

**TABELA
BRASILEIRA
PARA A
APURAÇÃO
DO DANO
CORPORAL**

TABELA BRASILEIRA PARA A APURAÇÃO DO DANO CORPORAL



ABMLPM

Associação Brasileira de
Medicina Legal e Perícia Médica

2024

AUTORIA

Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica

CONTRIBUIÇÃO INTERNACIONAL

Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal

SUPERVISÃO GERAL

Ivan Dieb Miziara

José Jozefran Berto Freire

COORDENAÇÃO NACIONAL

Viviam Paula Lucianelli Spina

COORDENAÇÃO INTERNACIONAL

Duarte Nuno Pessoa Vieira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Jozefran, Jose

Tabela brasileira para apuracao do dano corporal / Jose

Jozefran - 1ª edição - São Paulo: Coerência, 2024

ISBN: 978-85-5327-252-5

CDD: 610

Índices para catálogo sistemático:

1. Medicina e saúde I. Título



Rua Coronel Osório, 92 | Centro
Bragança Paulista | SP | 12900-150

www.editoracoerencia.com.br

Tel.: (11) 9.1292-1001

REDADORES

Alcindo Cerci Neto - PR

Djalma Olímpio Maia Sant'Ana - AL

Duarte Nuno Vieira - PT

Eduardo Costa Sá - SP

Elizete de Fátima Rocha - MG

Fabio Panza - SP

Gabriela Graça Suares Pinto - RJ

Gustavo de Almeida - DF

Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal - SP

Mary Laura Garnica Perez Villar - RJ

Pedro Artur Lobato Baptista - AP

Sami Abder Rahim Jbara El Jundi - RS

Sergio Rachman - SP

Tácio André da Silva Carvalho - SP

Tatiana Martins Gadelha Paz - BA

Viviam Paula Lucianelli Spina - SP

REVISORES NACIONAIS

Antônio Batista de Queiroz - MT

Carlos Eduardo do Valle Zawitoski - SP

Carmen Silvia Molleis Galego Miziara - SP

Cláudio José Trezub - PR

Chu En Lay Paes Leme - MT

Daniel Romero Muñoz - SP

Daniele Muñoz - SP

Djalma Olímpio Maia Sant'Ana - AL

Fabília Maria Cabral Dias - ES

Flávia Pereira Costa - MG

Gabriel Carmona Latorre - SP

Gustavo de Almeida - DF

Isabelle Pereira Soares Mariz - RN

Ivan Dieb Miziara - SP

Jacques José Zimmermann - RS

Jinmy Henry Ricaldi Rocha - SE

João Anastácio Dias - GO

João Sampaio de Almeida Prado - SP

João Silvestre da Silva Junior - SP

Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal - SP

Luiz Carlos Leal Prestes Junior - RJ

Marcos Henrique Mendanha - GO

Mário Eunides Junqueira Guimarães Junior - DF

Mirna Yae Yassuda Tamura - SP

Norberto Rauen - SC

Nympha Carmen Akel Thomaz Salomão - RR

Renato Evandro Moreira Filho - CE

Rodrigo César De Souza - PE

Viviam Paula Lucianelli Spina - SP (Coordenadora)

REVISORES INTERNACIONAIS

Duarte Nuno Pessoa Vieira (Coordenador)

José Ignacio Muñoz-Barús

Carlos Vasquez Represas

PREFÁCIOS

PREFÁCIO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA LEGAL E PERÍCIA MÉDICA

A Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica, motivada pela necessidade de atender às solicitações dos Médicos Peritos brasileiros de um instrumento que do ponto de vista qualitativo, quantitativo, técnico e científico, para a apuração do Dano Corporal, suprisse a necessidade acima referenciada. Desta forma, é apresentada aos Médicos Peritos do país, aos operadores do Direito, à Sociedade e aos poderes constituídos, a TABELA BRASILEIRA PARA A APURAÇÃO DO DANO CORPORAL.

Trata-se de instrumento que em muito auxiliará os Médicos Peritos, no seu cotidiano, quando precisa estabelecer os parâmetros que irão compensar no aspecto financeiro as pessoas com lesões, sequelas e conseqüências do dano corporal sofrido, em uma perspectiva que contempla o universo múltiplo do dano, dos agentes promotores e suas complicações, mediados pelo eixo do tempo.

Foi um trabalho feito com todo o denodo por grupo de Médicos Peritos especialistas, cumprindo o objetivo específico da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica, que era dotar os especialistas com este instrumento e seu uso adequado.

A Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica agradece a todos os Médicos Peritos participantes deste trabalho, que resulta em benefício para o exercício profissional de todos os Especialistas em Medicina Legal e Perícia Médica.

