença de eritema e/ou infiltração nas lesões;~~
- b. ~~aparecimento de novas lesões;~~
- c. ~~aumento e 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.~~

7. MAL DE PARKINSON

7.1 CONCEITUAÇÃO

7.1.1 ~~O Mal de Parkinson (Doença de Parkinson), também chamado Paralisia Agitante, é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecida, resultante do comprometimento do Sistema Nervoso Extra-Piramidal e caracterizado pelos seguintes sinais:~~

- a. ~~tremor — hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;~~
- b. ~~rigidez muscular — sinal característico e eventualmente dominante, acompanha-se do exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fraçãoária, conhecidos como "sinal da roda dentada" (Negro);~~
- c. ~~oligocinesia — diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.~~

7.1.2 ~~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.~~

7.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

7.2.1 ~~Quaisquer das formas clínicas do Mal de Parkinson ou do Parkinsonismo Secundário podem levar à incapacidade definitiva para o serviço ativo quando determinarem impedimento do inspecionando ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.~~

7.2.2 ~~As Juntas de Inspeção de Saúde não deverão enquadrar como incapazes definitivamente para o serviço ativo os portadores de Parkinsonismo Secundário ao uso de medicamentos quando, pela supressão destes, houver regressão e desaparecimento do quadro clínico.~~

7.2.3 ~~As Juntas de Inspeção de Saúde deverão especificar a etiologia da Síndrome de Parkinson responsável pela incapacidade do inspecionando, sempre que possível.~~

7.2.4 ~~Um portador de Doença de Parkinson será reformado ou aposentado, por invalidez, quando os sinais clínicos da doença — determinarem o impedimento ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da enfermidade. A avaliação da invalidez de um paciente portador de Parkinson é fundamentada na pontuação expressa na tabela de Webster.~~

7.2.5 — TABELA DE WEBSTER

~~A tabela permite pontuação com valores crescentes de 0 (zero) a 3 (três) pontos por item analisado. Concluído o estudo, é emitido parecer sobre a condição do examinado, fundamentado no somatório dos valores obtidos.~~

ITEM AVALIADO	00 NORMAL	01 POUCO COMPROMETIDO	02 MODERADO	03 GRAVE
Bradicinesia de mãos				
Postura				

Balancio de membros superiores				
Rigidez				
Marcha				
Tremor				
Face				
Seborréia				
Fala				
Cuidados pessoais				

O somatório dos valores encontrados possibilita identificar e classificar o estado e a evolução da doença a partir dos valores obtidos, permitindo definir pela invalidez. Assim temos:

- a. de 01 a 10 — início da doença (apto);
- b. de 11 a 20 — incapacidade moderada (incapaz, mas não inválido); e
- c. de 21 a 30 — doença grave ou avançada (inválido).

8. NEFROPATIA GRAVE

8.1 CONCEITUAÇÃO

8.1.1 São consideradas Nefropatias Graves as patologias de evolução aguda, subaguda ou crônica que, de modo irreversível, acarretam insuficiência renal, determinando incapacidade para o trabalho e/ou risco de vida.

8.2 CLASSIFICAÇÃO

8.2.1 Considerados os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, as nefropatias cursam conforme a classificação que se segue:

- a. Insuficiência renal leve — classe I:
 - 1. Filtração glomerular maior que 50ml/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%.

8.3 NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

8.3.1 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.

8.3.2 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 inspecionado.

8.3.3 As nefropatias que cursam com insuficiência renal severa, classe III, são enquadradas como Nefropatias Graves.

8.3.4 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia seguido da afirmativa de que “é Nefropatia Grave” quando comprovadamente for o caso, para fim de enquadramento legal.

9. NEOPLASIA MALIGNA

9.1 CONCEITUAÇÃO

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

9.2 NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

9.2.1 Para o policial militar da ativa:

9.2.1.1 Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna os policiais militares que apresentarem exames comprobatórios do diagnóstico de Neoplasia Maligna, de qualquer prognóstico

9.2.1.2 Poderão ser mantidos em LTSP ou Restrição Médica os policiais militares que a doença seja, na ocasião da inspeção, susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico ou que o seu estadiamento clínico indicar prognóstico bom ou indefinido.

