



Boletim do Exército

**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
SECRETARIA-GERAL DO EXÉRCITO**

Nº 38/2006

Brasília - DF, 22 de setembro de 2006.

BOLETIM DO EXÉRCITO

Nº 38/2006

Brasília - DF, 22 de setembro de 2006.

ÍNDICE

1ª PARTE

LEIS E DECRETOS

Sem alteração.

2ª PARTE

ATOS ADMINISTRATIVOS

MINISTÉRIO DA DEFESA

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA NORMATIVA Nº 1.174-MD, DE 6 DE SETEMBRO DE 2006.

Aprova as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas.....7

PORTARIA Nº 1.229-MD, DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Concessão do Prêmio de Honra ao Mérito do Ministério da Defesa.....50

DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL

PORTARIA Nº 199-DGP, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. * (REPUBLICAÇÃO)

Altera o Catálogo de Cursos e Estágios do Exército Brasileiro.....51

DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA

PORTARIA Nº 120-DEP, DE 13 SETEMBRO DE 2006.

Aprova o calendário anual, as datas das provas e os valores das taxas referentes às atividades dos Cursos de Idiomas a Distância (CID), para o ano de 2007.....54

PORTARIA Nº 121-DEP, DE 14 DE SETEMBRO DE 2006.

Altera o § 4º do art 15 das Instruções Reguladoras para a Inscrição, Seleção e Matrícula nos Cursos de Especialização e de Extensão e nos Estágios Gerais, a cargo do DEP (IRISM/CEEEG - IR 60-18), aprovadas pela Portaria Nº 78-DEP, de 31 Jul 06.....57

DEPARTAMENTO LOGÍSTICO

PORTARIA Nº 15-D Log, DE 5 DE SETEMBRO DE 2006.

Cassa Certificado de Registro (CR).....58

SECRETARIA DE ECONOMIA E FINANÇAS

PORTARIA Nº 012-SEF, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006.

Desvincula administrativamente o Centro de Instrução de Artilharia de Foguetes do 6º Grupo de Lançadores Múltiplos de Foguetes e Campo de Instrução de Formosa.....58

PORTARIA Nº 013-SEF, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006.

Desvincula administrativamente o Centro de Instrução de Engenharia de Construção do 11º Batalhão de Engenharia de Construção.....58

PORTARIA Nº 014-SEF, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006.

Desvincula administrativamente o Centro de Instrução de Operações de Garantia da Lei e da Ordem do Comando da 11ª Brigada de Infantaria Leve - Garantia da Lei e da Ordem.....59

PORTARIA Nº 015-SEF, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006.

Desvincula administrativamente o 51º Centro de Telemática do Comando da 6ª Região Militar, vinculando-o administrativamente à 4ª Companhia de Guardas.....59

PORTARIA Nº 016-SEF, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006.

Cassa a semi-autonomia administrativa da Companhia de Polícia do Exército da 6ª Região Militar, desvinculando-a administrativamente do Comando da 6ª Região Militar, e vinculando-a administrativamente à 4ª Companhia de Guardas.....59

SECRETARIA-GERAL DO EXÉRCITO

PORTARIA Nº 245-SGE_x, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.

Fixa as datas de aniversário de Organizações Militares.....60

3ª PARTE

ATOS DE PESSOAL

ATOS DO PODER EXECUTIVO

MINISTÉRIO DA DEFESA

DECRETO DE 14 DE SETEMBRO DE 2006.

Admissão no Corpo de Graduados Especiais da Ordem do Mérito Militar.....60

DECRETO DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Admissão na Ordem do Mérito Aeronáutico.....61

DECRETO DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Promoção na Ordem do Mérito Aeronáutico.....62

DECRETO DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Concessão da Insignia da Ordem do Mérito Aeronáutico.....62

MINISTÉRIO DA DEFESA

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.224-GABINETE, DE 19 DE SETEMBRO DE 2006.

Autoriza o Comandante do Exército a afastar-se do País, a fim de realizar visita oficial ao Comando do Exército Boliviano, na Cidade de La Paz, na República da Bolívia.....63

PORTARIA Nº 1.226-SPEAI/MD, DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Designação para participar de missão militar transitória, que consiste no desempenho da função de Observador Militar, na Missão das Nações Unidas na Etiópia e Eritreia (UNMEE).....63

COMANDANTE DO EXÉRCITO

<u>PORTARIA Nº 515, DE 14 DE AGOSTO DE 2006.</u>	
Exoneração de oficial.....	64
<u>PORTARIA Nº 632, DE 11 DE SETEMBRO DE 2006.</u>	
Promoção de oficial em ressarcimento de preterição.....	64
<u>PORTARIA Nº 637, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.</u>	
Autorização para participação em viagem de serviço.....	64
<u>PORTARIA Nº 638, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.</u>	
Autorização para participação em visita técnica.....	64
<u>PORTARIA Nº 639, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.</u>	
Designação para participação em conferência internacional.....	65
<u>PORTARIAS Nº 640 E 641, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.</u>	
Nomeação de oficial.....	65
<u>PORTARIA Nº 655, DE 20 DE SETEMBRO DE 2006</u>	
Substituição temporária do Comandante do Exército.....	66

SECRETARIA-GERAL DO EXÉRCITO

<u>PORTARIAS Nº 246 A 248-SGEx, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.</u>	
Concessão de Medalha Militar.....	66
<u>PORTARIA Nº 250-SGEx, DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.</u>	
Insubsistência de Concessão de Medalha Corpo de Tropa.....	69

4ª PARTE

JUSTIÇA E DISCIPLINA

COMANDANTE DO EXÉRCITO

<u>DESPACHO DECISÓRIO Nº 126, DE 11 DE SETEMBRO DE 2006.</u>	
Promoção em Ressarcimento de Preterição.....	70
<u>DESPACHO DECISÓRIO Nº 127, DE 11 DE SETEMBRO DE 2006.</u>	
Revisão de Ato Administrativo.....	71
<u>DESPACHO DECISÓRIO Nº 128, DE 11 DE SETEMBRO DE 2006.</u>	
Anulação de Punição Disciplinar.....	72

1ª PARTE
LEIS E DECRETOS

Sem alteração.

2ª PARTE
ATOS ADMINISTRATIVOS

MINISTÉRIO DA DEFESA

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA NORMATIVA Nº 1.174-MD, DE 6 DE SETEMBRO DE 2006.

Aprova as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas.

O MINISTRO DE ESTADO DA DEFESA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal, e tendo em vista o disposto no Decreto nº 5.201, de 2 de setembro de 2004, resolve:

Art. 1º Aprovar as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas, na forma do Anexo a esta Portaria Normativa.

Art. 2º Esta Portaria Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Fica revogada a Portaria Normativa nº 328/GABINETE, de 17 de maio de 2001.

(Portaria publicada no Diário Oficial da União nº 179, de 18 de setembro de 2006 - Seção 1).

ANEXO

**NORMAS PARA AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE DECORRENTE DE DOENÇAS
ESPECIFICADAS EM LEI PELAS JUNTAS DE INSPEÇÃO DE SAÚDE DA MARINHA, DO
EXÉRCITO, DA AERONÁUTICA E DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS**

CAPÍTULO I

FINALIDADE, APLICAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Finalidade

As presentes Normas têm por finalidade conceituar as doenças que, à luz de dispositivos legais, são consideradas graves e incapacitantes, e padronizar os procedimentos a serem adotados pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas para uniformização dos pareceres por elas exarados.

Aplicação

Estas Normas aplicam-se às Juntas de Inspeção de Saúde das Forças Armadas e sua utilização será facilitada por instruções de cada Força, de maneira a atender às peculiaridades dos respectivos sistemas médico-periciais.

Fundamentação

Serviram de base à elaboração destes normativos os seguintes instrumentos legais:

- Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980 - Estatuto dos Militares;
- Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 - Regime Jurídico Único;
- Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988 (inciso XIV do art. 6º, alterado pela Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004) e Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992 - Imposto de Renda; e
- Lei nº 7.670, de 8 de setembro de 1988 (Benefícios aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)).

CAPÍTULO II CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Apresentação

A rápida evolução dos conhecimentos científicos, o aparecimento de métodos semiológicos mais sensíveis, as novas descobertas sobre as doenças e seus mecanismos e os avanços terapêuticos ocorridos após a aprovação da 1ª edição da FA-N-06 - "Normas para Avaliação das Doenças Incapacitantes" tornaram imperativas a revisão e atualização dessa publicação.

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

Modificações significativas foram introduzidas no Capítulo III, e mantidos, de forma esquemática, para cada patologia, os dados considerados indispensáveis para a caracterização do grau da incapacidade dos inspecionandos. Também foram revistos os períodos julgados necessários para uma avaliação criteriosa da evolução dos processos mórbidos.

As Seções 14 e 15 - hepatopatias graves e contaminação por radiação, respectivamente, visam a atender, exclusivamente, às solicitações advindas das Juntas de Inspeção de Saúde para fins de isenção do imposto de renda (Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992).

Conceitos relevantes

Para o entendimento destas Normas são relevantes os seguintes conceitos:

a) incapacidade: é a perda definitiva, pelo militar, das condições mínimas de saúde necessárias à permanência no Serviço Ativo.

b) invalidez: é a perda definitiva, pelo militar, das condições mínimas de saúde para o exercício de qualquer atividade laborativa, civil ou militar.

Revisão de laudo de incapacidade ou invalidez

A revisão de laudo de incapacidade ou invalidez, em qualquer situação, somente será feita por meio de nova inspeção de saúde, pela mesma Junta de Saúde na qual o laudo foi exarado ou outra de instância superior.

Quadro sinóptico de patologias

A seguir, quadro sinóptico das patologias que se referem às doenças graves ou incapacitantes amparadas por diplomas legais:

Patologia	Lei nº 6.880/80 Estatuto dos Militares	Lei nº 8.112/90 Regime Jurídico Único	Lei nº 8.213/91 Previdência Social	Lei nº 11.052/04 Imposto de Renda
Alienação mental	Sim	Sim	Sim	Sim
Cardiopatia grave	Sim	Sim	Sim	Sim
Cegueira posterior ao ingresso no serviço público	Sim	Sim	Sim	Sim
Doenças decorrentes de contaminação por radiação	Não	Não	Sim	Sim
Doença de Parkinson	Sim	Sim	Sim	Sim
Esclerose múltipla	Não	Sim	Não	Sim
Espondiloartrose anquilosante	Sim	Sim	Sim	Sim
Estados avançados do mal de Paget (osteíte deformante)	Não	Sim	Sim	Sim
Hanseníase	Sim	Sim	Sim	Sim
Hepatopatia grave	Não	Não	Não	Sim
Nefropatia grave	Sim	Sim	Sim	Sim
Neoplasia maligna	Sim	Sim	Sim	Sim
Paralisia irreversível e incapacitante	Sim	Sim	Sim	Sim
Pênfigo	Sim	Não	Não	Não
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids)	Sim (por força da Lei nº 7.670/88)	Sim	Sim	Sim
Tuberculose ativa	Sim	Sim	Sim	Sim

CAPÍTULO III DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI

Seção 1 Alienação Mental

1. Conceituação

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

1.2. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão "preservar-se contra uma exagerada admissão de irresponsabilidade" (N. Hungria) e identificar, no quadro clínico de alienação mental, os seguintes elementos:

- a) transtorno intelectual: atinge as funções mentais em conjunto e não apenas algumas delas;
- b) falta de autoconsciência: o indivíduo ignora o caráter patológico de seu transtorno ou tem dele uma noção parcial ou descontínua;
- c) inadaptabilidade: o transtorno mental é evidenciado pela desarmonia de conduta do indivíduo em relação às regras que disciplinam a vida normal em sociedade; e
- d) ausência de utilidade: a perda da adaptabilidade redundando em prejuízo para o indivíduo e para a sociedade (Beca Soto).

1.3. As Juntas de Inspeção de Saúde poderão identificar alienação mental no curso de qualquer enfermidade psiquiátrica desde que, em seu estágio evolutivo, estejam satisfeitas todas as condições a seguir discriminadas:

- a) seja enfermidade mental ou neuromental;
- b) seja grave persistente;
- c) seja refratária aos meios habituais de tratamento;
- d) provoque alteração completa ou considerável da personalidade;
- e) comprometa gravemente os juízos de valor e realidade, com destruição da autodeterminação e do pragmatismo;
- f) torne o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho; e
- g) haja um nexó sintomático entre o quadro psíquico e a personalidade do indivíduo.

1.4. São considerados meios habituais de tratamento:

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

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

2. Quadros clínicos que cursam com a alienação mental

2.1. São necessariamente casos de alienação mental:

- a) estados de demência;
- b) psicoses esquizofrênicas nos estados crônicos;
- c) paranóia e parafrenia nos estados crônicos; e
- d) oligofrenias graves.

2.2. São excepcionalmente considerados casos de alienação mental:

a) psicoses afetivas, mono ou bipolar, quando comprovadamente cronificadas e refratárias ao tratamento, ou quando exibirem elevada frequência de repetição fásica, ou, ainda, quando configurarem comprometimento grave e irreversível de personalidade;

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

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

2.3. Não são casos de alienação mental:

- a) transtornos neuróticos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos;
- b) transtornos da identidade e da preferência sexual;
- c) alcoolismo, dependência de drogas e outros tipos de dependência orgânica;

- d) oligofrenias leves e moderadas;
- e) psicoses do tipo reativo (reação de ajustamento, reação ao estresse); e
- f) psicoses orgânicas transitórias (estados confusionais reversíveis).

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

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

3.1. As Juntas de Inspeção de Saúde, para maior clareza e definição imediata da situação do inspecionando, deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos laudos declaratórios da invalidez do portador de alienação mental os seguintes dados:

- a) diagnóstico da enfermidade básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), edição aprovada para uso nas Forças Armadas;
- b) modalidade fenomênica;
- c) estágios evolutivos; e
- d) expressão "alienação mental" entre parênteses.

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

3.1.2. A simples menção do grau ou intensidade da enfermidade não esclarece a condição de "alienação mental" se não estiver mencionado o estágio evolutivo da doença.

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

3.1.4. Constituem exemplos de laudos:

- a) "Esquizofrenia Paranóide, F.20.0 CID - Revisão 1993, estágio pré-terminal grave (alienação mental)" - CERTO;
- b) "Psicose Afetiva, F.31.6 CID - Revisão 1993, estágio préterminal grave (alienação mental)" - CERTO;
- c) "Psicose Afetiva, F.32.3 CID - Revisão 1993, forma monopolar depressiva, fase crônica irremissível. (alienação mental)" - CERTO;
- d) "Psicose Afetiva (alienação mental)" - ERRADO;
- e) "Psicose pós-traumática grave, T 90.2 CID - Revisão 1993, (alienação mental)" - ERRADO;
- f) "Psicose pós-traumática, T 90.2 CID - Revisão 1993, estado de demência pós-traumática (alienação mental)" - CERTO; e
- g) "Reação Exógena Aguda de Bonhoffer (alienação mental)" - ERRADO.

3.2. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão, explicitamente, fazer constar nos laudos das inspeções de saúde a ausência de alienação mental quando a doença do examinado determinar a sua invalidez mas não se enquadrar nos parâmetros que definam "alienação mental".

3.2.1. Constituem exemplos de laudos:

- a) "Esquizofrenia Paranóide, F.20.0 CID - Revisão 1993" - ERRADO; e
- b) "Esquizofrenia Paranóide, F.20.0 CID - Revisão 1993, estado de defeito leve (não é alienação mental)" - CERTO.

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

3.4. As Juntas de Inspeção de Saúde, ao concluírem seus laudos com um diagnóstico subordinado ao conceito de alienação mental, deverão encaminhar o inspecionando ao órgão competente de sua Força para condução da medida legal conveniente ao caso: medida de segurança, interdição, administração provisória e outros casos, na forma prevista em Lei.

3.5. A medida legal superveniente à conclusão das Juntas de Inspeção de Saúde complementarará, indispensavelmente, o processo administrativo de reforma (ou aposentadoria) do inspecionando portador de alienação mental.

Seção 2

Cardiopatia Grave

4. Conceituação

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

4.2. São consideradas cardiopatias graves:

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

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

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

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

4.4. A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos indivíduos em classes ou graus assim descritos:

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

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

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

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

4.4.1. Os meios de diagnóstico a serem empregados na avaliação da capacidade funcional do coração, cientificamente, são os seguintes:

- a) história clínica, com dados evolutivos da doença;
- b) exame clínico;
- c) eletrocardiograma, em repouso;
- d) eletrocardiografia dinâmica (Holter);
- e) teste ergométrico;
- f) ecocardiograma, em repouso;
- g) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos;
- h) estudo radiológico do tórax, objetivando o coração, vasos e campos pulmonares, usando um mínimo de duas incidências;
- i) cintilografia miocárdica, associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio);
- j) cintilografia miocárdica associada a Dipiridamol e outros fármacos; e
- l) cinecoronarioventriculografia.

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

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

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

- a) cardiopatia isquêmica;
- b) cardiopatia hipertensiva;
- c) miocardiopatia;
- d) arritmia cardíaca;
- e) "cor pulmonale" crônico;
- f) cardiopatia congênita; e
- g) valvopatia.

4.6.1. Em algumas condições, um determinado item pode, isoladamente, configurar cardiopatia grave (por exemplo, fração de ejeção < 0,35); porém, na grande maioria dos casos, a princípio é necessária uma avaliação conjunta dos diversos dados do exame clínico e dos achados complementares, para melhor conceituá-la.