Queremos agradecer de forma especial a Dra. Viviam Paula Lucianelli Spina que coordenou o grupo de trabalho na construção da Tabela, o trabalho profícuo, o foco temático, as horas despendidas de trabalho árduo e a acuidade necessária para o bom resultado agora alcançado.

Agradecemos aos componentes do grupo de trabalho, pela assertividade conceitual, em estabelecer a relação entre o evento que originou o dano e a representação corpórea e funcional ali contida, que demonstra o dano em cada sistema do corpo humano. Este grupo merece todo o nosso agradecimento institucional.

Tem especial valor o grupo de revisores, médicos especialistas que em muito contribuíram para o aperfeiçoamento de cada item da Tabela e assim fez uma avaliação crítica que sintetizou o trabalho de forma eficiente.

Queremos citar e agradecer substancialmente os Drs. José Ignacio Muñoz-Barús e Carlos Vasquez Represas, ilustres revisores internacionais desta Tabela, pelas orientações, sugestões e contribuições para a construção científica e técnica da Tabela.

Fomos contemplados neste trabalho com a parceria substancial da Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal que nos emprestou toda sua experiência e conhecimento neste tema, à sua diretoria e componentes, os nossos agradecimentos e a certeza de futuros e comuns empreendimentos científicos.

Queremos agradecer e muito, ao Dr. Duarte Nuno Pessoa Vieira, ilustre estudioso do Dano Corporal há décadas, que participou

muito ativamente na construção conceitual do tema na Europa e a este tema conferiu o status de cunho científico. A ABMLPM teve, na pessoa do Dr. Duarte, a inspiração, o trabalho na construção conceitual e a coordenação internacional.

A Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica agradece a todos aqueles que contribuíram para a construção da Tabela Brasileira para Apuração do Dano Corporal. Esperamos que este instrumento cumpra seu objetivo, que é contribuir para a melhor Justiça, o maior bem da sociedade.

JOSÉ JOZEFRA BERTO FREIRE

Presidente da Associação Brasileira
de Medicina Legal e Perícia Médica

IVAN DIEB MIZIARA

Diretor Científico da Associação Brasileira
de Medicina Legal e Perícia Médica

PREFÁCIO DA COORDENAÇÃO INTERNACIONAL DA TABELA

A avaliação do dano corporal (ou avaliação do dano na pessoa, como alguns a preferem designar), consiste na avaliação e valoração das alterações na integridade psicofísica, temporárias e/ou permanentes, sofridas em consequência de um evento traumático ou de um processo natural, realizada em conformidade com as regras jurídicas e médico-legais vigentes no domínio do direito em que a mesma se realiza. Questionando e escutando a pessoa cujos eventuais danos pretende avaliar, concretizando uma observação completa e um adequado exame clínico dessa mesma pessoa, suplementado, quando necessário, por exames complementares de diagnóstico e/ou exames de especialidade, o médico perito está em condições de identificar e comprovar as alterações na integridade psicofísica (os danos) de que essa pessoa é (ou foi) eventualmente portadora, de as estudar e interpretar, para depois as descrever e documentar no seu laudo pericial e as valorar corretamente, em consonância com o domínio do direito em que a perícia está a ser concretizada. Tradicionalmente, e muito particularmente nos países de tradição latina e francófona, os danos com implicações na funcionalidade, isto é, aqueles que condicionam um défice funcional (ou uma incapacidade, designação cada vez mais em desuso, mas que alguns preferem continuar a utilizar) são avaliados numericamente. Isto apesar da verdade médico-legal em matéria de afetação da integridade

física e psíquica não ser uma verdade matemática. Partindo deste pressuposto de que a medicina não é uma ciência exata e que não é possível traduzir com exatidão em números uma determinada limitação na funcionalidade, importa, ainda assim, dispor de instrumentos de medição (de tabelas) que estabeleçam uma orientação base para o perito, evitando delírios de generosidade ou excessos de avaria pericial. As tabelas visam, pois, contribuir para reduzir ou eliminar ambiguidades e subjetividades, visam promover alguma uniformização na avaliação pericial de casos análogos, visam permitir uma linguagem pericial única, evitando livres-arbítrios e permitindo reprodutibilidade. Tudo isto sempre com a consciência plena de que as tabelas só proporcionam valores indicativos, não devendo o perito sujeitar-se, passiva e acriticamente, aos valores arbitrados pelas tabelas e podendo afastar-se deles, para mais ou para menos, desde que fundamente cientificamente, de forma rigorosa e objetiva, a razão do seu desvio valorativo. Tudo isto com a consciência também, de as tabelas são sempre imperfeitas e incompletas (e por isso a necessidade da solução analógicas para a avaliação de sequelas que nelas não estão previstas) e de que necessitam de uma revisão e atualização regular, pois o conhecimento científico e tecnológico vai evoluindo continuamente, com repercussões permanentes na medicina.

A Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal (APADAC, criada nos anos 80 pelo Prof. Oliveira Sá), tinha preparado um esboço de uma nova tabela avaliativa de danos corporais, inspirada nos principais instrumentos valorativos internacionais da atualidade. Sabendo do louvável interesse da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica (ABMLPM) em proceder à elaboração de uma proposta de uma nova tabela para o Brasil (que se confronta com o problema de tabelas antigas e necessariamente

desatualizadas), colocou à disposição desta Associação congênere e irmã (com a qual mantém um estreito e próximo relacionamento), o trabalho que tinha já desenvolvido. A presente tabela brasileira para a apuração do dano corporal teve, pois, por base, a tabela originalmente proporcionada pela APADAC, tabela esta que sofreu uma substancial revisão, não apenas de melhoria, mas também de adaptação à realidade pericial brasileira, por parte de um grupo de médicos peritos brasileiros altamente qualificados e experientes, sob a tutela e supervisão da ABMLPM, envolvendo igualmente uma análise comparativa com outras tabelas internacionais de referência. Contou, também, com a contribuição e revisão final de colegas internacionais, que permitiram assegurar a sua adequação e consonância com as mais recentes orientações e critérios em vigor na doutrina, e na prática pericial internacional.

Felicitos a Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícia Médica por esta louvável iniciativa e faço votos de que a esta Tabela encontre nos responsáveis governamentais e políticos do Brasil, a atenção e o acolhimento de que é merecedora, e que proporcione uma referência válida para todos quantos estão ou venham a estar envolvidos em avaliações periciais no Brasil, constituindo um instrumento pericial útil na sua prática quotidiana.

DUARTE NUNO PESSOA VIEIRA

Coordenador Internacional

Presidente da Associação Portuguesa
de Avaliação do Dano Corporal

Vice-Presidente da Confederação Europeia de Especialistas
em Avaliação e Reparação do Dano Corporal

PREFÁCIO DA COORDENAÇÃO NACIONAL DA TABELA

A especialidade de *Medicina Legal e Perícia Médica* consolidou-se no país no ano de 2011, a doutrina da *Avaliação do Dano Corporal (Pessoa)* desde muito antes já era difundida em nosso meio, por meio de conhecimentos advindos, principalmente, da Escola Portuguesa, em congressos, cursos, simpósios e outros eventos acadêmicos das sociedades médicas envolvidas. O dano corporal, nomeadamente o déficit funcional permanente, que corresponde à afetação da integridade físico-psíquica do indivíduo, é apenas um dos diversos parâmetros analisados na avaliação integral do Dano à Pessoa, a qual deve ser feita de maneira global, individualizada e contextualizada, não podendo ser simplificado este complexo e inesgotável tema.

Há de se ressaltar, que é impossível atribuir numericamente um percentual fidedigno a um dano corporal, por ser imponderável e imensurável por medidas estabelecidas nas ciências exatas, sendo certo que não há como se atribuir valores, que por definição, não têm tradução matemática.

Admitem-se tabelas (baremas), em que se elencam sequelas com correspondência numérica, formuladas segundo consensos dentre médicos peritos especialistas, na tentativa de se expressar o dano biológico, visando parrear as avaliações periciais em situações similares, mitigar a subjetividade e expor de forma clara, objetiva e transparente o dano apurado, a fim de fornecer valores a serem ponderados pela autoridade requisitante.

Experts propõe tabelas de avaliação do dano corporal, mais elaboradas desde a década de 50, a princípio pela escola francesa, posteriormente na Europa e nas Américas, com sucessivas edições, atualizadas e aprimoradas ao longo do tempo até os dias atuais.

No Brasil, utilizam-se, predominantemente, duas tabelas para a valoração do dano corporal no âmbito cível e trabalhista, a tabela de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, publicada em 1974 e a tabela mínima de invalidez permanente para o Seguro de Acidentes Pessoais, conhecida pelo nome da autarquia, tabela da “SUSEP”, publicada em 1991. Referências de natureza securitária que elencam essencialmente danos osteomusculares e sensoriais, sumárias e desatualizadas, que vigoraram por anos (atualmente revogadas), as quais não correspondem a taxa de incapacidade fisiológica fidedigna, nem de comprometimento laboral de um indivíduo.