9.2.1.3 As Juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento da incapacidade definitiva por Neoplasia Maligna dos inspecionandos que satisfizerem uma das condições abaixo:

- a) apresentarem neoplasia com mau prognóstico a curto prazo;
- b) tornarem-se inválidos em consequência de sequelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna;
- c) manifestarem recidiva ou metástase de neoplasia maligna sem possibilidade de cura.

9.2.1.4 Os portadores de neoplasia maligna não enquadrados no item 9.2.1.3 poderão permanecer em Serviço Ativo, devendo, obrigatoriamente, nos primeiros 5 (cinco) anos após o laudo inicial, ser submetidos a revisões médicas especializadas, em períodos não superiores a 1 (um) ano, findo os quais, caso não apresentem evidência de atividade da neoplasia, poderão ser considerados não portadores de neoplasia maligna.

9.2.2 Para o Policial Militar inativo (Na Reserva Remunerada ou Reformado):

9.2.2.1 Serão considerados portadores de Neoplasia Maligna os Policiais Militares que:

- a) apresentarem exames comprobatórios do diagnóstico de Neoplasia Maligna de qualquer prognóstico;
- b) mesmo que sua doença seja, na ocasião da inspeção, susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico ou que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

9.2.2.2 Os portadores de neoplasia maligna enquadrados no item 9.2.2.1 serão reformados, ou terão sua reforma revista, conforme o caso, obrigatoriamente, nos primeiros 5 (cinco) anos após o laudo inicial, devendo ser submetidos à perícias médicas periódicas, em períodos não superiores a 1 (um) ano, findo os quais, caso não apresentem evidência de atividade da neoplasia, deverão ser considerados não portadores de neoplasia maligna, estando sujeitos a novo enquadramento legal.

9.2.3 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão, ao firmar o diagnóstico, citar o tipo anatomopatológico da neoplasia, sua localização, presença ou não de metástases, estadiamento clínico e acrescentar a expressão Neoplasia Maligna, para fim de enquadramento legal.

9.2.4 As Juntas de Inspeção de Saúde ao firmarem o diagnóstico de inspecionandos que tiverem sido submetidos à ressecção cirúrgica de Neoplasia Maligna, deverão fazer menção desse procedimento.

9.2.5 Devido ao avanço dos tratamentos e ao diagnóstico precoce, atualmente nem todas as neoplasias malignas são incapacitantes.

10. PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

10.1 CONCEITUAÇÃO

10.1.1 Entende-se por paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica de natureza destrutiva ou degenerativa, a qual implica a 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.

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

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

10.1.4 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.

10.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

10.2.1 Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes de um dos tipos descritos no item anterior, satisfeitas as condições conceituais especificadas no item 10.1.2 destas Normas, serão consideradas total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho.

10.2.2 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão especificar, em seus laudos, os diagnósticos etiológico e anatômico, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que tratam estas Normas, o caráter definitivo e permanente da lesão.

10.2.3 As Juntas de Inspeção de Saúde deverão declarar, após enunciar o diagnóstico, a expressão: "É Paralisia Irreversível e Incapacitante", quando concluírem pela invalidez dos inspecionandos portadores das lesões citadas nos itens 10.1.3 e 10.1.4 destas Normas, satisfeitas todas as condições desses itens.

11. PÊNFIGO

11.1 CONCEITUAÇÃO

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

- a. Erupção bolhosa;
- b. Acantólise;
- c. Auto imunidade.

11.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

11.2.1 As Juntas de Inspeção de Saúde somente poderão concluir os seus laudos quando o diagnóstico clínico de Pênfigo for confirmado por meio de exame histológico (citodiagnóstico de Tzanck), de imunofluorescência direta e outros exames que a medicina especializada indicar.

11.2.2 As Juntas de Inspeção de Saúde concluirão, inicialmente, por LTSP ou Restrição Médica, de acordo com o quadro clínico, considerando-se a resposta terapêutica em todos os casos e formas de Pênfigos.