5. Afecções ou doenças capazes de causar cardiopatia grave

5.1. Cardiopatia Isquêmica - Caracterizada por:

a) quadro clínico:

1) angina, Classes III e IV, da NYHA e da Canadian Cardiovascular Society, apesar de responder à terapêutica;

2) manifestações clínicas de insuficiência cardíaca; e

3) arritmias (associar com dados do ECG e do Holter);

b) eletrocardiograma (repouso):

1) zona elétrica inativa (localização e magnitude);

2) alterações isquêmicas de ST-T;

3) distúrbios da condução atrioventricular e intraventricular;

4) hipertrofia ventricular esquerda;

5) fibrilação atrial crônica; e

6) arritmias ventriculares complexas (associar com dados do Holter);

c) radiografia do tórax:

1) cardiomegalia; e

2) congestão venocapilar pulmonar;

d) teste ergométrico:

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

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

3) infradesnível do segmento ST;

(a) precoce (carga baixa);

(b) acentuado (>3mm);

(c) morfologia horizontal ou descendente; e

(d) múltiplas derivações;

4) duração prolongada (> 6 min no período de recuperação);

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

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

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

- 8) sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço; e
- 9) arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica;
- e) cintilografia miocárdica associada a teste ergométrico (Tálio, MIBI, Tecnécio):
 - 1) defeitos de perfusão múltiplos ou áreas extensas (áreas hipocaptantes definitivas ou transitórias);
 - 2) dilatação da cavidade ventricular esquerda ao esforço;
 - 3) hipercaptação pulmonar;
 - 4) fração de ejeção (FE) em repouso menor ou igual a 0,35 (valor específico para o método);
 - 5) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%); e
 - 6) motilidade parietal regional ou global anormal;
- f) cintilografia miocárdica associada a dipiridamol e outros fármacos - interpretação semelhante à definida para a cintilografia com teste ergométrico;
- g) ecocardiograma (em repouso):
 - 1) fração de ejeção menor ou igual a 0,40 (valor específico para o método);
 - 2) alterações segmentares da contratilidade ventricular;
 - 3) dilatação das câmaras esquerdas, especialmente se associada à hipertrofia ventricular esquerda; e
 - 4) complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários;
- h) ecocardiograma associado a esforço ou procedimentos farmacológicos:
 - 1) aparecimento de alterações de contratilidade segmentar inexistentes no Eco em repouso;
 - 2) acentuação das alterações de contratilidade preexistentes; e
 - 3) comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE menor que 5%);
- i) eletrocardiografia dinâmica (Holter):
 - 1) alterações isquêmicas (ST-T) associadas à dor anginosa ou sintomas de disfunção ventricular esquerda;
 - 2) isquemia miocárdica silenciosa (magnitude e duração);
 - 3) arritmias ventriculares complexas;
 - 4) fibrilação atrial associada à isquemia; e
 - 5) distúrbios de condução atrioventricular e intraventricular relacionados à isquemia;
- j) cinecoronarioventriculografia:
 - 1) lesão de tronco de coronária esquerda maior ou igual a 50%;
 - 2) lesões triarteriais moderadas a importantes (maior ou igual a 70% do terço proximal ou médio), e, "eventualmente" do leito distal, dependendo da massa miocárdica envolvida;

- 3) lesão bi ou uniarterial menor ou igual a 70%, com grande massa miocárdica em risco;
- 4) lesões ateromatosas extensas e difusas;
- 5) fração de ejeção menor ou igual a 0,40;
- 6) hipertrofia ventricular esquerda e dilatação ventricular esquerda;
- 7) áreas significantes de acinesia, hipocinesia e discinesia;
- 8) aneurisma de ventrículo esquerdo; e
- 9) complicações mecânicas: insuficiência mitral, comunicação interventricular;
- l) fatores de risco e condições associadas:
 - 1) idade maior ou igual a 70 anos, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia familiar; e
 - 2) vasculopatia aterosclerótica importante em outros territórios (central, periférico);
- m) pós-infarto do miocárdio:
 - 1) disfunção ventricular esquerda (áreas de acinesia, hipocinesia e discinesia);
 - 2) isquemia a distância (em outra área que não a do infarto);
 - 3) arritmias ventriculares complexas;
 - 4) idade avançada; e
 - 5) condições associadas.

5.2. CARDIOPATIA HIPERTENSIVA - A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

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

5.3. MIOCARDIOPATIAS

5.3.1. MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA - A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

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

- g) fibrilação atrial;
- h) síndrome de Wolff-Parkinson-White;
- i) arritmias ventriculares complexas;
- j) regurgitação mitral importante;
- l) doença arterial coronária associada; e
- m) forma obstrutiva com gradiente de via de saída maior ou igual a 50 mm Hg.

5.3.2. MIOCARDIOPATIA DILATADA - Caracterizada por:

- a) história de fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia importante;
- c) ritmo de galope (B3);
- d) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
- e) fração de ejeção menor ou igual a 0,30;
- f) fibrilação atrial;
- g) arritmias ventriculares complexas; e
- h) distúrbios da condução intraventricular.

5.3.3. MIOCARDIOPATIA RESTRITIVA (endomiocardiofibrose, fibroelastose) - A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

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

5.3.4. Cardiopatia Chagásica Crônica - A gravidade é caracterizada pela presença das seguintes condições:

- a) história de síncope e/ou fenômenos tromboembólicos;
- b) cardiomegalia acentuada;
- c) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
- d) fibrilação atrial;
- e) arritmias ventriculares complexas;
- f) bloqueio bi ou trifascicular sintomático; e
- g) bloqueio atrioventricular de grau avançado.

5.4. ARRITMIAS CARDÍACAS - Constituem características de maior gravidade:

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

b) bradiarritmias:

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

2) bloqueio atrioventricular total:

(a) sintomático;

(b) com resposta cronotrópica inadequada ao esforço;

(c) com cardiomegalia progressiva; e

(d) com insuficiência cardíaca;

3) fibrilação atrial com resposta ventricular baixa; e

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

c) taquiarritmias:

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

2) taquicardias supraventriculares sintomáticas (claudicação cerebral, comprometimento hemodinâmico, taquicardiomiopatia, fenômenos tromboembólicos) de qualquer etiologia e desencadeadas por qualquer mecanismo;

d) síndrome de preexcitação ventricular, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos; e

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

5.5. "COR PULMONALE" CRÔNICO - Constituem características de maior gravidade:

a) quadro clínico:

1) manifestações de hipóxia cerebral e periférica (dedos em baqueta de tambor);

2) insuficiência cardíaca direita;

3) dores anginosas;

4) crises sincopais;

5) hiperfonese canglorosa da segunda bulha no foco pulmonar; e

6) galope ventricular direito (B3) - PO₂ < 60 mm Hg; PCO₂ > 50 mm Hg;

b) eletrocardiograma:

1) sinais de sobrecarga importante de câmaras direitas;

c) ecocardiografia:

1) hipertrofia ventricular direita, com disfunção diastólica e/ou sistólica;

2) grande dilatação do átrio direito;

3) pressão sistólica em artéria pulmonar, calculada a partir das pressões do VD e AD, maior ou igual a 60 mm Hg;

4) insuficiência tricúspide importante; e

5) inversão do fluxo venoso na sístole atrial;

d) estudos hemodinâmicos:

1) dilatação do tronco da artéria pulmonar;

2) dilatação do ventrículo direito;

3) dilatação do átrio direito;

4) pressão na artéria pulmonar maior ou igual a 60 mm Hg;

5) pressão no átrio direito maior ou igual a 15 mm Hg;

6) insuficiência pulmonar; e

7) insuficiência tricúspide.

5.6. CARDIOPATIAS CONGÊNITAS - São consideradas graves as que apresentam:

a) do ponto de vista clínico:

1) crises hipoxêmicas;

2) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);

3) hemoptises, pela presença de circulação colateral brônquica; e

4) arritmias de difícil controle e potencialmente malignas;

b) do ponto de vista anatômico:

1) doença arterial pulmonar;

2) necrose miocárdica, por doença coronária ou origem anômala das artérias coronárias;

3) drenagem anômala total infracardíaca ou origem das artérias coronárias;

4) drenagem anômala total infracardíaca ou com obstruções severas da conexão das veias pulmonares com as sistêmicas;

5) hipotrofia ventricular direita;

6) agenesias valvares (pulmonar e aórtica);

7) hipoplasia ou atresia de valvas pulmonares, aórtica e mitral;

8) hipoplasia ou atresia do coração esquerdo;

9) estenose mitral;

10) transposição das grandes artérias com hiper-resistência pulmonar ou ausência de comunicações;

- 11) ventrículos únicos com atresias valvares;
- 12) ectopias cardíacas com alterações múltiplas; e
- 13) cardiopatias complexas.

5.7. VALVOPATIAS

5.7.1. INSUFICIÊNCIA MITRAL - Caracterizada por:

a) quadro clínico:

- 1) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
- 2) frêmito sistólico palpável na região da ponta;
- 3) primeira bulha inaudível ou acentuadamente hipofonética, no foco mitral;
- 4) sopro holossistólico, no foco mitral, de intensidade $> 3/6$, com irradiação em faixa ou círculo;
- 5) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar; e
- 6) desdobramento amplo e constante da segunda bulha, no foco pulmonar;

b) eletrocardiograma:

- 1) sinais progressivos de sobrecarga atrial e ventricular esquerdas; e
- 2) fibrilação atrial;

c) estudo radiológico:

- 1) aumento acentuado da área, com predominância das cavidades esquerdas;
- 2) sinais de congestão venocapilar pulmonar; e
- 3) sinais de hipertensão pulmonar;

d) ecocardiograma:

- 1) presença de jato regurgitante, de grande magnitude;
- 2) comprometimento progressivo da função ventricular sistólica;
- 3) aumento significativo do diâmetro sistólico do ventrículo esquerdo;
- 4) inversão do fluxo sistólico, em veia pulmonar; e
- 5) sinais de hipertensão pulmonar;

e) hemodinâmica e angiografia:

- 1) onda "v" com valor maior ou igual a 3 (três) vezes, em relação à média do capilar pulmonar;
- 2) opacificação do átrio esquerdo igual ou superior que a do ventrículo esquerdo: Graus III e IV da classificação de Sellers; e
- 3) fração de regurgitação maior ou igual a 60% (FR = volume de regurgitação/volume sistólico total).

5.7.2. ESTENOSE MITRAL - Caracterizada por:

a) quadro clínico:

- 1) história de comissurotomia mitral prévia;
- 2) fenômenos tromboembólicos;
- 3) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
- 4) episódios de edema pulmonar agudo;
- 5) escarros hemópticos;
- 6) fibrilação atrial;
- 7) estalido de abertura da valva mitral precoce;
- 8) impulsão sistólica do ventrículo direito;
- 9) segunda bulha hiperfonética, no foco pulmonar; e
- 10) sinais de insuficiência tricúspide;

b) eletrocardiograma:

- 1) fibrilação atrial; e
- 2) sinais de sobrecarga de câmaras direitas;

c) estudo radiográfico:

- 1) inversão do padrão vascular pulmonar;
- 2) sinais de hipertensão venocapilar pulmonar; e
- 3) sinais de hipertensão arteriolar pulmonar;

d) ecocardiograma:

- 1) área valvar $< 1,0 \text{ cm}^2$;
- 2) tempo de $1/2$ pressão $> 200 \text{ ms}$;
- 3) gradiente transvalvar mitral médio $> 15 \text{ mm Hg}$;
- 4) sinais de hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar $> 50 \text{ mm Hg}$); e
- 5) presença de trombo, no átrio esquerdo;

e) hemodinâmica:

- 1) área valvar $< 1,0 \text{ cm}^2$;
- 2) gradiente diastólico mitral médio $> 15 \text{ mm Hg}$;
- 3) pressão média de capilar pulmonar ou de átrio esquerdo $> 20 \text{ mm Hg}$; e
- 4) pressão sistólica de artéria pulmonar $> 50 \text{ mm Hg}$.

5.7.3. INSUFICIÊNCIA AÓRTICA - Caracterizada por:

a) quadro clínico:

- 1) insuficiência cardíaca (Classes Funcionais III e IV);
- 2) manifestações de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);

- 3) síndrome de Marfan associada;
- 4) presença de galope ventricular (B3);
- 5) sopro de Austin-Flint, na ponta;
- 6) ictus hipercinético, deslocado externamente;
- 7) pressão distólica próxima a zero; e
- 8) queda progressiva da pressão arterial sistólica;

b) eletrocardiograma:

1) sinais de sobrecarga ventricular esquerda, com onda T negativa, em precordiais esquerdas;

2) sinais de sobrecarga atrial esquerda; e

3) fibrilação atrial;

c) estudo radiográfico:

1) aumento importante da área cardíaca, com franco predomínio de ventrículo esquerdo (aspecto em "bota");

2) dilatação da aorta ascendente, da croça e do segmento descendente; e

3) dilatação do átrio esquerdo;

d) ecocardiograma:

1) jato regurgitante Ao/VE largo e extenso;

2) fluxo reverso holodiastólico da aorta descendente;

3) abertura valvar mitral, ocorrendo somente com a sístole atrial;

4) piora progressiva dos parâmetros da função sistólica ventricular esquerda; e

5) queda da fração de ejeção ao ecocardiograma de esforço;

e) medicina nuclear associada a teste ergométrico - comportamento anormal da fração de ejeção;

f) hemodinâmica e angiografia:

1) baixa pressão diastólica da aorta, tendendo à equalização das pressões diastólicas aortoventriculares;

2) pressão diastólica final do ventrículo esquerdo (Pd2 VE) elevada (maior ou igual a 20 mm Hg);

3) opacificação igual ou mais densa do ventrículo esquerdo em comparação com a aorta, durante aortografia (Graus III e IV de Sellers); e

4) fração de regurgitação igual ou maior do que 60%.

5.7.4. ESTENOSE AÓRTICA - Caracterizada por:

a) quadro clínico:

1) sintomas de baixo débito cerebral (tontura, lipotímia, síncope);

- 2) angina de peito;
- 3) presença de terceira bulha;
- 4) insuficiência cardíaca;
- 5) pressão arterial diferencial reduzida;
- 6) pico tardio de intensidade máxima do sopro;
- 7) desdobramento paradoxal da segunda bulha; e
- 8) fibrilação atrial;

b) eletrocardiograma:

1) sinais de sobrecarga ventricular esquerda importante, com infradesnivelamento de ST e onda T negativa, em precordiais esquerdas;

- 2) sobrecarga atrial esquerda;
- 3) fibrilação atrial;
- 4) arritmias ventriculares; e
- 5) bloqueio atrioventricular total;

c) ecocardiograma:

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

d) hemodinâmica:

- 1) área valvar igual ou menor a 0,75 cm²;
- 2) hipocinesia ventricular esquerda; e
- 3) coronariopatia associada.

5.7.5. PROLAPSO VALVAR MITRAL - Caracterizada por:

- a) história familiar de morte súbita;
- b) história de síncope;
- c) fenômenos tromboembólicos;
- d) síndrome de Marfan associada;
- e) arritmias ventriculares complexas;
- f) fibrilação atrial;
- g) disfunção ventricular esquerda;
- h) regurgitação mitral importante;
- i) prolapso valvar tricúspide associado;

j) cardiomegalia (aumento de câmaras esquerdas); e

l) rotura de cordoalhas tendíneas.

5.8. TUMORES CARDÍACOS

5.8.1. Tumores Malignos - Deverão ser adotados os parâmetros exigidos para o enquadramento da neoplasia maligna.

5.8.2. Tumores Benignos, com alterações funcionais irreversíveis.

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

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

6.1. Os portadores de lesões cardíacas que se enquadrem nas especificações dos Graus III ou IV da avaliação de capacidade funcional descrita no item 4.4 destas Normas serão considerados como portadores de cardiopatia grave pelas Juntas de Inspeção de Saúde.

6.2. Os portadores de lesões cardíacas que se enquadrem nas especificações dos Graus I e II da avaliação de capacidade funcional descrita no item 4.4 destas Normas, e que puderem desempenhar tarefas compatíveis com a eficiência funcional, somente serão considerados incapazes por cardiopatia grave quando, fazendo uso de terapêutica específica, e depois de esgotados todos os recursos terapêuticos, houver progressão da patologia, comprovada mediante exame clínico evolutivo e exames subsidiários.

6.2.1. A idade do indivíduo, sua atividade profissional e a incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de lesões cardíacas, a que se refere o item 6.2 destas Normas.

6.3. Os portadores de lesões cardíacas susceptíveis de correção cirúrgica, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, serão reavaliados após a cirurgia e considerados incapacitados se enquadrados nos itens 6.1 e/ou 6.2 destas Normas.

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

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

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

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

6.5.1. As Juntas de Inspeção de Saúde poderão fazer o enquadramento de cardiopatia grave, dispensando o prazo de observação e tratamento citado no item 6.5 destas Normas, nos casos de enfermidade cardiovascular sem terapêutica específica ou de evolução rápida e/ou com mau prognóstico, a curto prazo.

6.6. Os laudos das Juntas de Inspeção de Saúde deverão conter, obrigatoriamente, os diagnósticos etiológico, anatômico e funcional (reserva cardíaca), e a afirmação ou negação de cardiopatia grave para o enquadramento legal da lesão incapacitante.

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

Seção 3 **Cegueira**

7. Conceituação

7.1. 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.

7.2. São equivalentes à cegueira e como tal considerados:

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

b) os casos de redução muito acentuada e irreversível do campo visual (visão tubular), igual ou inferior a 20º, comprovados por campimetria, e que motivem dificuldade de locomoção e de orientação espacial do indivíduo, exigindo a ajuda de terceiros.

8. Graus de perda parcial da visão

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

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

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

d) Grau IV: quando a acuidade visual máxima em ambos os olhos e com melhor correção óptica possível for inferior a 20/1.200 Snellen ou apresentar, como índice máximo, a capacidade de contar dedos à distância de 1 (um) metro, e a mínima limitar-se à percepção luminosa.