Diante da presente necessidade de se dispor de um instrumento médico pericial mais adequado para a apuração sistemática e assertiva do dano corporal no Brasil, visando a representação do comprometimento anatômico e/ou funcional, de caráter permanente, de segmento, membro, órgão ou sistema do corpo humano, conforme as diretrizes técnicas da especialidade de Medicina Legal e Perícia Médica, considerando a metodologia pericial consentânea com o atual estado da arte, propõe-se a **Tabela Brasileira para a Apuração do Dano Corporal**, composta de dez capítulos, elaborada e revisada por médicos peritos especialistas em Medicina Legal e Perícia Médica, das cinco regiões do país.

Utilizaram-se como base, referências técnicas consagradas na literatura científica internacional na avaliação do dano corporal, em sua última versão:

A tabela Portuguesa, Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil e no documento proposto para a sua atualização;

A tabela Europeia, Le Guide Barème Européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique da Confédération d'associations nationales de médecins experts en l'évaluation du dommage corporel (CEREDOC);

A tabela Americana, Guides to the Evaluation of Permanent Impairment da American Medical Association (AMA);

A tabela Francesa, Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité em droit commun do Concours Medical;

A tabela Espanhola, Baremo Médico - Clasificación y valoración de las secuelas;

A tabela Argentina, Baremo AACCS - Clasificación y valoración de secuelas psicofísicas da Asociación Argentina de Compañías de Seguros;

E as tabelas Brasileiras, Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por suas cargas - DPVAT, e a tabela mínima de Invalidez Permanente por Acidente Pessoal, da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Aos médicos peritos, auxiliares da justiça, que o presente instrumento lhes seja útil no complexo encargo da avaliação do dano corporal.

VIVIAM PAULA LUCIANELLI SPINA

Coordenadora Nacional

SUMÁRIO

PRINCÍPIOS GERAIS DA TABELA	19
ORIENTAÇÕES PARA O USO DA TABELA	21
CAPÍTULO 1: SISTEMA NERVOSO	23
SUBCAPÍTULO I - NEUROLOGIA	23
TÍTULO I: SISTEMA NERVOSO CENTRAL	23
TÍTULO II: SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO	26
TÍTULO III: DANOS COGNITIVOS	31
TÍTULO IV: OUTROS ESTADOS SEQUELARES	36
SUBCAPÍTULO II - PSIQUIATRIA	38
CAPÍTULO 2: SISTEMA SENSORIAL E ESTOMATOLOGIA	41
SUBCAPÍTULO I - OFTALMOLOGIA	41
SUBCAPÍTULO II - OTORRINOLARINGOLOGIA	47
SUBCAPÍTULO III - ESTOMATOLOGIA	57
CAPÍTULO 3: SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	60
SUBCAPÍTULO I - MEMBRO SUPERIOR	62
TÍTULO I: CINTURA ESCAPULAR	65
TÍTULO II: COTOVELO	67

TÍTULO III: PUNHO	69
TÍTULO IV: MÃO	70
SUBCAPÍTULO II - BACIA	73
SUBCAPÍTULO III - MEMBRO INFERIOR	73
TÍTULO I: QUADRIL	75
TÍTULO II: JOELHO	76
TÍTULO III: TORNOZELO E PÉ	79
SUBCAPÍTULO IV - COLUNA VERTEBRAL	82
CAPÍTULO 4: SISTEMA CARDIORRESPIRATÓRIO	85
SUBCAPÍTULO I - APARELHO CARDÍACO	85
SUBCAPÍTULO II - APARELHO RESPIRATÓRIO	89
CAPÍTULO 5: SISTEMA VASCULAR	94
TÍTULO I: BAÇO	97
CAPÍTULO 6: SISTEMA DIGESTIVO	98
CAPÍTULO 7: SISTEMA URINÁRIO	102
CAPÍTULO 8: SISTEMA SEXUAL E REPRODUTOR	105
CAPÍTULO 9: SISTEMA GLANDULAR ENDÓCRINO	108
CAPÍTULO 10: SISTEMA CUTÂNEO	111
REFERÊNCIAS	114

PRINCÍPIOS GERAIS DA TABELA

- I. O dano corporal, a alteração da integridade física e psíquica do indivíduo, é um dos diversos parâmetros da avaliação do dano pessoal. Não esgota o extenso tema e nem minimiza a análise técnica médico-pericial prevista, global e integral, em sede do dano à pessoa.
- II. Os percentuais descritos na tabela representam o dano no corpo, o déficit funcional permanente, o prejuízo anatômico e/ou funcional de segmento, membro, órgão ou sistema acometido, com repercussão nas atividades correntes da vida diária do indivíduo periciado.
- III. O médico perito deve descrever e elucidar, de forma exaustiva e minuciosa, o significado do percentual atribuído, tendo em conta os componentes lesional, funcional e situacional do indivíduo periciado.
- IV. O déficit funcional permanente caracterizado independe da profissão e sexo do indivíduo periciado, não infere sobre prejuízo da capacidade laboral que porventura possa haver.
- V. O diagnóstico médico nosológico ou sindrômico do dano, assim como a repercussão da funcionalidade em diversos graus, é realizado conforme princípios propedêuticos e adota os preceitos de maior consenso científico, a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a

Saúde (CID) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), ambas da Organização Mundial de Saúde (OMS), nas suas versões mais atuais.