11.2.3 As Juntas de Inspeção de Saúde não deverão enquadrar como Pênfigo os casos provocados por fármacos.

11.2.4 Um portador de Pênfigo será reformado ou aposentado, por invalidez, quando os sinais clínicos da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da enfermidade.

12. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)

12.1 CONCEITUAÇÃO

~~12.1.1 A SIDA/AIDS é uma síndrome de imunodeficiência secundária, causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que pode acometer qualquer indivíduo que apresente um comportamento considerado de risco, resultando em infecções oportunistas, doenças malignas e lesões neurológicas.~~

~~12.2 CLASSIFICAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS~~

~~12.2.1 A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos CD4.~~

~~12.2.2 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 extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV;~~
- ~~3. infecção aguda — síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.~~

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

~~12.2.3 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;
- e. Grupo III indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

12.3 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

12.4 NORMAS DE PROCEDIMENTOS DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

12.4.1 Os portadores assintomáticos ou em fase de linfadenopatia persistente generalizada (LPG), serão considerados pela SAMP com restrição médica por tempo indeterminado devendo ser submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superior a 12 (doze) meses;

12.4.2 Os inspecionados classificados nas categorias A2, B1 e B2, respeitando a finalidade da inspeção de saúde e a natureza da sua atividade militar, se julgada de risco para o agravamento da sua condição de saúde, deverão ser submetidos à Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP) com acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em período não superiores a 180 (cento e oitenta dias);

12.4.3 Os inspecionados classificados nas categorias A2, B1 e B2, respeitando a finalidade da inspeção de saúde e a natureza da sua atividade militar, se não julgada de alto risco para o agravamento da sua condição de saúde, em princípio e a critério da SAMP, serão considerados com restrição médica por tempo indeterminado, devendo ser submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias caso apresentem remissão do quadro clínico e laboratorial após um período de 90 (noventa) dias de tratamento especializado;

12.4.4 Em princípio, serão considerados incapazes definitivamente para o serviço ativo os inspecionados classificados nas categorias A3, B3 e C;

12.4.5 Constituem exemplos de laudo:

- “Portador de HIV, classificação A1, estando com restrição médica por tempo indeterminado, devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em período não superior a 12 (doze) meses”;
- “Portador de HIV, classificação A2, estando com restrição médica por tempo indeterminado, devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em período não superiores a 180 (cento e oitenta) dias;
- “Portador de HIV, classificação A2, estando em gozo de Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP), devendo ser submetido a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias;
- “SIDA/Aids, classificação A3, estando em gozo de Licença para Tratamento de Saúde Própria (LTSP)

13. TUBERCULOSE ATIVA

13.1 CONCEITUAÇÃO

13.1.1 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.

13.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE.

13.2.1 Nos exames de saúde para admissão ao serviço ativo, o diagnóstico de tuberculose ativa ou em estágio evolutivo indeterminado implica na incapacitação do candidato.

13.2.2 Os inspecionandos portadores de tuberculose ativa permanecerão em LTSP 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.

13.2.3 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 (seis) meses e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

13.2.4 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 (seis) meses, contados a partir do término do tratamento.

13.2.5 Os inspecionandos considerados curados em período inferior a 2 (dois) anos de afastamento do serviço para tratamento de saúde retornarão ao serviço ativo.

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

13.2.7 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 (cardiopatia grave) deste anexo.

13.2.8 Os inspecionandos portadores de lesões tuberculosas extra pulmonares serão julgados pelas Juntas de Inspeção de Saúde à luz dos critérios gerais descritos nestas Normas e daqueles pertinentes a cada caso, conforme parecer das clínicas especializadas.

13.2.9 As Juntas de Inspeção de Saúde, ao concluírem pela incapacidade definitiva dos inspecionados, deverão fazer constar dos laudos, o diagnóstico acrescido da expressão "Tuberculose Ativa" entre parênteses complementando com os dados que permitam o enquadramento legal aplicável ao caso.

13.2.10 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.