8.1. Serão enquadrados nos Graus II, III e IV os indivíduos que tiverem redução do campo visual, no melhor olho, entre 20º e 10º, entre 10º e 5º, e menor que 5º, respectivamente.

9. Avaliação da acuidade visual - Escalas adotadas

9.1. 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.

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

SNELLEN	DECIMAL	% DE VISÃO
20/20	1,0	100,0
20/22	0,9	98,0
20/25	0,8	95,5
20/29	0,7	92,5
20/23	0,6	88,5
20/40	0,5	84,5
20/50	0,4	76,5
20/67	0,3	67,5
20/100	0,2	49,0
20/200	0,1	20,0
20/400	0,1	10,0

10. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Cegueira

10.1. As Juntas de Inspeção de Saúde concluirão pela incapacidade definitiva e invalidez, por cegueira, dos portadores de perda total de visão (cegueira), sem percepção luminosa, determinada por afecção crônica, progressiva e irreversível, à luz de parecer especializado.

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

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

Seção 4 **Espondilite Anquilosante**

11. Conceituação

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

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

11.3. Dentre as denominações comumente dadas à espondilite anquilosante podemos destacar as seguintes: espondilite (ou espondilose) rizomélica, doença de Pierre-Marie-Strumpell, espondilite ossificante ligamentar, síndrome (ou doença) de Veu-Bechterew, espondilite reumatóide, espondilite juvenil ou do adolescente, espondilartrite anquilopoética, espondilite deformante, espondilite atrófica ligamentar, pelvispondilite anquilosante e pelvispondilite reumática.

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

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

12.1. 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.

12.2. 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.

12.3. 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.

12.4. As Juntas de Inspeção de Saúde acrescentarão, entre parênteses, a expressão "equivalente à espondilite anquilosante", ao concluírem os laudos dos portadores de afecções da coluna vertebral que, por seu grave comprometimento e extensa imobilidade, se tornarem total e permanentemente incapacitados para qualquer trabalho.

12.5. 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) tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna.

Seção 5

Estados avançados da doença de Paget (Osteíte Deformante)

13. Conceituação

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

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

- a) fase ativa ou osteoporótica, caracterizada pela formação de tecido ósseo ricamente vascularizado, onde são comuns fraturas com consolidação rápida; e
- b) fase de relativa inatividade, com formação de tecido ósseo denso e menos vascularizado, onde as fraturas têm retardo de consolidação.

13.3. Os estados avançados da doença de Paget apresentam as seguintes características:

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

14. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Doença de Paget

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

14.2. As Juntas de Inspeção de Saúde enquadrarão em incapacidade definitiva por estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante) os inspecionandos que apresentarem as formas extensas da doença, de acordo com o item 13.3 destas Normas.

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

14.2.2. Os portadores de estados avançados da doença de Paget serão considerados inválidos.

14.3. 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 exames subsidiários que comprovem o diagnóstico.

14.3.1. São considerados exames subsidiários elucidativos e indispensáveis:

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

Seção 6

Hanseníase

15. Conceituação

15.1. A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa de notificação compulsória, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), de curso crônico, podendo apresentar surtos reacionais intercorrentes.

15.1.2. Fica proscria a sinonímia "lepra" nos documentos oficiais dos Serviços de Saúde das Forças Armadas.

16. Classificação

16.1. A hanseníase pode ser classificada nas seguintes formas clínicas:

- a) paucibacilares (PB) - baciloscopia negativa:
 - 1) tuberculóide (T); e

- 2) indeterminada (I) - Mitsuda positiva; e
- b) multibacilares (MB) - baciloscopia positiva:
 - 1) virchowiana (V);
 - 2) dimorfa (D); e
 - 3) indeterminada (I) - Mitsuda negativa.

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

16.2. As principais características das formas clínicas de hanseníase são:

16.2.1. Hanseníase tuberculóide (T): apresenta lesões tórpidas ou reacionais anestésicas ou hipoestésicas, circunscritas, acompanhadas de anidrose ou hipoidrose e alopecia, com acentuada estabilidade dentro do tipo, a saber:

16.2.1.1. Lesões tórpidas:

- a) reação de Mitsuda sempre positiva;
- b) o exame bacterioscópico revela ausência de bacilos nas lesões e na linfa cutânea;
- c) o exame histológico evidencia a presença de granuloma tipo tuberculóide de células epitelióides, linfócitos e células gigantes tipo Langhans; e
- d) o exame clínico identifica as lesões em pápulas e tubérculos bem delimitados, nas quais as micropápulas, numerosas ou únicas, se desenvolvem em pele aparentemente normal ou sobre manchas do grupo indeterminado, ou sobre lesões tuberculóides em reação na fase involutiva. As micropápulas podem ser mais coradas que a pele normal, acastanhadas ou avermelhadas, com tendência a coalescerem. Podem apresentar descamação ptiirônica. Da erupção de novas pápulas resultam hansênides figuradas ou marginadas, anulares, ovais elípticas, bem delimitadas, de centro claro e bordas elevadas. A discreta atrofia na área central indica a progressão centrífuga da hansênide. São frequentes as neurites (mononeurites), podendo aparecer lesões cutâneas e espessamento dos nervos.

16.2.1.2. Lesões reacionais:

- a) reação de Mitsuda positiva;
- b) o exame bacterioscópico pode ser positivo;
- c) o exame histológico revela o granuloma tuberculóide com edema inter e intracelular; e
- d) o exame clínico mostra placas eritemato-violáceas edematosas, escamosas, elevadas, com contornos nítidos, de localização palmoplantar, periorifical da face e occipital, ou tomam as extremidades dos membros à maneira de bota ou luva. As lesões geralmente são polimorfas e os tubérculos e nódulos eritemato-violáceos são sugestivos do diagnóstico.

16.2.2. Hanseníase virchowiana (V): apresenta lesões da pele, mucosas, olhos, nervos periféricos (polineurites) e vísceras, sempre tendentes à difusão e expansão.

16.2.2.1. Suas principais características são:

- a) reação de Mitsuda negativa;
- b) ao exame bacteriológico: numerosos bacilos e globias nas lesões e na linfa cutânea;

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

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

16.2.3. Hanseníase indeterminada (I): assim classificada porque na ausência de tratamento pode evoluir para a forma tuberculóide ou para a virchowiana.

16.2.3.1. Suas principais características são:

a) reação de Mitsuda positiva ou negativa;

b) bacterioscopia das lesões e linfa negativa;

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

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

16.2.4. Hanseníase dimorfa (D): apresenta lesões cutâneas semelhantes tanto às da forma virchowiana quanto às da forma tuberculóide, e que tendem, freqüentemente, a evoluir para a forma virchowiana na ausência de tratamento.

16.2.4.1. Suas principais características são:

a) reação de Mitsuda negativa ou fracamente positiva;

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

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

d) clinicamente, as lesões dermatológicas lembram, pelo aspecto e distribuição, as da reação tuberculóide, das quais se distinguem pela imprecisão dos limites externos e pela pigmentação ocre ou ferruginosa, dando uma tonalidade fulva ou acastanhada, própria da hanseníase virchowiana. As lesões, geralmente cervicais, apresentam anestesia, anidrose e alopecia e cursam com surtos eruptivos. Mãos túmidas, cianóticas e com extremidades afiladas.

17. Prescrições Diversas

17.1. Tratamento específico: será eminentemente ambulatorial, mediante esquema-padrão preconizado pela Organização Mundial de Saúde (poliquimioterapia) e aprovado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 816, de 26 de julho de 2000.

17.2. Critérios clínicos de atividades:

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

b) aparecimento de novas lesões;

- c) aumento de lesões preexistentes;
- d) espessamento e/ou parestesia de nervos ou troncos nervosos previamente normais;
- e) paresia ou paralisia de músculo não afetados anteriormente; e
- f) surgimento de novas áreas anestésicas.

18. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Hanseníase

18.1. Os portadores de hanseníase indeterminada (I) realizarão tratamento sem afastamento do Serviço Ativo.

18.2. Os portadores de hanseníase tuberculóide (T) farão o tratamento sem afastamento do Serviço Ativo, com exceção dos casos em que:

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

b) cursarem com surtos reacionais.

18.3. Os portadores de hanseníase virchowiana e dimorfa farão o tratamento afastados, temporariamente, do Serviço Ativo, enquanto permanecerem com as lesões em atividade ou quando evoluírem com surtos reacionais.

18.4. Os portadores de hanseníase, mesmo nos casos de tratamento sem afastamento do Serviço Ativo, serão submetidos, obrigatoriamente, à inspeção de saúde nas seguintes situações:

a) logo que firmado o diagnóstico;

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

c) após o término do tratamento.

18.5. Os inspecionandos já curados de hanseníase, mas que apresentarem seqüelas incompatíveis com o desempenho das atividades militares, sem, contudo, determinar invalidez, serão incapacitados de acordo com a legislação vigente em cada Força, sem o enquadramento em hanseníase.

18.6. As Juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento pela incapacidade definitiva para o Serviço Ativo por hanseníase dos inspecionandos que:

a) permanecerem com sinais de atividade clínica após completarem o tratamento;

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

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

d) apresentarem seqüelas invalidantes.

18.7. Todos os inspecionandos portadores de hanseníase, independente do julgamento das Juntas de Inspeção de Saúde, permanecerão sob rigoroso controle médico e deverão ser submetidos a exames periódicos, determinados pela clínica especializada.

Seção 7

Mal de Parkinson (doença de Parkinson)

19. Conceituação

19.1. O mal de Parkinson (doença de Parkinson), também chamado paralisia agitante, é um quadro mórbido de etiologia ainda não estabelecida, resultante do comprometimento do sistema nervoso extrapiramidal e caracterizado pelos seguintes sinais:

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

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

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

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

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

20. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Mal de Parkinson

20.1. 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.

20.2. 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.

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

Seção 8

Nefropatias Graves

21. Conceituação

21.1. 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.

21.2. As nefropatias graves são caracterizadas por manifestações clínicas e alterações nos exames complementares, a saber:

21.2.1. Manifestações clínicas:

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

b) cardiovasculares: pericardite serofibrinosa, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca;

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

d) neurológicas: cefaléia, astenia, insônia, lassidão, tremor muscular, convulsão e coma;

e) oftamológicas: retinopatia hipertensiva e retinopatia arteriosclerótica;

f) pulmonares: pulmão urêmico e derrame pleural; e

g) urinárias: nictúria.

21.2.2. Alterações nos exames complementares:

a) alterações laboratoriais:

1) diminuição da filtração glomerular;

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

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

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

5) acidose;

b) alteração nos exames por imagem:

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

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

3) distensão do sistema coletor nos processos primariamente obstrutivos; e

4) diminuição da eliminação de contrastes, quando usados.

22. Classificação

22.1. As nefropatias, considerados os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, cursam conforme a classificação que se segue:

a) insuficiência renal leve - Classe I:

1) filtração glomerular maior que 50 ml/min; e

2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%;

b) insuficiência renal moderada - Classe II:

1) filtração glomerular entre 20 e 50 ml/min; e

2) creatinina sérica entre 1,4 e 3,5 mg%;

c) insuficiência renal severa - Classe III:

1) filtração glomerular inferior a 20 ml/min; e

2) creatinina sérica acima de 3,5 mg%.

22.2. Os principais grupos de patologias que cursam com insuficiência renal e são capazes de produzir nefropatias graves são:

- a) glomerulonefrite crônica conseqüente a depósitos de imunocomplexos;
- b) glomerulonefrite crônica conseqüente a anticorpo antimembrana basal;
- c) vasculites;
- d) nefropatia diabética;
- e) nefropatia hipertensiva;
- f) amiloidose renal;
- g) nefropatia por irradiação;
- h) nefropatia conseqüente à obstrução do fluxo urinário;
- i) neoplasias (hipernefroma, linfoma, infiltração leucêmica);
- j) necrose cortical difusa;
- l) necrose medular bilateral;
- m) pielonefrite crônica;
- n) obstrução arterial e/ou venosa grave (aguda ou crônica);
- o) nefrite intersticial crônica; e
- p) nefropatias hereditárias (rins policísticos, Alport e outras).

23. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Nefropatias Graves

23.1. As nefropatias que cursam com insuficiência renal leve - Classe I não são enquadradas como nefropatias graves.

23.2. Os casos de insuficiência renal leve - Classe I, sob suspeita de mau prognóstico, deverão aguardar o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses de evolução e de observação clínica, para confirmação do diagnóstico de afecção irreversível, evolutiva e de mau prognóstico, quando, então, poderão ser enquadrados como nefropatia grave.

23.3. As nefropatias que cursam com insuficiência renal moderada - Classe II poderão ser enquadradas como nefropatias graves quando acompanhadas de manifestações clínicas e sintomas que determinem a incapacidade laborativa do inspecionando.

23.4. As nefropatias que cursam com insuficiência renal severa - Classe III são enquadradas como nefropatias graves.

23.5. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão, ao registrar o diagnóstico, identificar o tipo de nefropatia, seguido da afirmativa ou negativa de nefropatia grave, para fim de enquadramento legal.

Seção 9

Neoplasias Malignas

24. Conceituação

24.1. As neoplasias malignas compreendem um grupo de doenças caracterizadas pelo desenvolvimento incontrolado de células anormais que se disseminam, podendo acometer outros órgãos, a partir de um sítio anatômico primitivo.

24.2. O prognóstico da doença é determinado pelo grau de malignidade da neoplasia, influenciado pelos seguintes fatores:

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

25. Avaliação Diagnóstica e Estadiamento

25.1. O diagnóstico e a extensão da neoplasia maligna podem ser determinados pelos seguintes meios propedêuticos:

- a) exame clínico especializado;
- b) exames radiológicos;
- c) exames ultra-sonográficos;
- d) exames endoscópicos;
- e) exames de tomografia computadorizada;
- f) exames de ressonância nuclear magnética;
- g) exames cintilográficos;
- h) pesquisa de marcadores tumorais específicos;
- i) biópsia da lesão com estudo histopatológico;
- j) exames citológicos;
- l) exames de imunoistoquímica; e
- m) estudo citogenético em casos específicos.

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

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

26. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Neoplasia Maligna

26.1. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão, ao firmar os laudos de neoplasia maligna:

- a) estar fundamentadas em laudo histopatológico;
- b) citar o tipo histopatológico da neoplasia;
- c) citar a sua localização;
- d) citar a presença ou não de metástase;
- e) citar o estadiamento clínico; e
- f) acrescentar a expressão "neoplasia maligna", para fim de enquadramento legal.

26.2. Os inspecionados serão considerados portadores de neoplasia maligna mesmo que sua doença seja, na ocasião da inspeção, susceptível de tratamento cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico ou que o seu estadiamento clínico indicar bom prognóstico.

26.3. As Juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento pela incapacidade definitiva para o Serviço Ativo e pela invalidez por neoplasia maligna aos inspecionados que satisfizerem a uma das condições a seguir citadas:

- a) apresentarem neoplasia com mau prognóstico;
- b) tornarem-se inválidos em consequência de seqüelas do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna; ou
- c) manifestarem recidiva ou metástase da neoplasia maligna.

26.4. Os portadores de neoplasia maligna não enquadrados no item 26.3 destas Normas poderão permanecer em Serviço Ativo, devendo, obrigatoriamente, nos primeiros 5 (cinco) anos após o laudo inicial, ser submetidos a revisões médicas especializadas, em períodos não superiores a 1 (um) ano, findo os quais, caso não apresentem evidência de atividade da neoplasia, poderão ser considerados não-portadores de neoplasia maligna.

26.5. Constitui exemplo de laudo para os casos enquadrados no item 26.3 destas Normas:

a) "Adenocarcinoma do pulmão esquerdo, metástase cerebral, estadiamento Clínico IV, é neoplasia maligna, estando incapaz definitivamente para o Serviço Ativo, para todo e qualquer serviço, e inválido."

26.6. As Juntas de Inspeção de Saúde, ao firmarem o laudo de inspecionados não enquadrados no item 26.3 destas Normas e que tiverem sido submetidos a tratamento de neoplasia maligna não prevista naquele item, deverão fazer menção à data do laudo e considerá-la para a fixação das inspeções anuais a que deverão ser submetidos os inspecionados pelo período de 5 (cinco) anos de acompanhamento clínico, consoante o item 26.4 destas Normas.

26.7. Constituem exemplos de laudos para os casos enquadrados no item 26.4 destas Normas:

a) primeiros 5 (cinco) anos: "História pessoal de neoplasia maligna (CID Z85), de bom prognóstico, sem evidência de recidiva, metástases ou seqüelas incapacitantes resultantes do tratamento instituído, estando apto para o Serviço Ativo, devendo permanecer sob acompanhamento médico especializado e submetido a nova inspeção de saúde em 12 (doze) meses"; e

b) após 5 (cinco) anos - "História pessoal de Neoplasia Maligna, (CID Z85) de bom prognóstico, sem seqüelas incapacitantes resultantes do tratamento instituído e após 5 (cinco) anos de acompanhamento médico com revisões periódicas anuais, está sem evidências de recidiva ou metástases, no presente exame. Não é portador de Neoplasia Maligna, conforme parecer especializado."

Seção 10

Paralisia Irreversível e Incapacitante

27. Conceituação

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

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

28. Classificação

28.1. As paralisias, considerando-se a localização e a extensão das lesões, classificam-se em:

- a) paralisia isolada ou periférica: quando é atingido um músculo ou um grupo de músculos;
- b) monoplegia: quando são atingidos todos os músculos de um só membro;
- c) hemiplegia: quando são atingidos os membros superiores e inferiores do mesmo lado, com ou sem paralisia facial homolateral;
- d) paraplegia ou diplegia: quando são atingidos os membros superiores ou os inferiores, simultaneamente;
- e) triplegia: quando resulta da paralisia de três membros; e
- f) tetraplegia: quando são atingidos os membros superiores e inferiores.

29. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Paralisia Irreversível e Incapacitante

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

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

29.3. São equiparadas às paralisias as paresias das quais resultem alterações extensas das funções nervosas e da motilidade, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação, devendo os laudos das inspeções de saúde citar a sua equiparação com as paralisias, de acordo com a classificação prevista no item 28 destas Normas.

29.4. São equiparadas às paralisias as ausências de membros, segmentos de membros ou de feixes musculares, resultantes de amputação ou ressecções cirúrgicas que resultem em distúrbios graves e extensos da mobilidade de um ou mais membros, devendo os laudos das inspeções de saúde citar a sua equiparação com as paralisias, de acordo com a classificação prevista no item 28 destas Normas.

29.5. Não se equiparam às paralisias as lesões osteomusculoarticulares envolvendo a coluna vertebral.

29.6. Os portadores de paralisias irreversíveis e incapacitantes, classificadas no item 28.1 destas Normas, desde que satisfeitas as condições conceituais especificadas, serão considerados total e permanentemente impossibilitados para qualquer trabalho, portanto, inválidos.

29.7. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão especificar em seus laudos o diagnóstico etiológico e a descrição das alterações anatômicas, caracterizando como condição indispensável para o enquadramento legal de que trata estas Normas a especificação do caráter definitivo e permanente da lesão.

29.8. As Juntas de Inspeção de Saúde, após enunciar o diagnóstico, deverão declarar, entre parênteses, a expressão "equivalente à paralisia irreversível e incapacitante" quando concluírem pela invalidez dos inspecionados portadores das lesões citadas nos itens 29.2, 29.3 e 29.4 destas Normas, satisfeitas todas as condições especificadas nesses itens.

Seção 11

Pênfigos

30. Conceituação

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

- a) erupção bolhosa;
- b) acantólise; e
- c) auto-imunidade.

31. Classificação

31.1. Os pênfigos, por suas características clínicas e histológicas, classificam-se em:

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

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

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

d) pênfigo eritematoso - síndrome de Seneer-Usher: dermatose escamosa com lesões eritematosas ou bolhosas na face e regiões préesternal e médio-dorsal. Não ataca as mucosas. De evolução benigna, não compromete o estado geral dos indivíduos. As lesões, pelo aspecto em vespertílio, lembram o lupus eritematoso discóide e as bolhas podem, como no pênfigo foliáceo, localizar-se nas regiões préesternal e médio-dorsal.

32. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Pênfigos

32.1. 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.

32.2. As Juntas de Inspeção de Saúde concluirão inicialmente pela incapacidade temporária, até o prazo máximo previsto em Lei, considerando-se a resposta terapêutica em todos os casos e formas de pênfigo.

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

Seção 12

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids)

33. Conceituação

33.1. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids) é a manifestação mais grave da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), caracterizando-se por apresentar uma severa imunodeficiência, manifesta no aparecimento de doenças oportunistas.

34. Classificação

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

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

a) Categoria "A":

1) infecção assintomática: indivíduos com sorologia positiva para o HIV, sem apresentar sintomas;

2) linfadenopatia generalizada persistente: linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para o HIV; e

3) infecção aguda: síndrome de mononucleose, caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico;

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

1) angiomatose bacilar;

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

3) candidíase orofaríngea; e

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

c) Categoria "C": indivíduos soropositivos e sintomáticos que apresentem infecções oportunistas ou neoplasias:

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

34.3. Quanto à contagem de linfócitos CD4 os indivíduos pertencem aos seguintes grupos:

- a) Grupo I: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm³;
- b) Grupo II: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm³; e
- c) Grupo III: indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm³.

34.4. O quadro a seguir apresenta a classificação clínica e laboratorial:

GRUPO	CD4	CATEGORIA		
		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.

35. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - SIDA/Aids

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

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

35.3. Os inspecionandos classificados nas Categorias A2, B1 e B2, respeitando a finalidade da inspeção de saúde e a natureza da sua atividade militar, se não julgada de alto risco para o agravamento da sua condição de saúde, em princípio e a critério de cada Força, poderão ser considerados aptos para o Serviço Ativo, devendo ser submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias, caso apresentem remissão do quadro clínico e laboratorial após um período de 90 (noventa) dias de tratamento especializado.

35.4. Os inspecionandos a que refere o item 35.3 destas Normas, que não apresentem remissão do quadro clínico e laboratorial após um período de 90 (noventa) dias de tratamento especializado, deverão ser considerados incapazes temporariamente para o Serviço Ativo e submetidos a acompanhamento médico especializado e a novas inspeções de saúde em períodos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias.

35.5. Em princípio, serão considerados incapazes definitivamente para o Serviço Ativo e inválidos os inspecionandos classificados nas Categorias A3, B3 e C.

35.6. As Forças Singulares expedirão normas próprias para a identificação das atividades de alto risco, de acordo com a natureza da atividade militar a que se refere o item 35.2 destas Normas.

35.7. Constituem exemplos de laudos:

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

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

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

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

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

Seção 13

Tuberculose Ativa

36. Conceituação

36.1. 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.

37. Classificação

37.1. As lesões tuberculosas são classificadas em:

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

37.2. Os inspecionandos são distribuídos em classes, com as seguintes características:

- a) Classe 0: indivíduo sem exposição à tuberculose e sem infecção tuberculosa;
- b) Classe I: indivíduo com história de exposição à tuberculose, porém, sem evidência de infecção tuberculosa (teste cutâneo tuberculínico negativo);
- c) Classe II: indivíduo com infecção tuberculosa, caracterizada pela positividade da prova cutânea tuberculínica, porém, sem tuberculose; e
- d) Classe III: indivíduo com tuberculose doença e que apresenta quadros clínico, bacteriológico, radiológico e imunológico que evidenciam e definem as lesões tuberculosas.

38. Avaliação do potencial evolutivo das lesões tuberculosas

38.1. Avaliação clínica: presença de sinais e/ou sintomas relacionados com a doença. 38.2. Avaliação imunológica: prova tuberculínica.

38.3. Avaliação bacteriológica: pesquisa do *Mycobacterium tuberculosis* nos diferentes materiais, no exame direto, cultura e inoculação em animais sensíveis.

38.4. Avaliação radiológica: estudo radiológico, com destaque dos aspectos infiltrativo, cavitário, nodular, e linear, entre outros, e da característica de estabilidade ou instabilidade das lesões, estudadas por meio de séries de radiografias, obtidas ao longo da evolução da doença.

38.5. Avaliação anatomopatológica das peças de ressecção ou biópsia, com pesquisa bacteriológica.

39. Avaliação do estado evolutivo das lesões tuberculosas

39.1. As lesões ativas apresentam as seguintes características:

- a) bacteriológicas: presença do *Mycobacterium tuberculosis* ao exame direto e/ou cultura de qualquer secreção ou material colhido para exame em amostras diferentes;
- b) radiológicas:
 - 1) caráter infiltrativo-inflamatório das lesões, evidenciado pela reação perifocal;
 - 2) instabilidade das lesões infiltrativas, observadas nas séries de radiografias;

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

4) derrame pleural associado; e

5) complexo gângliopulmonar recente;

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

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

39.2. As lesões inativas apresentam as seguintes características:

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

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

c) clínicas:

1) ausência de sinais e sintomas relacionados à tuberculose;

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

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

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

39.4. As lesões tuberculosas são ditas curadas quando, após o tratamento regular com esquema tríplice, durante 6 (seis) meses, apresentem as características de inatividade descritas no item 39.2 destas Normas.

40. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Tuberculose Ativa

40.1. Nos exames de saúde para admissão ao Serviço Ativo, o diagnóstico de tuberculose ativa ou em estágio evolutivo indeterminado implica incapacitação do candidato.

40.2. Os inspecionados portadores de tuberculose ativa permanecerão em licença para tratamento de saúde (LTS) ou em situação similar, no caso de cabos e/ou soldados, até que a baciloscopia no escarro seja negativa e que ocorra recuperação clínica, quando poderão ser julgados aptos, a despeito da necessidade de continuarem a quimioterapia pelo tempo previsto e sob vigilância médica.

40.3. As Juntas de Inspeção de Saúde, de modo a comprovar, com segurança, a atividade da doença, deverão reavaliar o indivíduo ao término do tratamento, que tem a duração de 6 (seis) meses, e basear suas conclusões, obrigatoriamente, em observações clínicas e exames subsidiários.

40.4. 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.

40.5. Os inspecionados considerados curados, em período inferior a 2 (dois) anos de afastamento do serviço para tratamento de saúde, retornarão ao Serviço Ativo.

40.6. Os inspecionandos que apresentarem lesões em atividade, após 2 (dois) anos de afastamento do serviço para efetivo tratamento de saúde, e aqueles sobre os quais ainda restarem dúvidas quanto ao estado evolutivo de suas lesões tuberculosas, após o mesmo período de tratamento, serão julgados incapazes definitivamente para o Serviço Ativo como portadores de tuberculose ativa.

40.7. 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 na Seção 2 (cardiopatia grave) destas Normas.

40.8. Os inspecionandos portadores de lesões tuberculosas extrapulmonares 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.

40.9. As Juntas de Inspeção de Saúde, ao concluírem pela incapacidade definitiva dos inspecionandos, deverão fazer constar dos laudos o diagnóstico, acrescido da expressão "tuberculose ativa", entre parênteses, complementando com dados que permitam o enquadramento legal aplicável ao caso.

40.10. As seqüelas das lesões tuberculosas, quando irreversíveis, graves e determinantes de invalidez definitiva do inspecionando, terão enquadramento legal análogo ao dispensado à tuberculose ativa, pois que dela diretamente decorrem.

Seção 14

Hepatopatias Graves

41. Conceituação

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

42. Características

42.1. Constituem características das hepatopatias graves:

42.1.1. Quadro clínico:

- a) emagrecimento;
- b) icterícia;
- c) ascite;
- d) edemas periféricos;
- e) fenômenos hemorrágicos;
- f) alterações cutaneomucosas sugestivas: aranhas vasculares, eritema palmar, queda dos pêlos, sufusões hemorrágicas, mucosas hipocoradas; e
- g) alterações neuropsiquiátricas de encefalopatia hepática.

42.1.2. Quadro laboratorial:

- a) alterações hematológicas:
 - 1) pancitopenia (completa ou parcial); anemia, leucopenia e trombocitopenia; e
 - 2) distúrbios da coagulação: hipoprotrombinemia e queda dos fatores da coagulação (V, VII, fibrinogênio);

b) alterações bioquímicas:

- 1) hipoglicemia predominante;
- 2) hipocolesterolemia; e
- 3) hiponatremia;

c) testes de avaliação hepática alterados:

- 1) retenção de bilirrubinas;
- 2) transaminases elevadas;
- 3) fosfatase alcalina e gama-GT elevadas; e
- 4) albumina reduzida.

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

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

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

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

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

44. Classificação

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

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

INDICADORES	PONTOS		
	1	2	3
Albumina	> 3,5 g%	3,0 a 3,5 g%	< 3,0 g%
Bilirrubina	< 2,0 mg%	2,0 a 3,0 mg%	> 3,0 mg%
Ascite	ausente	discreta	tensa
Grau de encefalopatia	não	leve	grave
Tempo de protrombina	> 75%	50 a 74 %	< 50 %

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

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

44.2.1.1. Os indivíduos situados na Classe A têm bom prognóstico de sobrevivência, habitualmente acima de 5 (cinco) anos, enquanto os da Classe C têm mau prognóstico, possivelmente menor que 1 (um) ano.

44.3. A encefalopatia hepática, também denominada encefalopatia portossistêmica, incluída na tabela constante do item 44.2 destas Normas, obedece à seguinte gradação:

- a) Subclínica: alteração em testes psicométricos;
- b) Estágio 1: desatenção, irritabilidade, alterações da personalidade, tremores periféricos e incoordenação motora;
- c) Estágio 2: sonolência, redução da memória, alterações do comportamento, tremores, fala arrastada, ataxia;
- d) Estágio 3: confusão, desorientação, amnésia, sonolência, nistagmo, hiporreflexia e rigidez muscular; e
- e) Estágio 4: coma, midríase e postura de descerebração, arreflexia.

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

45. São causas etiológicas das hepatopatias graves:

- a) hepatites fulminantes: virais, tóxicas, metabólicas, auto-ímmunes, vasculares;
- b) cirroses hepáticas: virais, tóxicas, metabólicas, auto-ímmunes, vasculares;
- c) doenças parasitárias e granulomatosas;
- d) tumores hepáticos malignos: primários ou metastáticos;
- e) doenças hepatobiliares e da vesícula biliar levando a cirrose biliar secundária.

46. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Hepatopatias Graves

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

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

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

46.4. Como é possível a regressão de classes mais graves para menos graves com tratamento específico, o tempo de acompanhamento em licença para tratamento de saúde pelas Juntas de Inspeção de Saúde deverá estender-se até 24 (vinte e quatro) meses.

46.5. Os indivíduos que desenvolveram formas fulminantes ou subfulminantes de hepatite e foram submetidos a transplante hepático de urgência serão considerados como incapacitados temporários, sendo acompanhados em licença para tratamento de saúde pelas Juntas de Inspeção de Saúde por até 24 (vinte e quatro) meses.

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

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

46.7. Para o diagnóstico do hepatocarcinoma a comprovação histológica obtida pela biópsia pode ser substituída pela presença de elevados níveis séricos de alfa-fetoproteína (mais de 400 ng/ml) e alterações típicas no eco-Doppler, na tomografia computadorizada helicoidal ou retenção do lipiodol após arteriografia seletiva, em indivíduos com condições predisponentes para o hepatocarcinoma: cirroses, doenças metabólicas congênitas, portadores de vírus B e C, alcoólatras.

47. Constitui exemplo de laudo:

a) "Cirrose hepática conseqüente a hepatite crônica pelo vírus B, com insuficiência hepática Classe C de Child, é hepatopatia grave."

Seção 15

Contaminação por radiação

48. Conceituação

48.1. 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.

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

48.3. A afirmativa de que uma patologia incapacitante e invalidante possui relação de causa e efeito com a radiação ionizante necessita ser perfeitamente documentada por atestado de origem, inquérito sanitário de origem ou ficha de evacuação.

48.4. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão atentar para o quadro em fase não-invalidante, cujas medidas terapêuticas disponíveis estejam em andamento, com prognóstico favorável e possibilidade de recuperação funcional.

48.5. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão identificar, no mínimo, uma das seguintes síndromes:

a) síndrome aguda da radiação: é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes de exposição de corpo inteiro a alta dose de radiação por curto espaço de tempo; é um evento determinístico que se desenvolve quando um limite de dose é ultrapassado (0,8 a 1,0 Gy); e

b) síndrome cutânea da radiação: é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da exposição localizada ou de corpo inteiro e que levam a alterações cutâneas e de tecidos e estruturas subjacentes.

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

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

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

b) o quadro gastrointestinal: caracteriza-se por alterações da mucosa gastrointestinal, decorrentes de exposição de corpo inteiro à radiação ionizante, levando à síndrome disabsortiva, perda hidroeletrolítica e sangüínea. As lesões da mucosa ocorrem, em geral, a partir do limiar de 7,0 Gy; e

c) o quadro neurovascular: caracteriza-se por manifestações neurológicas e vasculares que conduzem, inevitavelmente, à morte, e ocorre com doses extremamente altas de radiação, superiores a 20 Gy.

49.2 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.

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

50.1. 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.

51. Meios de diagnóstico

51.1. 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, uréia, 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.

52. Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde - Contaminação por radiação

52.1. Os portadores da síndrome cutânea da radiação de Graus III e IV, descrita no item 50.1 destas Normas, serão considerados pelas Juntas de Inspeção de Saúde como portadores de doença causada por radiação ionizante em estágio avançado, desde que haja limitação significativa da capacidade física para exercer atividades laborativas básicas.

52.2. As Juntas de Inspeção de Saúde farão o enquadramento pela incapacidade definitiva (invalidez) por síndrome aguda da radiação dos inspecionados que satisfizerem a uma das seguintes condições:

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

52.3. A idade do indivíduo, sua atividade profissional e incapacidade de reabilitação são parâmetros que devem ser considerados na avaliação dos portadores de doenças causadas por radiação ionizante.

52.4. Os portadores de síndrome cutânea da radiação Grau IV, passível de amputação, desde que em condições físicas satisfatórias para se submeterem a tal procedimento, terão sua capacidade funcional avaliada após o tratamento cirúrgico, salvo se as lesões forem extensas e determinantes de invalidez.

52.5. As Juntas de Inspeção de Saúde deverão fazer constar, obrigatoriamente, nos laudos declaratórios da invalidez do portador de doença causada por radiação ionizante os seguintes dados:

- a) a síndrome básica, inclusive o diagnóstico numérico, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID);
- b) o estágio evolutivo; e
- c) a expressão "seqüela" se for o quadro determinante da incapacidade.

53. Constituem exemplos de laudos:

- a) "Síndrome Cutânea da Radiação, W.88 CID-Rev10, estágio grave (Grau III) ou severo (Grau IV)";
- b) "Seqüela de Síndrome Cutânea da Radiação, W.88 CID-Rev10, irremissível";
- c) "Síndrome Aguda da Radiação, W.88 CID-Rev10, estágio préterminal grave"; e
- d) "Seqüela de Síndrome Aguda da Radiação, W.88 CID-Rev10, irremissível."

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

54.2. Estas Normas serão revistas a cada 5 (cinco) anos, a contar da data de sua publicação no Diário Oficial da União.

PORTARIA Nº 1229-MD, DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Concessão do Prêmio de Honra ao Mérito do
Ministério da Defesa.