- VI.** O dano deve ser apurado após a consolidação médico-legal da lesão, finalizados os tratamentos, esgotando-se as medidas terapêuticas atuais e disponíveis, não se vislumbrando evolução para melhora da lesão, configurando-se a seqüela, um dano permanente.
- VII.** A avaliação médico-pericial para a apuração do dano corporal deve ser realizada mediante anamnese e exame físico minucioso, considerando, se for o caso, exames complementares, quando disponíveis. Em algumas situações, o exame subsidiário pode ser relevante ou até indispensável, como, por exemplo, a audiometria para avaliar a perda auditiva ou exames de análises clínicas para verificar a função renal.
- VIII.** Deve-se estabelecer o nexo de causalidade entre o dano corporal apurado e o evento traumático, incluindo as situações de danos associados aos cuidados de saúde, conforme critérios técnicos periciais previstos na doutrina médico-legal.
- IX.** Deve-se identificar a existência de estado patológico anterior no indivíduo periciado que poderá interferir no atual quadro seqüelar. O dano real corresponde ao dano apurado no presente, subtraindo-se dele o estado anterior. Eventualmente, de forma justificada, o dano poderá ser majorado, diante do agravamento pós-traumático do estado anterior, como, por exemplo, no caso de um indivíduo com visão monocular anterior que se apresenta com cegueira bilateral após o evento traumático.

ORIENTAÇÕES PARA O USO DA TABELA

- 1.** Admite-se, arbitrariamente, que o organismo todo do indivíduo periciado represente 100 por cento.
- 2.** A tabela atribui as sequelas um valor fixo ou uma faixa de percentual, considerando o polimorfismo previsto na apresentação de um quadro sequelar. O perito deve apurar o dano atribuindo um valor fixo, considerando a gravidade da lesão e a repercussão funcional no caso em concreto, justificando o valor atribuído.
- 3.** A seqüela individual deve ser mensurada apenas uma única vez, mesmo que seu quadro patológico possa ser descrito em diversos capítulos da tabela. O perito deve eleger o capítulo de sistema que melhor represente a repercussão do dano.
- 4.** Nas situações em que a tabela descreve apenas o prejuízo completo da lesão, a valoração do dano incompleto deve ser consoante ao prejuízo anatomofuncional verificado, tendo como base o correspondente à perda total.
- 5.** No caso de sequelas múltiplas (sinérgicas ou não sinérgicas) para a somatória dos percentuais de cada seqüela deve-se aplicar o princípio da capacidade restante (Regra de Balthazard). O percentual do dano corporal global não é a resultante da somatória direta dos percentuais isolados, exceto quando a tabela o descreve expressamente.

6. O percentual correspondente à somatória de cada uma das sequelas individuais de segmentos, membros, órgãos ou sistemas diversos não deve ultrapassar o percentual do indivíduo integralmente, ou seja, não pode ultrapassar 100 por cento.
7. O percentual correspondente à somatória de cada uma das sequelas individuais no mesmo segmento, membro, órgão ou sistema não deve ultrapassar o percentual correspondente à perda completa do membro, órgão ou sistema.
8. O percentual final atribuído ao dano corporal deve ser apresentado em números inteiros, seguindo-se as regras de aproximação matemática de casas decimais para ajuste.
9. Cada capítulo, a depender do órgão ou sistema, traz instruções específicas para a valoração do dano, assim como para a apuração em situações especiais.
10. As sequelas identificadas que não estejam descritas na tabela devem ser avaliadas por analogia às situações previstas, tendo em conta as suas repercussões, e valoradas de forma justificada.
11. Nos artigos da tabela que descrevam sintomas e sinais, compondo quadros sindrômicos, estes são exemplificativos e não taxativos ou exaustivos.
12. As classificações, tabelas e escalas utilizadas como referência para a mensuração do dano, devem ser utilizadas na sua versão mais atualizada.