14. HEPATOPATIA GRAVE

14.1 CONCEITUAÇÃO

14.1.1 Na maioria dos casos, o diagnóstico de doença hepática requer uma anamnese detalhada associada à inspeção física, além de suporte laboratorial e exames de imagem. A biópsia hepática, tida como padrão na avaliação das doenças hepáticas, atualmente é menos necessária para o diagnóstico do que para a classificação e o estadiamento da doença.

14.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

14.2.1 Cirrose — Classificação de Child Pugh

Fator	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina sérica umol/l (mg/dl)	<34 (<2,0)	34-51 (2,0-3,0)	>51 (>3,0)
Albumina sérica, g/l (g/dl)	>35 (>3,5)	30-35 (3,0-3,5)	<30 (<3,0)
Aseite	Nenhuma	Facilmente controlada	Mal controlada
Distúrbio neurológico	Nenhum	Mínimo	Coma avançado

Tempo de protrombina (Segundos de prolongamento) INR	0-4 <1,7	4-6 1,7-2,3	>6 >2,3
--	-------------	----------------	------------

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

14.2.2 Considera-se como portador de hepatopatia grave aquele que apresentar doença hepática que se enquadre na classe C do escore Child-Pugh ou MELD igual ou maior que 15 e os candidatos a transplante, já em lista, independentemente das classificações acima mencionadas. Quanto aos examinados inseridos na classe B deverão ser avaliados por especialista na área, para seu enquadramento.

14.2.3 Os portadores de hepatopatia grave serão isentos do desconto de imposto de renda na fonte, em conformidade com o inciso XIV, do art. 6º da Lei nº 7.713, de 23 de dezembro de 1988, art. 47 da Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, art. 30 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995 e art. 1º da Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004.

15 ESCLEROSE MÚLTIPLA (Art. 186 da Lei Nº 8.112 de 11DEZ1990)

15.1 — CONCEITUAÇÃO

15.1.1 Enquadra-se no capítulo das doenças desmielinizantes do sistema nervoso central lentamente progressiva, caracterizada por placas disseminadas de desmielinização do cérebro e medula espinhal, resultando em múltiplos e variados sinais e sintomas, geralmente com remissões e exacerbações.

15.2 — CLASSIFICAÇÃO

15.2.1 Surto-remissão — se a pessoa com EM tiver uma recuperação parcial ou total (remissão) após os ataques (surtos), então esta é chamada evolução por surtos-remissão. Geralmente os doentes podem viver normalmente, sem sintomas, entre dois surtos. Podem ocorrer mais surtos ou nunca sequer reaparecerem.

15.2.2 Secundariamente Progressiva — a EM secundária progressiva é uma fase da doença que se segue a EM por surtos de exacerbação-remissão. Ocorre quando o grau de incapacidade persiste e/ou agrava durante os surtos. Cerca de 30-50% dos portadores de EM, que inicialmente apresentem a forma por surtos-remissão, desenvolvem a EM secundariamente progressiva ao fim de 10 anos.

15.2.3 Primariamente Progressiva — a forma primariamente progressiva da EM é mais rara. Aqui a incapacidade e os sintomas agravam-se continuamente desde o início, sem ataques e sem remissões intermédias da incapacidade.

15.2.4 Benigna — independente desta classificação, a denominada evolução benigna da EM acontece se o doente viver sem limitações na sua vida quotidiana durante mais de 15 anos após ter sido diagnosticado com EM. Esta forma de EM não agrava com o tempo e só pode ser identificada retrospectivamente. A EM benigna tende a estar associada a sintomas iniciais menos graves, por exemplo, sensoriais.

15.3 — EXAMES PARA AVALIAR O DIAGNÓSTICO:

- a) exame do líquido cefalorraquidiano: (anormal até 55% dos casos);
- b) avaliação por ressonância magnética: (É técnica mais sensível, podendo mostrar as placas);
- c) potencial evocado: (são análises das respostas elétricas repetidas pela estimulação de um

sistema sensorial: geralmente alterados).