O **MINISTRO DE ESTADO DA DEFESA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 9º da Lei Complementar nº 97, de 9 de junho de 1999, resolve:

Art. 1º Conceder o Prêmio de Honra ao Mérito do Ministério da Defesa aos alunos primeiros colocados, na classificação geral, de acordo com os critérios de cada Estabelecimento de Ensino, independente de especialidade, se houver, nas Escolas de Formação de Oficiais e de Sargentos das Forças Armadas, relacionadas a seguir:

I - Marinha do Brasil:

a) Escolas de Formação de Oficiais:

1. Escola Naval (EN); e
2. Centro de Instrução Almirante Wandenkolk (CIAW);

b) Escolas de Formação de Sargentos:

1. Centro de Instrução Almirante Alexandrino (CIAA); e
2. Centro de Instrução Almirante Sylvio de Camargo (CIASC);

II - Exército Brasileiro:

a) Escolas de Formação de Oficiais:

1. Academia Militar de Agulhas Negras (AMAN);
2. Instituto Militar de Engenharia (IME);
3. Escola de Administração do Exército (EsAEx); e
4. Escola de Saúde do Exército (EsSEEx);

b) Escolas de Formação de Sargentos:

1. Escola de Sargentos das Armas (EsSA);
2. Escola de Saúde do Exército (EsSEEx);
3. Escola de Instrução Especializada (EsIE);
4. Escola de Material Bélico (EsMB);
5. Escola de Comunicações (EsCom); e
6. Centro de Instrução de Aviação do Exército (CIAvEx);

III - Força Aérea Brasileira:

a) Escolas de Formação de Oficiais:

1. Academia da Força Aérea (AFA);
2. Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA); e
3. Centro de Instrução e Adaptação da Aeronáutica (CIAAR);

b) Escolas de Formação de Sargentos:

1. Escola de Especialistas de Aeronáutica (EEAR).

Art. 2º As Organizações Militares, onde os cursos são realizados, deverão informar, via Gabinete do Comandante da Força, ao Gabinete do Ministro de Estado da Defesa o(s) nome(s) do(s) agraciado(s).

Parágrafo único. A informação relativa ao(s) nome(s) do(s) agraciado(s) deverá dar entrada no Gabinete do Ministro de Estado da Defesa, com antecedência mínima de sete dias úteis da data da cerimônia de entrega do Prêmio, para que sejam tomadas as providências necessárias.

Art. 3º Recebida a indicação do(s) nome(s) do(s) agraciado(s), o Gabinete do Ministro providenciará a confecção da Portaria de Concessão do Prêmio, que será submetida ao Ministro de Estado da Defesa.

Parágrafo único. A Portaria de Concessão do Prêmio será publicada no Boletim Interno do Ministério da Defesa.

Art. 4º O Prêmio a que se refere esta Portaria, de outorga anual, constará de uma placa contendo a inscrição Prêmio de Honra ao Mérito do Ministério da Defesa , o nome da Organização Militar onde o agraciado realizou a sua formação, o nome do curso, o nome do agraciado e a data da formatura.

Parágrafo único. A placa de que trata o caput deste artigo será entregue pelo Ministro de Estado da Defesa ou, na sua impossibilidade, pelo Comandante da Organização Militar onde o curso se realizou, na ocasião da solenidade de conclusão.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 1343/MD, de 12 de novembro de 2004.

(Portaria publicada no Diário Oficial da União nº 182, de 21 de setembro de 2006 - Seção 1).

DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL

PORTARIA Nº 199-DGP, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. * (REPUBLICAÇÃO)

Altera o Catálogo de Cursos e Estágios do Exército Brasileiro.

O CHEFE DO DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL, no uso da competência que lhe foi delegada pela Portaria Nr 051 - EME, de 10 de julho de 2002, e de acordo com o contido no Regulamento do Departamento-Geral do Pessoal (R-156), aprovado pela Portaria do Comandante do Exército Nr 481, de 09 de setembro de 2002, resolve:

Art. 1º Criar, no Anexo “V” – Cursos de Especialização, da Portaria Nr 086–DGP, de 15 Jul 05, os códigos de habilitação abaixo:

Modalidade	Descrição	Instituição	Universo	Cod Ant	Mod	Desc	Eqv
Especialização	Básico de Operações Psicológicas – Cat “C”	Colômbia	Oficiais	-	E	N V	0 1

Art. 2º Criar, no Anexo “VII” – Curso de Altos Estudos Militares, da Portaria Nr 086 – DGP, de 15 Jul 05, o código de habilitação abaixo:

Modalidade	Descrição	Instituição	Universo	Cod Ant	Mod	Desc	Eqv
CAEM	Comando e Estado-Maior para Oficiais do Exército	Bangladesh	Oficiais	-	I	B I	0 1

Art. 3º Criar, no Anexo “VIII” – Curso de Política, Estratégia e Alta Administração do Exército, da Portaria Nr 086 – DGP, de 15 Jul 05, o código de habilitação abaixo:

Modalidade	Descrição	Instituição	Universo	Cod Ant	Mod	Desc		Eqv	
CAEPE	Defesa Nacional	África do Sul	Oficiais	-	J	A	A	2	0

Art. 4º Criar, no Anexo “X” – Estágios, da Portaria Nr 086 – DGP, de 15 Jul 05, os códigos de habilitação abaixo:

Modalidade	Descrição	Instituição	Universo	Cod Ant	Mod	Desc		Eqv	
Estágio	Parasitologia Veterinária	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro / Conselho Regional de Medicina Veterinária	Of/Praças	-	M	B	X	0	1
Estágio	Manutenção de Microcomputadores e Impressoras	SENAC	Of/Praças	-	M	B	Y	0	1
Estágio	Capacitação para Instrutores sobre Avaliação de Respostas a Emergências Nucleares	Agência Internacional de Energia Atômica	Oficiais	-	M	B	Z	0	1
Estágio	Gestão de Riscos Catastróficos e Atenção a Desastres	Embaixada da Espanha no Brasil	Of/Praças	-	M	C	A	0	1
Estágio	Capacitação sobre Proteção Física dos Materiais e Instalações Nucleares	Agência Internacional de Energia Atômica	Of/Praças	-	M	C	B	0	1
Estágio	Linux Debian	Cmdo Mil de Área	Of/Praças	-	M	C	C	0	1
Estágio	Redes de Computadores	Universidade Tecnológica Federal do Paraná	Of/Praças	-	M	C	D	0	1
Estágio	Expedito de Negociação em Conflito com Tomada de Refêns	MB	Of/Praças	-	M	C	E	0	1
Estágio	Sistema de Localização Eletrônica de Minas Terrestres (Sistema EOD-IS)	Centro Internacional de Desminagem Humanitária de Genebra	Oficiais	-	M	C	F	0	1

Art. 5º Criar, no Anexo “XI” – Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu - Aperfeiçoamento ou Especialização, da Portaria Nr 086 – DGP, de 15 Jul 05, os códigos de habilitação abaixo:

Modalidade	Descrição	Instituição	Universo	Cod Ant	Mod	Desc		Eqv	
Pós – Graduação	Especialidade – Política e Estratégia Nacional	Paraguai	Of/Praças	-	Q	L	Z	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – Ciência Política	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M	A	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – Pesquisa de Mercado e Opinião Pública	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M	B	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – MBA em Contabilidade e Finanças	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M	C	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – Matemática e Estatística	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M	D	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – Economia	EUA	Of/Praças	-	Q	M	E	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – MBA em Planejamento, Orçamento e Gestão Pública	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M	F	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – História do Brasil	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M	G	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – Microbiologia Veterinária	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M	H	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – Gerência de Marketing	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M	I	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – Gestão de Pessoas	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M	J	0	1
Pós – Graduação	Especialidade – Doenças Sexualmente Transmissíveis	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M	L	0	1

Modalidade	Descrição	Instituição	Universo	Cod Ant	Mod	Desc	Eqv
Pós – Graduação	Especialidade – MBA Profissional em Excelência Gerencial com Ênfase em Gestão Empresarial e Pública	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M M	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – Ciências Jurídicas com Especialização em Direito Administrativo e Processo Administrativo	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M N	0 1
Pós – Graduação	Especialidade - Internet	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M O	0 1
Pós – Graduação	Especialidade - Inteligência Organizacional e Competitiva na Sociedade da Informação	EE Superior - Brasil	Of/Praças	-	Q	M P	0 1
Pós – Graduação	Especialidade - Processo Administrativo	EE Superior - Brasil	Of/Praças	-	Q	M Q	0 1
Pós – Graduação	Especialidade - Seqüencial em Auditoria Fiscal e Tributária	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M R	0 1
Pós – Graduação	Especialidade - Gerência e Desenvolvimento de Sistemas Distribuídos	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M S	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – MBA Markentig e Relações Públicas	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M T	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – Análise de Conjuntura	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M U	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – Gestão de Recursos Humanos	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	Q	M V	0 1

Art. 6º Criar, no Anexo “XII” – Cursos de Pós-Graduação, Stricto Sensu - Mestrado, da Portaria Nr 086 – DGP, de 15 Jul 05, o código de habilitação abaixo:

Modalidade	Descrição	Instituição	Universo	Cod Ant	Mod	Desc	Eqv
Pós – Graduação	Especialidade – Integração Latino Americana	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	T	L X	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – Vigilância Sanitária	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	T	L Y	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – Assuntos de Defesa	Bangladesh	Of/Praças	-	T	L Z	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – Tecnologia	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	T	M A	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – Engenharia de Recursos Hídricos e Ambiental	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	T	M B	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – Gestão de Recursos Humanos	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	T	M C	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – Biologia Celular – Área de Concentração em Virologia	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	T	M D	0 1
Pós – Graduação	Especialidade – Biologia Parasitária – Área de Helminologia	EE Superior – Brasil	Of/Praças	-	T	M E	0 1

Art. 7º Criar, no Anexo “XVI” – Cursos DE Educação Profissional – Nível Médio, da Portaria Nr 086 – DGP, e 15 Jul 05, os códigos de habilitação abaixo:

Modalidade	Descrição	Instituição	Universo	Cod Ant	Mod	Desc	Eqv
Nível Técnico	Radiologia e Imagenologia	EE Médio – Brasil	Of/Praças	-	X	D J	0 2

Art. 8º Determinar que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

* (Portaria republicada por ter saído com incorreções no Boletim do Exército nº 34, de 24 de agosto de 2006 – 2ª Parte).

DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA

PORTARIA Nº 120-DEP, DE 13 SETEMBRO DE 2006.

Aprova o calendário anual, as datas das provas e os valores das taxas referentes às atividades dos Cursos de Idiomas a Distância (CID), para o ano de 2007.

O **CHEFE DO DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA**, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto Nr 3.182, de 23 de setembro de 1999 (Regulamento da Lei de Ensino no Exército), resolve:

Art. 1º Aprovar o calendário anual, as datas das provas e os valores das taxas referentes às atividades dos Cursos de Idiomas a Distância (CID), para o ano de 2007, conforme documento anexo, que com esta baixa.

Art. 2º Determinar que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

CALENDÁRIO ANUAL, DATAS DAS PROVAS E VALORES DAS TAXAS REFERENTES ÀS ATIVIDADES DOS CURSOS DE IDIOMAS A DISTÂNCIA (CID), PARA O ANO DE 2007

(documento aprovado pela Portaria nº 120 - DEP, de 13 Set 06)

1. FINALIDADE

Aprovar o calendário anual, as datas das provas e os valores das taxas referentes às atividades dos Cursos de Idiomas a Distância, a serem realizados em 2007.

2. REFERÊNCIA

Port 75/DEP, de 27 Jul 05 - Instruções Reguladoras da Organização, do Funcionamento e da Matrícula nos Cursos de Idiomas a Distância (IROFM/CID) – IR 60-27.

3. CALENDÁRIO ANUAL

ORDEM	Responsável	Evento	Prazo
01	Candidato	Solicitar, via Portal de Educação do Exército (www.ensino.eb.br), o Teste de Nivelamento (TN) para ingresso/reingresso nos CID/2007: 1º TN..... 2º TN.....	18 a 29 Set 06 01 a 21 Mar 07
02		Efetivar o pagamento na rede bancária, via boleto bancário, referente à inscrição no TN: 1º TN..... 2º TN.....	19 Set a 06 Out 06 02 a 23 Mar 07
03	CEP	Remeter os Testes de Nivelamento às OM. 1º TN..... 2º TN.....	Até 18 Out 06 Até 09 Abr 07
04	OM e Candidato	Realizar os Testes de Nivelamento (09:00 h - horário de Brasília): 1º TN..... 2º TN.....	14 Nov 06 09 Mai 07
05	CEP	Divulgar o resultado dos Testes de Nivelamento: 1º TN..... 2º TN.....	A partir de 15 Jan 07 A partir de 27 Jul 07

ORDEM	Responsável	Evento	Prazo
06	Candidato	Solicitar, via Portal de Educação do Exército, matrícula, rematrícula, prova especial, material didático do CID e material didático avulso: 1º ciclo escolar..... 2º ciclo escolar.....	16 a 31 Jan 07 27 Jul a 10 Ago 07
07		Efetivar o pagamento na rede bancária, via boleto bancário, referente à matrícula, rematrícula, material didático do CID e material didático avulso: 1º ciclo escolar..... 2º ciclo escolar.....	16 a 31 Jan 07 27 Jul a 27 Ago 07
08	CEP	Remeter o material didático para quem solicitou e efetivou o pagamento: 1º ciclo escolar..... 2º ciclo escolar.....	Até 16 Fev 07 Até 24 Ago 07
09	CEP, OM e Aluno	Início dos ciclos escolares: 1º ciclo escolar..... 2º ciclo escolar.....	05 Mar 07 10 Set 07
10	Aluno	Prazo para alterar, via Portal de Educação do Exército, o local (OM) de realização das provas do CID: 1º ciclo escolar..... 2º ciclo escolar.....	Até 06 Abr 07 Até 05 Out 07
11		Trancamento de matrícula.	Em qualquer época do ciclo escolar
12	CEP	Remeter as provas dos CID: 1º ciclo escolar..... 2º ciclo escolar.....	Até 07 Mai 07 Até 05 Nov 07
13	OM e Aluno	Realizar as provas dos CID.	Conforme item “4. DATAS DAS PROVAS”
14	CEP, OM e Aluno	Término dos ciclos escolares: 1º ciclo escolar 2º ciclo escolar	Até 23 Jun 07 Até 31 Dez 07
15	CEP	Divulgar resultados: 1º ciclo escolar 2º ciclo escolar	Até 20 Jul 07 Até 20 Jan 08
16		Remeter à DPEP a proposta de alteração das IROFM/CID, se for o caso, e o seu Calendário Anual, bem como os valores das taxas dos CID.	29 Jun 07
17	DPEP	Remeter ao DEP a proposta de alteração das IROFM/CID, se for o caso, e o seu Calendário Anual, bem como os valores das taxas dos CID.	31 Jul 07
18	DEP	Alterar as IROFM/CID, se for o caso, e aprovar o seu Calendário Anual, bem como os valores das taxas dos CID.	20 Jul 07

4. DATAS DAS PROVAS

a. Primeiro ciclo escolar

TODOS OS IDIOMAS	PARTE AUDITIVA (4)	PARTE ESCRITA
PF 1 (1)	29 Mai 07	31 Mai 07
PF 2 (2)	30 Mai 07	01 Jun 07

b. Segundo ciclo escolar

TODOS OS IDIOMAS	PARTE AUDITIVA (3)	PARTE ESCRITA
PF 1 (1)	26 Nov 07	28 Nov 07
PF 2 (2)	27 Nov 07	29 Nov 07

LEGENDA:

- (1) Prova Formal 1 - Unidades Didáticas de 01 a 05 (Volume 1).
 (2) Prova Formal 2 - Unidades Didáticas de 06 a 10 (Volume 2).
 (3) Parte Auditiva: somente para os níveis Intermediário e Avançado.

5. HORÁRIOS DAS PROVAS

a. Parte Auditiva (30 minutos)

Idioma \ Prova / Subnível	1º e 2º ciclos			HORÁRIO DE BRASÍLIA
	PF 1 / PF 2			
	Intermediário I / II	Avançado I / II		
Russo	08:15	---		
Alemão	08:45	09:15		
Espanhol	09:45	10:15		
Francês	10:45	11:15		
Inglês	13:00	13:30		
Italiano	14:00	14:30		

b. Parte Escrita (até 180 minutos)

Será realizada às 0900 horas (horário de Brasília), para todos os idiomas nas datas previstas no item 4 acima.

6. TABELA DE VALORES DAS TAXAS REFERENTES ÀS DIVERSAS ATIVIDADES DOS CID

a. Cursos e atividades

MATRÍCULA (1) (2)	REMATRÍCULA (1) (3)	TESTE DE NIVELAMENTO
R\$ 60,00		R\$ 35,00

Observações:

- (1) não inclui o material didático.
 (2) deverá ser renovada e paga a cada aprovação em um subnível.
 (3) deverá ser paga, na ocasião de reingresso no subsistema, pelos alunos reprovados ou que solicitaram trancamento de matrícula.

b. Material Didático

Tipo (3) \ Nível/Subnível	BÁSICO (R\$)		INTER (R\$)		AVANÇADO (R\$)		CURSO COMPLETO (R\$)
	Bas I	Bas II	Inter I	Inter II	Avç I	Avç II	
CD-Áudio	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	450,00 (2)
	180,00		180,00		180,00		
CD-ROM (4)	230,00		230,00		230,00		550,00

Observações:

- (1) vendas limitadas à quantidade existente em estoque.
- (2) para o idioma Russo, o curso abrangerá até o subnível Intermediário II e custará R\$ 180,00.
- (3) a aquisição do material didático deverá ser realizada nos períodos destinados à matrícula.
- (4) atualmente, há disponibilidade de CD-ROM apenas para o idioma Inglês.