CAPÍTULO I

SISTEMA NERVOSO

SUBCAPÍTULO I - NEUROLOGIA

Naquelas situações em que pode haver dúvidas quanto ao prognóstico e/ou expectativa de melhora mediante a aplicação da terapia instituída, recomenda-se, na ausência de base temporal definida na literatura para a situação, considerar o período de 02 (dois) anos, a partir da data da lesão, após a realização de tratamento médico efetivo e adequado, devidamente comprovado, esgotando-se as atuais medidas terapêuticas disponíveis para o quadro, para se admitir a consolidação médico-legal e a existência de dano permanente.

TÍTULO I

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

ARTIGO 1.º Sequelas motoras e sensitivo-motoras de origem central

Nas avaliações do dano medular, utiliza-se como referência a classificação da escala *American Spinal Injury Association* – ASIA:

A – Completo (prejuízo da função sensorial e motora)

B - Sensorial incompleta (preservada a função sensorial, prejuízo da função motora)

C - Motor incompleto (função motora não funcional)

D - Motor incompleto (função motora funcional)

E - Normal (função sensorial e motora preservada, déficits anteriores).

As sequelas de lesões medulares incompletas representam um conjunto de perturbações funcionais. Além dos danos motores e/ou sensitivos, considerar também os outros prejuízos funcionais, como, por exemplo, dor, episódios de contraturas, espasticidade, com riscos de deformidades secundárias e problemas viscerais.

Nº 1 Dano medular - Lesão completa - ASIA A

C1 - C4	99%
C5 - C6	95%
C7 - C8	85%
T1 - T5	75%
T6 - T10	70%
T11 - L1	65%
L2 - S1	60%
Cone medular / Cauda equina	50%

Nº 2 Dano medular - Lesão incompleta – ASIA B, C, D e E

ASIA E: valorar considerando o comprometimento esfinteriano (anal e vesical) e a disfunção sexual.

	ASIA B	ASIA C	ASIA D	ASIA E
C1 - C4	90%	85%	15 a 55%	5 a 15%
C5 – T1	80%	70%	15 a 40%	5 a 15%
T2 – T12	65%	55%	15 a 35%	5 a 15%
L1 – L5	40%	30%	10 a 25%	5 a 15%
S1 – S5	30%	20%	5 a 20%	5 a 15%

Avaliam-se por analogia as síndromes medulares incompletas (por exemplo, centro-medular, Brown-Séquard, medular anterior).

Nº 3 Hemiplegias e Hemiparesias

Valorar considerando a dominância lateral e a gravidade do prejuízo funcional, conforme a escala de *MRC – Medical Research Council*.

Hemiplegia	80 a 90%
Hemiparesia	
Grave (força muscular global 1 / 2)	50 a 70%
Moderado (força muscular global 3)	35 a 45%
Leve (força muscular global 4)	15 a 25%
Residual (força muscular global 4+ / 5-)	5 a 10%

Nº 4 Espasticidade refratária ao tratamento

Espasticidade irreduzível (não controlável, apesar de tratamento)	Acrescentar 7%
--	-------------------

TÍTULO II

SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO

ARTIGO 2.º Sequelas motoras e sensitivo-motoras de origem periférica

Nº 1 Face

a) Nervo trigêmeo (V nervo craniano)

Valorar o dano considerando o número de ramos afetados (oftálmico, maxilar e mandibular) e a gravidade da repercussão clínica.

Neuralgia	5 a 25%
Paresia / Paralisia	5 a 15%

b) Nervo facial (VII nervo craniano)

Apurar o dano considerando a gravidade do comprometimento funcional.

Paresia / Paralisia	
Tronco	15 a 25%
Ramo fronto-orbitário	10 a 15%
Ramo mandibular	5 a 10%
Disgeusia	1 a 5%

c) Nervo glossofaríngeo (IX nervo craniano)

Paresia / Paralisia	5% a 10%
---------------------	----------

d) Nervo hipoglosso (XII nervo craniano)

Paresia / Paralisia	5% a 15%
---------------------	----------

Nº 2 Membro Superior

Apurar o dano considerando a dominância lateral e o grau do prejuízo funcional, conforme a escala de *MRC – Medical Research Council*.

a) Plexo braquial

Paresia / Paralisia	Lado dominante	Lado não dominante
Lesão completa C5 - T1	50 a 60%	45 a 55%
Lesão do tronco inferior C8 - T1	30 a 40%	25 a 35%
Lesão do tronco superior C5 - C6	15 a 25%	10 a 20%

b) Nervo supraescapular

	Lado dominante	Lado não dominante
Paresia / Paralisia	5 a 10%	3 a 8%

c) Nervo axilar (circunflexo)