15.4 — ESCALA EDSS (completa):

GRADUAÇÃO	CRITÉRIOS CLÍNICOS
0	Exame neurológico normal (todos indicadores de grau 0 nos sistemas funcionais (SF)).
1.0	Ausência de incapacidade funcional, sinais neurológicos mínimos num dos SF.
1.5	Ausência de incapacidade funcional, sinais neurológicos mínimos em mais de um SF.
2.0	Incapacidade funcional mínima num SF.
2.5	Incapacidade funcional mínima em dois SF.
3.0	Incapacidade funcional moderada num SF ou incapacidade ligeira em três ou quatro SF, embora com plena capacidade ambulatória.
3.5	Plena capacidade ambulatória, mas com incapacidade funcional moderada num SF, e um ou dois SF com grau 2, ou dois SF com grau 3, ou cinco SF com grau 2.
4.0	Plena capacidade ambulatória sem necessidade de assistência, plena independência funcional, atividade durante cerca de 12 horas por dia, apesar de alguma incapacidade funcional relativamente grave, caracterizada por um SF com grau 4 (os restantes SF com graus 0 ou 1) ou combinações de graus inferiores ultrapassando os limites dos níveis anteriores. Capacidade ambulatória num percurso de cerca de 300 metros sem assistência ou descanso.
4.5	Plena capacidade ambulatória sem assistência, atividade normal durante a maior parte do dia, capacidade de trabalhar durante um dia completo, eventualmente com algumas limitações à atividade plena ou com necessidades de assistência mínima; estado caracterizado por uma incapacidade funcional relativamente grave, apresentando um SF com grau 4 (os restantes com grau 0 ou 1), ou combinações de grau inferior, ultrapassando os limites dos níveis anteriores. Capacidade ambulatória num percurso de cerca de 300 metros sem assistência ou descanso.
5.0	Capacidade ambulatória num percurso de cerca de 200 metros sem assistência ou descanso; incapacidade funcional suficientemente grave para afectar adversamente o desempenho das atividades diárias (por exemplo, realizar o trabalho de um dia sem tomar medidas especiais). Um SF com grau 5 isolado, os restantes com grau 0 ou 1; ou combinações de graus inferiores, que ultrapassam geralmente os indicados para o nível 4.0.
5.5	Capacidade ambulatória num percurso de cerca de 100 metros sem assistência ou descanso; incapacidade funcional suficientemente grave para impedir o desempenho das atividades diárias. Um SF com grau 5 isolado, os restantes com grau 0 ou 1; ou combinações de graus inferiores, que ultrapassam geralmente os indicados para o nível 4.0.
6.0	Apoio unilateral intermitente ou constante (bengala, canadiana ou outras próteses) necessário para andar cerca de 100 metros, com ou sem descanso. Combinações com mais de dois SF com grau 3+.
6.5	Apoio bilateral constante (bengalas, canadianas ou outras próteses) necessário para andar cerca de 20 metros sem descanso. Combinações com mais de dois SF com grau 3+.
7.0	Incapacidade de andar mais de 5 metros, mesmo com apoios, necessidade de utilizar uma cadeira de rodas; doente desloca-se sozinho na cadeira de rodas pelo menos 12 horas por dia. Combinações com mais de um SF com grau 4+; muito raramente, grau piramidal 5 isolado.
7.5	Incapacidade de dar mais de alguns passos; necessidade de utilizar uma cadeira de rodas; doente poderá necessitar de ajuda nos seus deslocamentos; doente

	consegue manipular a cadeira, mas não consegue aguentar se numa cadeira de rodas normal durante o dia inteiro; poderá necessitar de uma cadeira de rodas elétrica. Combinações com mais de um SF com grau 4+.
8.0	Doente essencialmente confinado ao seu leito ou cadeira, ou deambulando de cadeira de rodas com ajuda de terceiros, podendo estar fora da cama durante a maior parte do dia; preservação de muitas das funções necessárias para cuidar de si próprio; de uma maneira geral ainda consegue usar os braços de forma eficaz. Combinações com mais de dois SF, normalmente com grau 4+ em diversos sistemas funcionais.
8.5	Doente essencialmente confinado ao leito durante a maior parte do dia; ainda consegue usar o(s) braço(s) de maneira eficaz; preservação de alguma capacidade para cuidar de si próprio. (equivalentes habituais de SF são combinações, normalmente com grau 4+ em diversos sistemas funcionais).
9.0	Doente acamado e totalmente dependente; capaz de comunicar e de comer. Combinações de SF maioritariamente de grau 4+.
9.5	Doente acamado e totalmente dependente, incapaz de comunicar e de comer. Combinações de SF quase todos com grau 4+.
10.0	Morte devida à Esclerose Múltipla.