7. FORMAS DE PAGAMENTO

a. As taxas referentes aos cursos e atividades serão pagas à vista e somente por boleto bancário.

b. As taxas referentes à aquisição do material didático serão pagas por boleto bancário, através das seguintes formas de pagamento:

- 1) até o valor de R\$ 150,00 – não haverá parcelamento;
- 2) até o valor de R\$ 300,00 – em 2 (duas) parcelas iguais; ou
- 3) acima de R\$ 300,00 – em 4 (quatro) parcelas iguais.

c. Não haverá restituição de qualquer taxa.

PORTARIA Nº 121-DEP, DE 14 DE SETEMBRO DE 2006.

Altera o § 4º do art 15 das Instruções Reguladoras para a Inscrição, Seleção e Matrícula nos Cursos de Especialização e de Extensão e nos Estágios Gerais, a cargo do DEP (IRISM/CEEEG - IR 60-18), aprovadas pela Portaria Nº 78-DEP, de 31 Jul 06

O CHEFE DO DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 3.182, de 23 Set 99 (Regulamento da Lei do Ensino no Exército), o art. 117 das Instruções Gerais para a Correspondência, as Publicações e os Atos Normativos no âmbito do Exército (IG 10-42), aprovadas pela Port Nr 041 – Cmt Ex, de 18 Fev 02, a letra e), do Nr VIII, do Art 1º da Port Nr 761 – Cmt Ex, de 02 Dez 03, resolve:

Art. 1º Alterar o § 4º do art 15 das Instruções Reguladoras para a Inscrição, Seleção e Matrícula nos Cursos de Especialização e de Extensão e nos Estágios Gerais, a cargo do DEP (IRISM/CEEEG - IR 60-18), aprovadas pela Portaria nº 78-DEP, de 31 de julho de 2006, que passa a vigorar com a seguinte redação

.....
Art 15
.....

“§ 4º Os candidatos aos cursos da EsEFEx, além do previsto nos § 1º e 2º deste artigo, após selecionados pelo DGP/DCEM, realizarão o EAF, de acordo com o **ANEXO D** a estas instruções, nas sedes das Guarnições de Exame, perante comissões nomeadas pelo Comandante da Guarnição, por solicitação do DGP, exceto os que estiverem servindo na 1ª RM, que o realizarão na Escola de Educação Física do Exército.”(NR).

Art. 2º Determinar que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

DEPARTAMENTO LOGÍSTICO

PORTARIA Nº 15-D Log, DE 5 DE SETEMBRO DE 2006.

Cassa Certificado de Registro (CR).

O CHEFE DO DEPARTAMENTO LOGÍSTICO, no uso das atribuições constantes do inciso IX, do artigo 11 do Regulamento do Departamento Logístico (R-128), aprovado pela Portaria nº 201, de 2 de maio de 2001; de acordo com o previsto no artigo 252 do Regulamento para a Fiscalização de Produtos Controlados (R-105), aprovado pelo Decreto nº 3.665, de 20 de novembro de 2000 e de acordo com o que propõe a Diretoria Fiscalização de Produtos Controlados, resolve:

Art. 1º Cassar o Certificado de Registro (CR) de número 831-SFPC/9, pertencente à firma DISNÁUTICA INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE BARCOS Ltda.

Art. 2º Determinar que o Comandante da 9ª Região Militar providencie os atos complementares ao integral cumprimento da presente Portaria.

Art. 3º Determinar que a presente Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

SECRETARIA DE ECONOMIA E FINANÇAS

PORTARIA Nº 012-SEF, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006.

Desvincula administrativamente o Centro de Instrução de Artilharia de Foguetes do 6º Grupo de Lançadores Múltiplos de Foguetes e Campo de Instrução de Formosa.

O SECRETÁRIO DE ECONOMIA E FINANÇAS, no uso da competência que lhe foi delegada pelo inciso IX do artigo 1º da Portaria Nº 761, de 02 de dezembro de 2003, do Comandante do Exército, ouvido o Estado-Maior do Exército, resolve:

Art. 1º Desvincular administrativamente o Centro de Instrução de Artilharia de Foguetes (CI Art Fgt), CODOM 01582-6, do 6º Grupo de Lançadores Múltiplos de Foguetes e Campo de Instrução de Formosa (6º GLMF/CIF), CODOM 05851-1, por motivo de sua extinção, sendo ambas as organizações militares com sede na cidade de Formosa/GO.

Art. 2º Determinar às Organizações Militares Diretamente Subordinadas à SEF que adotem, em suas áreas de competência, as providências decorrentes.

Art. 3º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogar a Portaria Nº 062-SEF, de 24 de outubro de 2005.

PORTARIA Nº 013-SEF, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006.

Desvincula administrativamente o Centro de Instrução de Engenharia de Construção do 11º Batalhão de Engenharia de Construção.

O SECRETÁRIO DE ECONOMIA E FINANÇAS, no uso da competência que lhe foi delegada pelo inciso IX do artigo 1º da Portaria Nº 761, de 02 de dezembro de 2003, do Comandante do Exército, ouvido o Estado-Maior do Exército, resolve:

Art. 1º Desvincular administrativamente o Centro de Instrução de Engenharia de Construção, CODOM 02016-4, do 11º Batalhão de Engenharia de Construção (11º BE Cnst), CODOM 00412-7, por motivo de sua extinção, sendo ambas as organizações militares com sede na cidade de Araguari/MG.

Art. 2º Determinar às Organizações Militares Diretamente Subordinadas à SEF que adotem, em suas áreas de competência, as providências decorrentes.

Art. 3º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogar a Portaria Nº 043-SEF, de 28 de junho de 2005.

PORTARIA Nº 014-SEF, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006.

Desvincula administrativamente o Centro de Instrução de Operações de Garantia da Lei e da Ordem do Comando da 11ª Brigada de Infantaria Leve - Garantia da Lei e da Ordem.

O SECRETÁRIO DE ECONOMIA E FINANÇAS, no uso da competência que lhe foi delegada pelo inciso IX do artigo 1º da Portaria Nº 761, de 02 de dezembro de 2003, do Comandante do Exército, ouvido o Estado-Maior do Exército, resolve:

Art. 1º Desvincular administrativamente o Centro de Instrução de Operações de Garantia da Lei e da Ordem (CI Op GLO), CODOM 01623-8, do Comando da 11ª Brigada de Infantaria Leve - Garantia da Lei e da Ordem (Cmdo 11ª Bda Inf L - GLO), CODOM 02471-1, por motivo de sua extinção, sendo ambas as organizações militares com sede na cidade de Campinas/SP.

Art. 2º Determinar às Organizações Militares Diretamente Subordinadas à SEF que adotem, em suas áreas de competência, as providências decorrentes.

Art. 3º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogar a Portaria Nº 063-SEF, de 24 de outubro de 2005.

PORTARIA Nº 015-SEF, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006.

Desvincula administrativamente o 51º Centro de Telemática do Comando da 6ª Região Militar, vinculando-o administrativamente à 4ª Companhia de Guardas.

O SECRETÁRIO DE ECONOMIA E FINANÇAS, no uso da competência que lhe foi delegada pelo inciso IX do artigo 1º da Portaria Nº 761, de 02 de dezembro de 2003, do Comandante do Exército, ouvido o Estado-Maior do Exército, resolve:

Art. 1º Desvincular administrativamente, a contar de 31 de dezembro de 2006, o 51º Centro de Telemática (51º CT), CODOM 01528-9, do Comando da 6ª Região Militar (Cmdo 6ª RM), CODOM 02437-2, sendo ambas as organizações militares com sede na cidade de Salvador/BA.

Art. 2º Vincular administrativamente, a contar de 1º de janeiro de 2007, o 51º CT à 4ª Companhia de Guardas (4ª Cia Gd), CODOM 03590-7, com sede na cidade de Salvador/BA.

Art. 3º Determinar às Organizações Militares Diretamente Subordinadas à SEF que adotem, em suas áreas de competência, as providências decorrentes.

Art. 4º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

PORTARIA Nº 016-SEF, DE 13 DE SETEMBRO DE 2006.

Cassa a semi-autonomia administrativa da Companhia de Polícia do Exército da 6ª Região Militar, desvinculando-a administrativamente do Comando da 6ª Região Militar, e vinculando-a administrativamente à 4ª Companhia de Guardas.

O SECRETÁRIO DE ECONOMIA E FINANÇAS, no uso da competência que lhe foi delegada pelo inciso IX do artigo 1º da Portaria Nº 761, de 02 de dezembro de 2003, do Comandante do

Exército, ouvido o Estado-Maior do Exército, resolve:

Art. 1º Cassar, a contar de 31 de dezembro de 2006, a semi-autonomia administrativa da Companhia de Polícia do Exército da 6ª Região Militar (Cia PE/6ª RM), CODOM 03790-3, desvinculando-a do Comando da 6ª Região Militar (Cmdo 6ª RM), CODOM 02437-2, sendo ambas as organizações militares com sede na cidade de Salvador/BA.

Art. 2º Vincular administrativamente, a contar de 1º de janeiro de 2007, a Cia PE/6ª RM à 4ª Companhia de Guardas (4ª Cia Gd), CODOM 03590-7, com sede na cidade de Salvador/BA.

Art. 3º Determinar às Organizações Militares Diretamente Subordinadas à SEF que adotem, em suas áreas de competência, as providências decorrentes.

Art. 4º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

SECRETARIA-GERAL DO EXÉRCITO

PORTARIA Nº 245-SGEx, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.

Fixa as datas de aniversário de Organizações Militares.

O **SECRETÁRIO-GERAL DO EXÉRCITO**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria Ministerial nº 321, de 2 de junho de 1995, ouvido o Centro de Documentação do Exército, resolve:

Art. 1º Fixar as datas de aniversário das Organizações Militares abaixo:

- Departamento de Ciência e Tecnologia: **01 Jun 05**;
- Base de Administração e Apoio da 3ª Região Militar: **12 Jul 05**;
- Centro de Instrução de Operações de Paz: **01 Mar 05**.

Art. 2º Estabelecer que esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

3ª PARTE

ATOS DE PESSOAL

ATOS DO PODER EXECUTIVO

MINISTÉRIO DA DEFESA

DECRETO DE 14 DE SETEMBRO DE 2006.

Admissão no Corpo de Graduados Especiais da Ordem do Mérito Militar.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, de acordo com o disposto no art. 84, inciso XXI, da Constituição, e na qualidade de Grão-Mestre da Ordem do Mérito Militar, resolve

ADMITIR

o General-de-Exército CESAR AUGUSTO REINOSO DÍAZ, da República do Peru, e o General-de-Divisão ROBERT PATRICIO TANDAZO GRANDA, da República do Equador, no Corpo de Graduados Especiais da Ordem do Mérito Militar, no grau de Grande-Oficial.

(Decreto publicado no Diário Oficial da União nº 178, de 15 de setembro de 2006 - Seção 1).

DECRETO DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Admissão na Ordem do Mérito Aeronáutico.

O **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, de acordo com o disposto no art. 84, inciso XXI, da Constituição, e na qualidade de Grão- Mestre da Ordem do Mérito Aeronáutico, resolve

ADMITIR

na Ordem do Mérito Aeronáutico, as seguintes personalidades brasileiras:

I - no Corpo de Graduados Especiais:

.....
no grau de COMENDADOR

General-de-Divisão Nelson Marcelino de Faria Filho

General-de-Divisão Américo Salvador de Oliveira

General-de-Divisão João Roberto de Oliveira

General-de-Divisão Walter Paulo

.....
General-de-Brigada João Carlos Pedroza Rêgo

General-de-Brigada Marcio Rosendo de Melo

General-de-Brigada Sergio Domingos Bonato

General-de-Brigada Jorge Alberto Duardes Boabaid

General-de-Brigada José Luís Gonçalves Menin

General-de-Brigada Carlos Henrique Carvalho Primo

General-de-Brigada Luiz Roberto Fragoso Peret Antunes

General-de-Brigada Ilidio Gaspar Filho

General-de-Brigada Sergio Westphalen Etchegoyen

General-de-Brigada Oswaldo de Jesus Ferreira

General-de-Brigada Ricardo de Mattos Cunha

.....
no grau de OFICIAL

.....
Coronel-de-Cavalaria (Ex.) Edson Leal Pujol

Coronel-de-Cavalaria (Ex.) Walter Souza Braga Netto

Coronel-de-Comunicações (Ex.) Jorge Ricardo Aureo Ferreira

Coronel-de-Artilharia (Ex.) Manuel Anselmo Zózimo de Abreu

Coronel-de-Infantaria (Ex.) Tomás Miguel Miné Ribeiro Paiva

Coronel-de-Engenharia (Ex.) Francisco Elias Henriques Coelho Nascimento

.....
Coronel R/1 (Ex.) Pedro Paulo Cantalice Estigarribia

Coronel R/1 (Ex.) Daniel Genovese Filho

.....
no grau de CAVALEIRO

.....
Tenente-Coronel Reformado (Ex.) Ivo de Albuquerque

.....
Subtenente-de-Comunicações Delvechio de Souza Pereira

Subtenente-de-Intendência Sidinei Ouriques Lopes
Subtenente-de-Infantaria Pedro Albert de Moraes
Subtenente-de-Engenharia Edivaldo Scomparim

DECRETO DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Promoção na Ordem do Mérito Aeronáutico.

O **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, de acordo com o disposto no art. 84, inciso XXI, da Constituição, e na qualidade de Grão- Mestre da Ordem do Mérito Aeronáutico, resolve

PROMOVER

no Corpo de Graduados Especiais da Ordem do Mérito Aeronáutico, os seguintes militares e personalidades brasileiras:

ao grau de GRANDE-OFICIAL

General-de-Exército Darke Nunes de Figueiredo
General-de-Exército Raymundo Nonato de Cerqueira Filho
General-de-Exército Maynard Marques de Santa Rosa
General-de-Exército Rui Alves Catão

ao grau de COMENDADOR

General-de-Divisão João Francisco Ferreira

General-de-Brigada Cláudio Rogério Pinto
General-de-Brigada José Daniel de Andrade Braga
General-de-Brigada Hélio Chagas de Macedo Júnior
General-de-Brigada Adhemar da Costa Machado Filho
General-de-Brigada Marcelo Flávio Oliveira Aguiar

DECRETO DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Concessão da Insígnia da Ordem do Mérito Aeronáutico.

O **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, de acordo com o disposto no art. 84, inciso XXI, da Constituição, e na qualidade de Grão- Mestre da Ordem do Mérito Aeronáutico, resolve

CONCEDER

a Insígnia da Ordem do Mérito Aeronáutico aos Estandartes e Bandeiras das seguintes organizações brasileiras:

Centro de Instrução de Aviação do Exército (Exército)
21º Grupo de Artilharia de Campanha - Grupo Monte Bastione (Exército)
20º Grupo de Artilharia de Campanha Leve - Grupo Bandeirante (Exército).

(Os Decretos acima, de 20 de setembro de 2006, referentes à Ordem do Mérito Aeronáutico, estão publicados no Diário Oficial da União nº 182, de 21 de setembro de 2006 - Seção 1).

MINISTÉRIO DA DEFESA
GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.224-GABINETE, DE 19 DE SETEMBRO DE 2006.

Autoriza o Comandante do Exército a afastar-se do País, a fim de realizar visita oficial ao Comando do Exército Boliviano, na Cidade de La Paz, na República da Bolívia.

O **MINISTRO DE ESTADO DA DEFESA**, no uso de suas atribuições e conforme disposto no Parágrafo único do art. 1º do Decreto nº 2.790, de 29 de setembro de 1998, resolve:

AUTORIZAR, o General-de-Exército FRANCISCO ROBERTO DE ALBUQUERQUE, Comandante do Exército, a afastar-se do País, a fim de realizar visita oficial ao Comando do Exército Boliviano, na Cidade de La Paz, na República da Bolívia, no período de 21 a 24 de setembro de 2006, incluídos os deslocamentos, com ônus para o Comando do Exército.

A missão é considerada eventual e de natureza militar, estando enquadrada na alínea "c" do inciso I e na alínea "b" do inciso II do art. 3º, combinado com o art. 11 da Lei nº 5.809, de 10 de outubro de 1972, regulamentada pelo Decreto nº 71.733, de 18 de janeiro de 1973, com as alterações constantes do Decreto nº 3.643, de 26 de outubro de 2000, e de acordo com o inciso VI, do parágrafo 1º, do art. 1º, do Decreto nº 3.790, de 18 de abril de 2001.

(Portaria publicada no Diário Oficial da União nº 182, de 21 de setembro de 2006 - Seção 2).

PORTARIA Nº 1.226-SPEAI/MD, DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Designação para participar de missão militar transitória, que consiste no desempenho da função de Observador Militar, na Missão das Nações Unidas na Etiópia e Eritreia (UNMEE).

O **MINISTRO DE ESTADO DA DEFESA**, conforme o disposto no art. 46 da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e no uso da competência que lhe foi delegada pelo parágrafo único do art. 1º do Decreto nº 2.790, de 29 de setembro de 1998, resolve:

DESIGNAR, os militares abaixo relacionados, do Comando do Exército e do Comando da Aeronáutica, para participarem de missão militar transitória, que consiste no desempenho da função de Observador Militar, na Missão das Nações Unidas na Etiópia e Eritreia (UNMEE), por um período aproximado de doze meses, com início previsto para a segunda quinzena de setembro de 2006:

- Capitão de Cavalaria MARCELO VIEIRA MIRANDA;
- Capitão de Cavalaria ALEXANDRE LUCKEMEYER MACHADO CARRION;
- Capitão de Cavalaria RODRIGO DE CARVALHO BERNARDO;

.....
A missão é considerada transitória e militar, com mudança de sede e sem dependentes, estando enquadrada na alínea "b" do inciso I e na alínea "b" do inciso II do art. 3º, e no inciso IV do art. 5º da Lei nº 5.809, de 10 de outubro de 1972, regulamentada pelo Decreto nº 71.733, de 18 de janeiro de 1973.