	Lado dominante	Lado não dominante
Paresia / Paralisia	5 a 15%	4 a 12%

d) Nervo musculocutâneo

	Lado dominante	Lado não dominante
Paresia / Paralisia	6 a 12%	4 a 8%

e) Nervo mediano

Paresia / Paralisia	Lado dominante	Lado não dominante
nível do braço	15 a 30%	12 a 27%
nível do antebraço	10 a 25%	8 a 22%
nível do punho	5 a 20%	4 a 15%

f) Nervo radial

Paresia / Paralisia	Lado dominante	Lado não dominante
acima da ramificação tripital	8 a 22%	6 a 20%
abaixo da ramificação tripital	5 a 18%	4 a 16%

g) Nervo ulnar

Paresia / Paralisia	Lado dominante	Lado não dominante
nível do braço	15 a 25%	10 a 22%
nível do antebraço e punho	8 a 20%	5 a 18%

h) Nervo toracodorsal

	Lado dominante	Lado não dominante
Paresia / Paralisia	3 a 6%	2 a 5%

i) Perturbações sensitivas e outras residuais

Perturbações sensitivas e outras residuais não contempladas	1 a 3%
---	--------

Nº 3 Membro inferior

a) Nervo isquiático (ciático)

Neuralgia	10 a 40%
Paresia / Paralisia	15 a 45%

b) Nervo femoral

Paresia / Paralisia	5 a 35%
---------------------	---------

c) Nervo glúteo superior

Paresia / Paralisia	10 a 30%
---------------------	----------

d) Nervo glúteo inferior

Paresia / Paralisia	5 a 20%
---------------------	---------

e) Nervo obturatório

Paresia / Paralisia	2 a 10%
---------------------	---------

f) Nervo tibial

Paresia / Paralisia	5 a 25%
---------------------	---------

g) Nervo fibular comum

Paresia / Paralisia	5 a 25%
---------------------	---------

h) Nervo fibular profundo

Paresia / Paralisia	5 a 15%
---------------------	---------

i) Nervo fibular superficial

Paresia / Paralisia	5 a 10%
---------------------	---------

j) Dores de desaferentação

Aquelas não descritas em artigos específicos da tabela. Perturbações sensitivas associadas a uma lesão do sistema nervoso periférico, com diversas manifestações clínicas, como anestesia dolorosa, sensação de “choque elétrico”, hiperpatias, hiperalgesia, alodínia ou dores do tipo membro “fantasma” (das amputações). Considerar a frequência das crises e a eficácia da terapêutica.

Dores de desaferentação	5 a 20%
-------------------------	---------

k) Perturbações sensitivas residuais

Perturbações sensitivas residuais, sem repercussão funcional	1 a 5%
--	--------

TÍTULO III

DANOS COGNITIVOS

ARTIGO 3.º Perturbações Cognitivas

É necessário estabelecer o nexó de causalidade de etiologia traumática e afastar enfermidades relativas ao estado anterior do indivíduo periciado.

Deve-se estar atento para não apurar o dano em duplicidade, não valorar a mesma seqüela em mais de um capítulo, subcapítulo ou título diverso.

Os quadros sindrômicos descritos neste subcapítulo são exemplificativos e não taxativos ou exaustivos.

Nº 1 Estado vegetativo e de mínima consciência

Estado vegetativo permanente ou estado de consciência mínima	100%
--	------

Nº 2 Síndrome frontal

Síndrome clínica com suporte diagnóstico em alterações de exame de neuroimagem e quando disponíveis, testes neuropsicológicos.

a) Perturbação muito grave

<p>Perturbações neurocomportamentais: forma bradipsíquica com apatia, apragmatismo, perda de apetite ou forma agitada com desinibição e euforia</p> <p>Perturbações esfinterianas</p> <p>Perda total do sentido crítico</p> <p>Perturbações neuropsicológicas: amnésia de fixação e de evocação com deterioração mental global</p> <p>Perda completa da autonomia com dependência de terceira pessoa para as atividades básicas de vida diária</p> <p>Desinserção social e familiar</p>	<p>70 a 85%</p>
---	-----------------

b) Perturbação grave

<p>Perturbações neurocomportamentais: acompanhadas por perturbações da personalidade e do humor</p> <p>Perturbações esfinterianas</p> <p>Perturbações relacionais mais intensas</p> <p>Perturbação do julgamento e do raciocínio</p> <p>Perturbações neuropsicológicas: alteração das capacidades de atenção, de memória e de execução, que provocam deterioração mental de intensidade grave</p> <p>Precária inserção social e familiar</p>	<p>50 a 60%</p>
--	-----------------

c) Perturbação moderada

Perturbações neurocomportamentais que afetam as relações familiares e a vida social Perturbações esfínterianas Perturbações neuropsicológicas: alteração das capacidades de atenção, de memória e de execução, que provocam uma deterioração mental moderada	30 a 40%
--	----------

d) Perturbação leve

Bradipsiquismo, sem perturbação apreciável da vida social Leve deterioração mental, dificuldades de memorização e de atenção e de elaboração de estratégias complexas	10 a 20%
--	----------