15.5 — NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

15.5.1 O policial da ativa que tiver o diagnóstico de EM, classificado na forma Surto Remissão, que obtiver classificação EDSS igual ou superior a 6.0 na vigência de Surto, deverá ser mantido em LTSP e reavaliado em período não superior a 06 (seis) meses, e fora do surto(fase remissão).

15.5.2 O policial da ativa que tiver o diagnóstico de EM será mantido em LTSP ou Restrição Médica se obtiver uma classificação de EDSS inferior a 6.0;

15.5.3 O policial da ativa que tiver o diagnóstico de EM e obtiver uma classificação de EDSS igual ou superior a 6.0 na ausência de surto, será reformado.

15.5.4 O policial que na inatividade tiver o diagnóstico de EM e obtiver uma classificação de EDSS igual ou superior a 6.0 na ausência de surto, será reformado nos moldes da legislação vigente.

16 CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO (Lei Nº 11.052, de 29DEZ 2004)

16.1 CONCEITUAÇÃO

16.1.1 Consideram-se "doenças causadas por radiação ionizante em estágio avançado" toda patologia que tenha, comprovadamente, relação de causa e efeito com a radiação ionizante e cujas alterações sejam consideradas incapacitantes e invalidantes, seja por caráter físico-motor ou funcional ou mental.

16.2 QUADROS CLÍNICOS QUE CURSAM COM A SÍNDROME AGUDA DA RADIAÇÃO

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

- a. Quadro Hematopoiético: caracteriza-se por alterações hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, reticulocitopenia) provenientes de exposição à radiação ionizante das células tronco e precursoras da medula óssea. O quadro surge ao ser alcançado o limiar de dose de 0,8 a 1,0 Gy, considerando-se uma distribuição uniforme e homogênea de dose;
- b. Quadro Gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes

de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrólítica e sanguínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e

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

16.2.2 Os quadros clínicos decorrentes do acúmulo de pequenas doses de exposição por longo período de tempo não são considerados quadros de síndrome aguda da radiação.

16.3 QUADROS CLÍNICOS QUE CURSAM COM A SÍNDROME CUTÂNEA DA RADIAÇÃO

16.3.1 A síndrome cutânea da radiação pode ser classificada, quanto ao seu grau de severidade, em:

- a. Grau I ou Leve (exposição de 8,0 a 10,0 Gy): evolui com pele seca e pigmentação;
- b. Grau II ou Moderada (exposição > 12,0 a 30,0 Gy): evolui com atrofia de pele, podendo se estender ao subcutâneo e músculos, e com úlcera tardia;
- c. Grau III ou Severa (exposição de 30,0 a 50,0 Gy): evolui com cicatrizes, fibrose, alterações escleróticas, degenerativas e necrose; e
- d. Grau IV ou Muito Grave (exposição acima de 50,0 Gy): evolui com deformidade e recidiva de úlceras, podendo necessitar de amputação.

16.4 MEIOS DE DIAGNÓSTICO

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

- a. história clínica, com dados evolutivos da doença;
- b. exame clínico;
- c. dosimetria física (avaliação de dosímetro individual, de dosimetria de área e reconstrução do acidente com modelo experimental);
- d. dosimetria clínica (avaliação do tempo de surgimento dos sintomas e do tempo de duração das manifestações);
- e. avaliação hematológica;
- f. avaliação bioquímica (glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, transaminases glutâmico oxalacética e pirúvica);
- g. dosimetria citogenética;
- h. tomografia computadorizada;
- i. ressonância magnética;
- j. termografia;
- l. avaliação fotográfica seriada;
- m. estudos cintilográficos; e
- n. estudos Doppler.