(Portaria publicada no Diário Oficial da União nº 182, de 21 de setembro de 2006 - Seção 2).

COMANDANTE DO EXÉRCITO

PORTARIA Nº 515, DE 14 DE AGOSTO DE 2006.

Exoneração de oficial.

O **COMANDANTE DO EXÉRCITO**, no uso da competência que lhe é conferida pelo art. 9º, inciso II, alínea "b", do Regulamento de Movimentação para Oficiais e Praças do Exército, aprovado pelo Decreto 2.040, de 21 de outubro de 1996, combinado com o art. 19 da Lei Complementar nº 97, de 9 de junho de 1999, resolve

EXONERAR,

por necessidade do serviço, **ex officio**, de Oficial do seu Gabinete, o Cel Inf ALVARO PEREIRA DA SILVA.

PORTARIA Nº 632, DE 11 DE SETEMBRO DE 2006.

Promoção de oficial em ressarcimento de preterição.

O **COMANDANTE DO EXÉRCITO**, no uso da competência que lhe foi delegada pelo art. 1º, inciso IV, do Decreto nº 2.790, de 29 de setembro de 1998, combinado com o art. 19 da Lei Complementar nº 97, de 09 de junho de 1999, e de acordo com os art. 4º, letra a) e parágrafo único; 10; 18, letra a); 19, letra a); e 21, letra b), todos da Lei nº 5821, de 10 de novembro de 1972 (LPOAFA), resolve:

PROMOVER,

por antigüidade, em ressarcimento de preterição, ao posto de Major da Arma de Infantaria, a contar de 31 de agosto de 2005, o **Cap Inf (011655243-1) ALEI SALIM MAGLUF JÚNIOR**.

PORTARIA Nº 637, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.

Autorização para participação em viagem de serviço.

O **COMANDANTE DO EXÉRCITO**, no uso da atribuição que lhe confere o inciso VII do art. 1º do Decreto nº 2.790, de 29 de setembro de 1998, combinado com o art. 19 da Lei Complementar nº 97, de 9 de junho de 1999, resolve

AUTORIZAR

o Maj QEM PAULO AUGUSTO CAPETTI RODRIGUES PORTO, do 4º BE Cmb, a participar de viagem de serviço, a realizar-se na cidade de Montevideu, no Uruguai, no período de no período de 17 a 20 de setembro de 2006.

Para fim de aplicação da Lei nº 5.809, de 10 de outubro de 1972, regulamentada pelo Decreto nº 71.733, de 18 de janeiro de 1973, com as alterações constantes dos Decretos nº 3.643, de 26 de outubro de 2000, e nº 3.790, de 18 de abril de 2001, a missão está enquadrada como eventual, administrativa, sem mudança de sede, sem dependentes e será realizada sem qualquer ônus para o Exército Brasileiro.

PORTARIA Nº 638, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.

Autorização para participação em visita técnica.

O **COMANDANTE DO EXÉRCITO**, no uso da atribuição que lhe confere o inciso VII do art. 1º do Decreto nº 2.790, de 29 de setembro de 1998, combinado com o art. 19 da Lei Complementar nº 97, de 9 de junho de 1999, resolve

AUTORIZAR

o Cap QEM GUILHERME QUINDERÉ ROMANO, do AGR, a participar de visita técnica à Siderúrgica Siderar, a realizar-se na cidade de San Nicolás de los Arroyos, na Argentina, no período de 18 a 22 de setembro de 2006.

Para fim de aplicação da Lei nº 5.809, de 10 de outubro de 1972, regulamentada pelo Decreto nº 71.733, de 18 de janeiro de 1973, com as alterações constantes dos Decretos nº 3.643, de 26 de outubro de 2000, e nº 3.790, de 18 de abril de 2001, a missão está enquadrada como eventual, administrativa, sem mudança de sede, sem dependentes e será realizada sem qualquer ônus para o Exército Brasileiro.

PORTARIA Nº 639, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.

Designação para participação em conferência internacional.

O **COMANDANTE DO EXÉRCITO**, no uso da atribuição que lhe confere o inciso VII do art. 1º do Decreto nº 2.790, de 29 de setembro de 1998, combinado com o art. 19 da Lei Complementar nº 97, de 9 de junho de 1999, e de acordo com o Plano de Visitas e outras Atividades em Nações Amigas (PVANA), relativo ao ano de 2006, resolve

DESIGNAR

o Cel Eng RENATO MARCOS, do COTer, e o Ten Cel Inf RICARDO AUGUSTO FERREIRA COSTA NEVES, do Gab Cmt Ex, para participar da Conferência Especializada de Treinamento e Ensino dos Exércitos Americanos (Atv X 06/053), a realizar-se na cidade de La Paz, na Bolívia, no período de 25 a 29 de setembro de 2006.

Para fim de aplicação da Lei nº 5.809, de 10 de outubro de 1972, regulamentada pelo Decreto nº 71.733, de 18 de janeiro de 1973, com as alterações constantes dos Decretos nº 3.643, de 26 de outubro de 2000, e nº 3.790, de 18 de abril de 2001, a missão está enquadrada como eventual, militar, sem mudança de sede, sem dependentes e será realizada com ônus para o Exército Brasileiro, parcial no tocante a diárias no exterior e total com referência ao deslocamento.

PORTARIA Nº 640, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.

Nomeação de oficial.

O **COMANDANTE DO EXÉRCITO**, no uso da competência que lhe é conferida pelo art. 9º, inciso II, alínea "b", do Regulamento de Movimentação para Oficiais e Praças do Exército, aprovado pelo Decreto 2.040, de 21 de outubro de 1996, combinado com o art. 19 da Lei Complementar nº 97, de 9 de junho de 1999, resolve

NOMEAR,

por necessidade do serviço, **ex officio**, Oficial do seu Gabinete, o Maj Inf RAUL ROBERTO MARTINS SANTOS.

PORTARIA Nº 641, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006

Nomeação de oficial.

O **COMANDANTE DO EXÉRCITO**, no uso da competência que lhe é conferida pelo art. 9º, inciso II, alínea "b", do Regulamento de Movimentação para Oficiais e Praças do Exército, aprovado pelo Decreto 2.040, de 21 de outubro de 1996, combinado com o art. 19 da Lei Complementar nº 97, de 9 de junho de 1999, resolve

NOMEAR,

por necessidade do serviço, **ex officio**, Oficial do seu Gabinete, os seguintes militares:

Ten Cel Inf WAGNER SILVEIRA PAULA;

Ten Cel Int JOSUÉ ROCHA;

Maj Inf SAID ZENDIM;
Maj Cav CARLOS AUGUSTO RAMIRES TEIXEIRA;
Maj Cav VALMIR PACHECO JUNIOR;
Cap Art LUCIO ANDERSON DE AZEVEDO ROCHA;
Cap Inf MARLOS TEIXEIRA PARANHOS;
Cap Inf JORGE GONÇALVES VISCONTE.

PORTARIA Nº 655, DE 20 DE SETEMBRO DE 2006

Substituição temporária do Comandante do Exército.

O **COMANDANTE DO EXÉRCITO** no uso de suas atribuições e conforme o disposto no art. 22, da Estrutura Regimental do Comando do Exército, aprovada pelo Decreto nº 5.751, de 12 de abril de 2006, e de acordo com o art. 386 da Portaria nº 816, de 19 de dezembro de 2003, do Cmt Ex, resolve:

DESIGNAR

o General-de-Exército DOMINGOS CARLOS DE CAMPOS CURADO, Comandante Militar do Leste, para exercer, interinamente, o cargo de Comandante do Exército, das 16:00 horas do dia 21 a 24 de setembro de 2006, durante o afastamento do país do titular do cargo.

SECRETARIA-GERAL DO EXÉRCITO

PORTARIA Nº 246-SGEx, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.

Concessão de Medalha Militar.

O **SECRETÁRIO-GERAL DO EXÉRCITO**, no uso da competência que lhe é conferida pelo art. 1º, inciso XVII, da Portaria do Comandante do Exército nº 761, de 2 de dezembro de 2003, resolve

CONCEDER

a Medalha Militar e Passador de Bronze, nos termos do Decreto nº 4.238, de 15 de novembro de 1901, regulamentado pelo Decreto nº 39.207, de 22 de maio de 1956 e com a redação dada pelo Decreto nº 70.751, de 23 de junho de 1972, aos militares abaixo relacionados, por terem completado dez anos de bons serviços nas condições exigidas pela Portaria do Comandante do Exército nº 322, de 18 de maio de 2005.

Posto/Grad Arma/Q/Sv	Identidade	Nome	Término do decênio	OM
Cap Inf	020350264-6	ADHERBAL TEIXEIRA DA CUNHA NETO	15 Fev 99	AMAN
Cap Dent	011652193-1	JORGE VASCONCELLOS BRANCO JÚNIOR	02 Set 05	OCEX
Cap QCO	072307403-5	JOSE LEONCIO EUSEBIO FILHO	05 Mar 04	CMCG
Cap Farm	011385564-7	MÁRCIA PINHO DE OLIVEIRA	26 Jan 06	H Gu Vila Militar
Cap Inf	011398934-7	RODRIGO FERREIRA DO NASCIMENTO	07 Fev 05	1º BPE
Cap QCO	033203004-8	SAMUEL AGOSTINHO WEBBER	27 Dez 05	EsAEx
Cap QCO	062359284-7	SÉRGIO VIDAL LINHARES	22 Mar 06	D Aud
Cap QCO	062359314-2	SÍLVIA MARIA GOES DOS SANTOS	22 Mar 06	H Gu Marabá
1º Ten Dent	011386894-7	ALMIR SOEIRO SIMÕES	12 Maio 06	OCEX
1º Ten Inf	101063784-9	LICURGO GERARDO DE OLIVEIRA	06 Fev 06	EsAEx
1º Ten Eng	112732584-1	LUCIANO FLÁVIO ALMEIDA DE LIMA	06 Fev 06	5º BEC Bld
1º Ten Cav	011483504-4	RODRIGO SALES RODRIGUES	06 Fev 06	8º Esqd C Mec
2º Sgt Eng	043443684-6	ALESSANDRO FERNANDES DE ABREU	25 Jan 06	CIGE

Posto/Grad Arma/Q/Sv	Identidade	Nome	Término do decênio	OM
2º Sgt Mnt Com	019602443-4	ANTONIO LEONARDO GONÇALVES SILVA	29 Jan 99	AGR
2º Sgt MB Mec Op	019679743-5	CLAUDIO VINICIUS DA SILVA GOMES	29 Jan 03	AGR
2º Sgt Topo	011357684-7	FABIANO RANIERY ALVES DE REZENDE	25 Jan 06	3º DL
2º Sgt MB Mec Auto	033176514-9	GILSON ANTONIO DOS SANTOS LIMANA	03 Mar 04	9º B Log
2º Sgt Inf	043432944-7	JORGE LUIZ FERREIRA DE OLIVEIRA	25 Jan 06	BMA
2º Sgt MB Mec Op	011358604-4	JOSÉ GISELDO FLORÊNCIO LINS	25 Jan 06	BMA
2º Sgt Int	062330824-4	LOURINALDO ARAUJO DOS SANTOS	04 Fev 02	16º R C Mec
2º Sgt Inf	043440954-6	MARCELO HENRIQUE CORREIA DE PAULA	25 Jan 06	2ª Cia Gd
2º Sgt Int	011372904-0	RICARDO FURTADO ARAGÃO	29 Abr 05	D Aud
2º Sgt Com	112693344-7	RINALDO DE ANDRADE TONIAZZO	09 Mai 01	14º R C Mec
2º Sgt Sau	019604513-2	RODNEI VIANNA PIMENTEL	25 Jan 06	H Gu Natal
2º Sgt Inf	043440304-4	WALDEMIR NETO DA SILVA	09 Mar 05	63º BI
3º Sgt Int	011462494-3	ALEXANDRE TADEU BETBEDER COUTO	04 Jun 04	AGSP
3º Sgt Topo	013068074-7	ALYSSON CORREIA LIMA	01 Mar 06	3ª DL
3º Sgt Art	043440464-6	CARLOS ROBERTO RODRIGUES DOS SANTOS	25 Jan 06	29º GAC AP
3º Sgt Mus	052131074-8	DIRCEU NELSON LEMOS	31 Jan 01	63º BI
3º Sgt Eng	033336254-9	ELIDIR CASANOVA	30 Mar 06	5º BEC Bld
3º Sgt Inf	102889914-2	ELY LINDOLFO BARBOSA	29 Jul 06	16º BI Mtz
3º Sgt Inf	043472194-0	EMERSON SORIANO DE ROSSO SILVA	29 Jul 03	9º BI Mtz
3º Sgt Inf	053536794-0	ERIVELTO LUIS PEREIRA	22 Mar 06	13º BIB
3º Sgt Mus	053530374-7	FERNANDO CORDEIRO WOLFF	15 Mar 06	13º BIB
3º Sgt Sau	053528934-2	FLAVIO LUIZ DE OLIVEIRA	22 Mar 06	15ª Cia E Cmb
3º Sgt Cav	033288714-0	JAIR PERES	22 Mar 06	Cia Cmdo 14ª Bda Inf Mtz
3º Sgt Mus	102857864-7	JEAN PAULL ALVES ALEXANDRE	18 Mar 05	24º BC
3º Sgt QE	020168544-3	JOÃO ADALTO MOREIRA	29 Jan 97	2º BEC
3º Sgt QE	059175173-0	JOSÉ RICARDO DE CARVALHO	29 Jan 97	13º BIB
3º Sgt Mus	033158774-1	JOSUÉ MACHADO BANDEIRA	03 Mar 04	20º BIB
3º Sgt Mus	011484184-4	OBADIAS DO NASCIMENTO CABRAL	25 Mar 05	2º BI Mtz (ES)
3º Sgt Cav	053526764-5	RICARDO WEINSCHÜTZ	22 Mar 06	12º R C Mec
3º Sgt Mus	053530904-1	RODRIGO AZAMBUJA	15 Mar 06	13º BIB
3º Sgt Com	033277024-7	ROGÉRIO PINHEIRO DE BÓRBA	22 Mar 06	12º R C Mec
3º Sgt Mus	011455494-2	WAGNER DA SILVA PAIXÃO	30 Jul 03	2º BI Mtz (ES)
3º Sgt MB Mnt Armt	013183744-5	WELLINGSON CAVALCANTI DE ALMEIDA	26 Jul 06	16º BI Mtz
3º Sgt Mus	052189974-0	ZENILDO VIEIRA DA COSTA	26 Fev 03	63º BI
Cb	020406294-7	ANDERSON SOARES FONSECA	29 Jan 01	2º BEC
Cb	092601524-9	CLAUDINO MARTINS DE OLIVEIRA	31 Jan 01	47º BI
Cb	020453194-1	FERNANDO MERGULHÃO	30 Jan 02	2º BEC
Cb	020430084-2	GÉSIO CONCEIÇÃO CAMILLO	30 Jan 02	2º BEC
Cb	072501374-2	MARLINDO BATISTA DAS CHAGAS	30 Jan 01	14º BI Mtz
Cb	020166734-2	PEDRO ALCANTARA BUENO	29 Jan 97	2º BEC
Cb	020426534-2	RENATO GONÇALVES MONTEIRO	30 Jan 02	2º BEC
Cb	073690074-7	TEÓGENES PIMENTEL DA SILVA	28 Abr 06	16º BI Mtz
Cb	052161444-6	WALTER DUTKA JUNIOR	30 Jan 02	13º BIB

PORTARIA Nº 247-SGE_x, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.

Concessão de Medalha Militar.

O **SECRETÁRIO-GERAL DO EXÉRCITO**, no uso da competência que lhe é conferida pelo art. 1º, inciso XVII, da Portaria do Comandante do Exército nº 761, de 2 de dezembro de 2003, resolve

CONCEDER

a Medalha Militar e Passador de Prata, nos termos do Decreto nº 4.238, de 15 de novembro de 1901, regulamentado pelo Decreto nº 39.207, de 22 de maio de 1956 e com a redação dada pelo Decreto nº 70.751, de 23 de junho de 1972, aos militares abaixo relacionados, por terem completado vinte anos de bons serviços nas condições exigidas pela Portaria do Comandante do Exército nº 322, de 18 de maio de 2005.