16.5 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

16.5.1 A JIS deverá comprovar a relação de causa e efeito da radiação ionizante com a patologia apresentada pelo indivíduo.

16.5.2 A JIS fará o enquadramento pela incapacidade definitiva (invalidez) por síndrome aguda da radiação dos inspecionandos que satisfizerem a uma das seguintes condições:

- a. apresentarem alterações físicas e mentais de mau prognóstico a curto prazo;
- b. apresentarem alterações físicas e mentais que tenham durado ou têm expectativa de duração por período contínuo igual ou maior que 12 (doze) meses; ou
- c. apresentarem sequelas que limitam, significativamente, a capacidade física e mental do inspecionando para executar atividades laborativas básicas.

~~16.5.3 Os pacientes que não se enquadrarem no disposto no item 16.5.2 deverão ser mantidos em LTSP ou Restrição Médica, conforme o caso, devendo ser reavaliado periodicamente, dentro de um período não superior a 12(doze) meses.~~

~~16.5.4 No parecer da JIS deverá constar, obrigatoriamente, o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o dizer “CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO”~~

~~17 MUCOVISCIDOSE ou FIBROSE CÍSTICA (Art. 30 da Lei Nº 9.250, DE 26DEZ1995)~~

~~17.1 CONCEITUAÇÃO~~

~~17.1.1 A fibrose cística ou mucoviscidose é uma doença hereditária, que afeta todo o organismo, causando deficiências progressivas e, frequentemente, levando à morte prematura. O nome *fibrose cística* refere-se à característica cicatrizante (fibrose) e à formação de cistos no interior do pâncreas. A dificuldade para respirar é o sintoma mais sério e resulta das infecções crônicas no pulmão que são tratadas, mas apresentam-se resistentes aos antibióticos e a outras medicações.~~

~~17.1.2 A fibrose cística é causada por uma mutação no gene chamado regulador de condutância transmembranar de fibrose cística (CFTR). Esse gene intervém na produção do suor, dos sucos digestivos e dos mucos. Apesar de a maioria das pessoas não afetadas possuírem duas cópias funcionais do gene, somente uma é necessária para impedir o desenvolvimento da fibrose cística. A doença se desenvolve quando nenhum dos genes atua normalmente. Portanto, a fibrose cística é considerada uma doença autossômica recessiva.~~

~~17.1.3 A maioria dos diagnósticos é feita ainda na infância, contudo alguns diagnósticos ocorrem na adolescência ou até mesmo em adultos jovens. Não há cura para a FC e a maioria dos portadores morrem ainda jovens — muitos entre os 20 e 30 anos por insuficiência respiratória.~~

~~17.2 NORMAS DE PROCEDIMENTO DAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE~~

~~17.2.1 Enquadramento Diagnóstico:~~

- ~~a. Teste do suor — é específico para diagnóstico de fibrose cística. Níveis de cloro superiores a 60 milimoles por litro, em duas dosagens, associados a quadro clínico característico, indicam que a pessoa é portadora da doença;~~
- ~~b. Teste genético — identifica apenas os tipos mais frequentes da doença, porque as mutações do gene são muitas e os kits, padronizados. Mesmo assim, esse teste cobre aproximadamente 80% dos casos.~~

~~17.2.2 As Juntas de Inspeção de Saúde somente poderão concluir os seus laudos quando o diagnóstico clínico de Mucoviscidose for confirmado, por meio de exame clínico e complementares aceitos (e outros exames que a medicina especializada indicar).~~

~~17.2.3 As Juntas de Inspeção de Saúde poderão concluir, inicialmente, por LTSP ou Restrição Médica, de acordo com o quadro clínico, considerando-se a resposta terapêutica.~~

~~17.2.4 Um portador de Mucoviscidose/Fibrose Cística será reformado ou aposentado por invalidez quando os sinais clínicos da doença determinarem o impedimento ao desempenho das atividades normais e não for possível o controle terapêutico da enfermidade.~~