Posto/Grad Arma/Q/Sv	Identidade	Nome	Término do decênio	OM
Ten Cel Med	018465033-1	JOSÉ DE SOUZA DANTAS NETO	05 Mar 05	HCE
Maj Inf	052574793-7	CARLOS HENRIQUE FERREIRA DE MELLO	12 Abr 06	63º BI
Maj Inf	018651423-8	DANILO MITRE FILHO	05 Mar 06	Cmdo CMA
Maj Eng	022691763-1	VANNOIR STODUTO VIEIRA JÚNIOR	04 Maio 01	5º BEC Bld
Cap QCO	062374904-1	ANTÔNIO LEANDRO DA SILVA FILHO	19 Jul 06	AMAN
1º Ten QCO	056424873-0	CLÓVIS ANTONIO SCHWENGBER	28 Jan 05	AMAN
Subten Inf	101433883-2	ANTÔNIO IRAPUÃ DE CASTRO DA SILVA	27 Jan 06	Cia PE/6ª RM
Subten Inf	049701443-1	JOÃO CARLOS MATIAS DO VALLE	28 Jan 06	CI Op Paz
Subten Topo	018545423-8	JOSE VICENTE DO NASCIMENTO NETO	28 Dez 05	3ª DL
Subten Art	043802683-3	MANOEL FERREIRA DE OLIVEIRA NETO	01 Fev 03	EsAEx
Subten Mnt Com	083876232-6	RAIMUNDO NONATO SOARES	30 Abr 95	51º CT
1º Sgt Inf	030547794-5	AILTON FEIJO JACINTO	28 Jan 06	3ª ICFEx
1º Sgt Eng	112378393-6	ANTÔNIO APARECIDO SANTOS	12 Abr 06	DCEM
1º Sgt Inf	056323243-8	AYRTON GONÇALVES DO NASCIMENTO	29 Jan 04	EsAEx
1º Sgt Int	076108673-5	CASSIO ALVES	03 Jun 06	Cmdo Fron Rondônia/6º BIS
1º Sgt Sau	019503503-5	ELOI DOS SANTOS CARDOZO	25 Jul 06	H Ge São Paulo
1º Sgt Sau	036948503-2	ELOI PAULO GOERCH	29 Jan 05	H Gu Santa Maria
1º Sgt Com	067342123-6	EVARISTO DE SOUSA AMARAL	28 Jan 06	1º BAC
1º Sgt Inf	041972934-8	GILBERTO DA CUNHA ALVES	26 Jan 06	5º BIL
1º Sgt Inf	074190623-4	JURANDIR DA SILVA RAFAEL	26 Dez 02	4º CTA
1º Sgt Art	020345964-9	JULIO CEZAR MAGNAGO	28 Jul 06	DFA
1º Sgt MB Mnt Armt	018422523-3	LAURO JOSE MELLO DOMINGOS	21 Mar 06	10º D Sup
1º Sgt Eng	114376043-5	RINALDO DA SILVA RIBEIRO	28 Nov 05	11º BE Cnst
1º Sgt Art	036847973-9	SALLE SEVERO ALAVE FILHO	28 Jan 05	H Gu Marabá
1º Sgt Int	036829543-2	VALMIR JANDREY	29 Jan 05	16ª Ba Log Sl
3º Sgt QE	030597854-6	ANTONIO FERNANDO DA SILVA	28 Jan 06	12º R C Mec
3º Sgt QE	023016913-8	CARLOS ANTONIO CARLETO	28 Jan 03	EsPCEX
3º Sgt QE	023263213-3	JOSÉ RICARDO NOGUEIRA	30 Jan 03	13º R C Mec
3º Sgt QE	118058073-8	LUIZ CARLOS ALVES CORDEIRO	28 Jan 06	1º BAC
3º Sgt QE	036762623-1	LUIS AUGUSTO RODRIGUES	13 Fev 04	9º B Log
3º Sgt QE	118127953-8	MOISÉS DA SILVA SOUSA	07 Jun 06	11ª ICFEx

Posto/Grad Arma/Q/Sv	Identidade	Nome	Término do decênio	OM
3º Sgt QE	076169023-9	REGINALDO DIAS DA SILVA	01 Jul 06	Cia Cmdo 7ª RM/ 7ª-DE
3º Sgt QE	118086803-4	RÉGIS RODRIGUES NEVES	07 Fev 06	MD
3º Sgt QE	118129873-6	RENATO NAVES DE LIMA	08 Jul 06	MD
3º Sgt QE	076159813-5	SAMUEL RODRIGUES VIANA	30 Jan 06	H Gu Natal
Cb	076113413-9	HÉLIO RODRIGUES MUSA	28 Jan 06	7º D Sup
Cb	076114473-2	LUCIANO RODRIGUES DE MEDEIROS	28 Jan 06	7º D Sup
Cb	076113643-1	MARCONE MANOEL DE LIMA	28 Jan 06	7º D Sup
Cb	076113983-1	WILLIAM CESAR GUEDES DE ANDRADE	27 Jan 06	Cia Cmdo CMNE
TM	025258923-9	ADEMIR VALDECIR OLIVEIRA	23 Jan 04	EsPCEX

PORTARIA Nº 248-SGEx, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.

Concessão de Medalha Militar.

O **SECRETÁRIO-GERAL DO EXÉRCITO**, no uso da competência que lhe é conferida pelo art. 1º, inciso XVII, da Portaria do Comandante do Exército nº 761, de 2 de dezembro de 2003, resolve

CONCEDER

a Medalha Militar e Passador de Ouro, nos termos do Decreto nº 4.238, de 15 de novembro de 1901, regulamentado pelo Decreto nº 39.207, de 22 de maio de 1956 e com a redação dada pelo Decreto nº 70.751, de 23 de junho de 1972, aos militares abaixo relacionados, por terem completado trinta anos de bons serviços nas condições exigidas pela Portaria do Comandante do Exército nº 322, de 18 de maio de 2005.

Posto/Grad Arma/Q/Sv	Identidade	Nome	Término do decênio	OM
Cel Eng	049358801-6	MARCOS DE OLIVEIRA	05 Fev 06	ECEME
1º Ten QAO MB	012213242-6	JOSÉ CARLOS VIEIRA DE JESUS	07 Nov 04	H Gu Vila Militar
2º Ten QAO Adm G	034580012-2	ADALMIR DA SILVA	29 Jun 06	16º BI Mtz
2º Ten QAO MB	024184152-7	ANDRÉ ROSA DE OLIVEIRA FILHO	03 Abr 06	9º B Sup
Subten Inf	013512902-1	JOSÉ MIRANDA COUTO	10 Jun 06	4ª CSM
Subten Mnt Com	083876232-6	RAIMUNDO NONATO SOARES	27 Abr 05	51º CT

PORTARIA Nº 250-SGEx, DE 20 DE SETEMBRO DE 2006.

Insustitência de Concessão de Medalha Corpo de Tropa

O **SECRETÁRIO-GERAL DO EXÉRCITO**, no uso da atribuição que lhe é conferida pelo art. 16, inciso I, das Normas para Concessão da Medalha Corpo de Tropa, aprovadas pela Portaria nº 715, de 21 de outubro de 2004, do Comandante do Exército, resolve

TORNAR INSUBSISTENTE

o ato de Concessão de Medalha Corpo de Tropa, com Passador de Bronze, ao General-de-Divisão (014227641-9), **CARLOS CÉSAR PAIVA DE SÁ**, do DGS, constante da Portaria nº 119-SGEx, de 3 de novembro de 2004, publicada no Boletim do Exército nº 45, de 5 de novembro de 2004.

4ª PARTE
JUSTIÇA E DISCIPLINA
COMANDANTE DO EXÉRCITO

DESPACHO DECISÓRIO Nº 126, DE 11 DE SETEMBRO DE 2006.

PROCESSO: PO Nº 609285/06-A1/GCE_x

ASSUNTO: Promoção em Ressarcimento de Preterição

CAP INF (011655243-1) ALEI SALIM MAGLUF JÚNIOR

1. Processo originário do Ofício nº 113 - S5, de 12 Jul 06, da Diretoria de Avaliação e Promoções (Brasília – DF), encaminhando proposta de promoção em ressarcimento de preterição do **Cap Inf (011655243-1) ALEI SALIM MAGLUF JÚNIOR**, servindo no 62º Batalhão de Infantaria (Joinville – SC), ao posto de major, em razão de ter cessado o motivo que o impedia de figurar em quadro de acesso e ser promovido.

2. Considerando que:

– o referido oficial, em virtude de denúncia em processo-crime e conseqüente ingresso na situação de **sub judice**, figurou como impedido nos Quadros de Acesso nº 02/2005 em diante, para as promoções de 31 Ago 05 e seguintes, nos termos do prescrito pelo art. 35, letra d), da Lei nº 5821, de 10 novembro de 1972 (Lei de Promoções dos Oficiais da Ativa das Forças Armadas – LPOAFA);

– consoante informação recebida do Superior Tribunal Militar, transitou em julgado para o Ministério Público Militar, em 24 Mai 06 e, para a Defesa, em 08 Jun 06, o acórdão proferido nos autos da Apelação nº 2005.01.050091-0, Processo nº 04/2004, por meio do qual condenou o oficial à pena de 07 (sete) meses e 06 (seis) dias de prisão, pela prática do delito de que fora acusado, declarando, entretanto, extinta a punibilidade, pela prescrição da pretensão punitiva;

– com o trânsito em julgado do acórdão supramencionado o requerente deixou a condição de **sub judice**, retornando à situação anterior de apto para o acesso na carreira;

– salienta-se que diante da declaração da prescrição da pretensão punitiva há uma exclusão dos efeitos principais e secundários da condenação, não subsistindo, dessa forma, qualquer reflexo na esfera administrativa;

– insta esclarecer, ainda, que prescrição é uma das formas de extinção da punibilidade e esta, por sua vez, põe fim a toda e qualquer conseqüência desfavorável ao acusado, dando-lhe **status** de inocente, para todos os efeitos legais, equiparando-o a réu absolvido;

– dessa forma, restando configurado o direito à promoção em ressarcimento de preterição, dou, concordando com o parecer da Comissão de Promoções de Oficiais, o seguinte

D E S P A C H O

a. **DEFERIDO.** Seja promovido ao posto de major, por antigüidade, em ressarcimento de preterição, a contar de 31 de agosto de 2005, o Cap Inf ALEI SALIM MALUF JÚNIOR, de acordo com os art. 4º, letra a) e parágrafo único; 10; 18, letra a); 19, letra a); e 21, letra b), todos da Lei nº 5821, de 10 novembro de 1972 (Lei de Promoção dos Oficiais da Ativa das Forças Armadas), devendo ser reposicionado no Almanaque de Oficiais de Carreira 2006, imediatamente após o Major JUCELINO EVANGELISTA DA SILVA.

b. Providencie-se os atos decorrentes.

c. Publique-se o presente despacho em Boletim do Exército, informe-se ao Departamento-Geral do Pessoal, ao Comando Militar do Sul e à Organização Militar do interessado, e arquite-se o processo na Diretoria de Avaliação e Promoções.

DESPACHO DECISÓRIO Nº 127, DE 11 DE SETEMBRO DE 2006.

PROCESSO: PO nº 610087/06-A1/GCEX

ASSUNTO: Revisão de Ato Administrativo

TEN CEL COM (101900022-1) JÚLIO CÉSAR DE AGUIAR CRUZ

1. Processo originário do Ofício nº 052 – Aj G 1.1, de 25 Jul 06, do Comando da 1ª Região Militar (Rio de Janeiro – RJ), encaminhando requerimento, datado de 21 Jul 06, por meio do qual o **Ten Cel Com (101900022-1) JÚLIO CÉSAR DE AGUIAR CRUZ**, servindo naquela Região Militar, solicita ao Comandante do Exército, a revisão do ato que anulou sua movimentação para a 17ª Brigada de Infantaria de Selva (Porto Velho – RO), e culminou na sua permanência naquele Grande Comando.

2. Considerando que:

– o requerente, inicialmente, foi movimentado, por necessidade do serviço, do Comando da 1ª Região Militar (1ª RM) para o Comando da 9ª Região Militar (Campo Grande – MS), conforme fez público o Aditamento da Diretoria de Controle de Efetivos e Movimentações (DCEM) 2A ao Boletim do Departamento-Geral do Pessoal (DGP) nº 010, de 08 Mar 06;

– posteriormente, conforme publicado no Aditamento da DCEM 2A ao Boletim do DGP nº 023, de 07 Jun 06, o requerente teve sua movimentação retificada para o Comando da 17ª Brigada de Infantaria de Selva (17ª Bda Inf SI), guarnição essa constante, também, nas suas opções de movimentação;

– entretanto, em 05 Jul 06, o requerente teve sua movimentação anulada, permanecendo na OM de origem, ou seja, no Cmdo da 1ª RM;

– o art. 2º do Regulamento de Movimentação para Oficiais e Praças do Exército (R-50), aprovado pelo Decreto nº 2.040, de 21 Out 96, prevê **a possibilidade de serem atendidos interesses individuais**, quando for possível conciliá-los com as exigências do serviço;

– no caso em exame, as dificuldades pessoais relatadas no processo, envolvendo questões de ordem familiar, mostram-se relevantes e, por conseguinte, justificam o atendimento do pedido de revisão, pelo que dou o seguinte

D E S P A C H O

a. **DEFERIDO.** Anulo o ato administrativo que tornou sem efeito o ato da transferência do requerente para o Comando da 17ª Bda Inf SI, com fulcro no art. 10, inciso I, das Instruções Gerais para Movimentação de Oficiais e Praças do Exército (IG 10-02), aprovadas pela Portaria nº 325, de 06 Jul 00, do Comandante do Exército, em face das razões acima expendidas.

b. Mantenho, em conseqüência, a retificação da transferência do requerente para a 17ª Bda Inf SI, conforme publicado no Aditamento da DCEM 2A ao Boletim do DGP nº 023, de 07 Jun 06.

c. O Departamento-Geral do Pessoal adote as providências decorrentes.

d. Publique-se o presente despacho em Boletim do Exército, informe-se ao Departamento-Geral do Pessoal, ao Comando do Comando Militar do Leste e à Organização Militar do interessado, e arquive-se o processo neste Gabinete.

DESPACHO DECISÓRIO Nº 128, DE 11 DE SETEMBRO DE 2006.

PROCESSO: PO nº 308510/03-A1/GCEX

ASSUNTO: Anulação de Punição Disciplinar

1º SGT ART (011507373-6) ROBSON ANTÔNIO DA LUZ

1. Processo originário do Ofício nº 021 - Sect, de 16 Mai 03, do Hospital de Guarnição de Marabá (Marabá - PA), encaminhando requerimento datado de 17 Abr 03, em que o **1º Sgt Art (011507373-6) ROBSON ANTÔNIO DA LUZ**, servindo naquele Hospital, solicita ao Comandante do Exército a anulação de uma punição disciplinar, prisão, que lhe foi aplicada, em 31 Out 95, pelo então Comandante da Escola de Educação Física do Exército (Rio de Janeiro – RJ).

2. Considerando que:

– o recorrente procura estribar o seu pedido na alegação de que, quando da aplicação da sanção disciplinar em questão, não lhe foi assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, tipificado no art. 5º, inciso LV, da Constituição Federal de 1988, bem como houve injustiça na aplicação da punição disciplinar;

– o recorrente procura, ainda, amparo no Regulamento Interno e dos Serviços Gerais (RISG), vigente à época, que preconizava como uma das atribuições do Sargento-de-Dia à Subunidade, apresentar-se ao Comandante da Subunidade, ao Oficial-de-Dia e ao Sargento Adjunto, ao entrar e sair de serviço e após a leitura do Boletim Interno, e, no mesmo sentido, dispõe o atual Regulamento;

– entretanto, cabe ressaltar que o Regulamento de Continências (R-2), vigente à época, e o atual, estabelece que todo militar, em decorrência de sua condição, obrigações, deveres, direitos e prerrogativas, estabelecidos em toda a legislação militar, deve tratar sempre com respeito e consideração os seus superiores hierárquicos, como tributo à autoridade de que se acham investidos por lei;

– o supracitado Regulamento prescreve, ainda, que o militar manifesta respeito e apreço aos seus superiores, pares e subordinados dirigindo-se a eles ou atendendo-os, de modo disciplinado;

– portanto, o recorrente ao não se apresentar para o seu Comandante de Unidade, quando interpelado, deixou de cumprir o estabelecido no Regulamento de Continências das Forças Armadas;

– para efeito de prova, o recorrente juntou ao processo uma Certidão de Punição Disciplinar, uma cópia da Folha de Alterações do 2º semestre de 1995 e outros documentos alusivos ao fato, o que não evidencia os alegados vícios no procedimento punitivo;

– os documentos acostados aos autos não se mostram suficientemente eficazes para sustentar as alegações de que houve ilegalidade e injustiça na aplicação de reprimenda, uma vez que nada esclarecem sobre o cerne da questão;

– em decorrência do atributo da *presunção de legitimidade*, o ato administrativo, até prova em contrário, presume-se praticado em conformidade com as normas legais a ele aplicáveis, bem como presume-se verdadeiro o fato nele descrito pela Administração;

– essa *presunção de legitimidade* acarreta a transferência do ônus probatório para o administrado, cabendo, então, ao interessado – *no caso, o recorrente* –, provar as alegações que fizer quanto à desconformidade do ato questionado com o direito e os princípios de justiça, e em não o fazendo, prevalecem a validade e a eficácia do ato contestado;

– consistindo a prova na demonstração material e cabal da existência ou veracidade daquilo que se alega como fundamento do direito defendido ou contestado, de simples afirmações, por si só, não decorrem os efeitos pretendidos por quem as apresenta – *no caso, a nulidade da sanção questionada* –; neste sentido, inclusive, a máxima de que a simples alegação não faz direito;

– assim, à vista dos elementos constantes do processo, não ficou comprovado ter havido ilegalidade e injustiça na aplicação da punição em comento;

– dessa forma, tendo o recorrente formulado o pedido desacompanhado de suficiente e segura comprovação das razões de fato e de direito que alega constituírem ilegalidade e injustiça no procedimento punitivo, dou o seguinte

D E S P A C H O

a. **INDEFERIDO.** O pedido não atende a nenhum dos pressupostos exigidos pelo art. 42, § 1º, do Regulamento Disciplinar do Exército, aprovado pelo Decreto nº 4.346, de 26 Ago 02.

b. O assunto encontra-se esgotado na esfera administrativa.

c. Publique-se o presente despacho em Boletim do Exército, informe-se ao Comando do Comando Militar da Amazônia e à Organização Militar do interessado, e arquite-se o processo neste Gabinete.

Gen Bda GERSON MENANDRO GARCIA DE FREITAS

Secretário-Geral do Exército