Nº 3 Perturbações da linguagem e da comunicação

a) Afasia global

Perturbações da expressão e compreensão importante com impossibilidade de relação interpessoal	70 a 80%
--	----------

b) Afasia sensorial

Perturbações grave da compreensão: Linguagem dificilmente compreensível (parafasia, perseverações, neologismos e telescopagem) Jargonafasia Expressão escrita alterada (paragrafia até à jargonagrafia) Leitura perturbada (paralexia até a jargonalexia)	50 a 60%
---	----------

c) Afasia motora

Predominância das perturbações da expressão: Inércia verbal na construção de um discurso Estereotipia de linguagem, contaminação de uma palavra por outra, ecolalias e perseverações Agramatismo (estilo telegráfico) Agrafia, alexia e apraxia	30 a 40%
---	----------

d) Afasia anômica

Dismnésia verbal Parafasias sem perturbações da compreensão	10 a 20%
--	----------

e) Mínima perturbação da expressão oral

Disartria isolada	1 a 5%
-------------------	--------

Nº 4 Perturbações cognitivas (memória, atenção, concentração e outras) e Prejuízos mistos cognitivos e sensitivo-motores.

a) Perturbação muito grave

Amnésia anterógrada e retrógrada, impedindo aquisição de nova informação, inclui amnésia de fixação, confabulações e paramnésias Falsos reconhecimentos Desorientação temporal e espacial Dependência absoluta de terceira pessoa para todas as atividades da vida diária	80 a 90%
--	----------

b) Perturbação grave

<p>Alterações da memória de fixação e evocação</p> <p>Desorientação temporal e espacial</p> <p>Incapacidade de realizar atividade útil na maioria das funções sociais e interpessoais. Apresenta alterações graves do comportamento e/ou quadros depressivos significativos. Age de forma inadequada, podendo acarretar dano a outros ou a si próprio</p> <p>Deterioração cognitiva importante em todas as esferas pessoais (familiar, social, laboral), ideias de autorreferência ou desconfiança frequentes, incapacidade de manter um emprego e relações sociais. Alterações graves da linguagem (incoerente ou ilógica)</p> <p>Ausência de relações interpessoais</p> <p>Restrição ao domicílio ou a centro de cuidados continuados</p>	60 a 70%
---	----------

c) Perturbação moderada

<p>Perturbações que produzem limitações na aprendizagem e dificuldades de evocação</p> <p>Sintomatologia emocional moderada: episódios de irritabilidade habituais em situações de estresse, afeto inapropriado ou apatia frequente. Episódios ocasionais de euforia ou expressões inadequadas de alegria com descontrolo dos impulsos. Alterações habituais do sono com repercussões nas atividades diárias</p> <p>Alterações cognitivas, alterações da memória e concentração. Ideias de autorreferência ou desconfiança ocasionais. Dificuldade moderada para realizar atividade laboral. Identificam-se alterações na linguagem</p> <p>Diminuição da atividade social com redução progressiva das relações interpessoais</p> <p>Necessita de supervisão em algumas das atividades da vida diária</p>	40 a 50%
--	----------

d) Perturbação leve

Perturbações da memória que dificultam a consolidação da aprendizagem Labilidade emocional, episódios isolados de irritabilidade, intolerância a frustração, diminuição de energia ou apatia. Alterações leves do sono Alterações cognitivas episódicas. Não há alterações de linguagem. Capacidade de manter a situação laboral Redução da atividade social, mantendo relações interpessoais significativas Autonomia total para o autocuidado	20 a 30%
---	----------

Não há evidência científica da existência de demências pós-traumáticas. As demências “tipo Alzheimer” e outras demências degenerativas não possuem qualquer etiologia traumática. Nas situações de agravamento de demência preexistente, pode-se atribuir percentual dentro da faixa de 5 a 15%.

TÍTULO IV OUTROS ESTADOS SEQUELARES

ARTIGO 4.º Epilepsia pós-traumática (etiologia estrutural)

É necessária a comprovação prévia de traumatismo cranioencefálico para estabelecer o nexo de causalidade, considerar ainda o período indispensável para a estabilização do quadro, evolução das perturbações agudas e/ou adaptação ao tratamento. Há também de se afastar enfermidades relativas ao estado anterior do indivíduo periciado.

Alterações isoladas no registo eletroencefalográfico, na ausência de crises confirmadas, não permitem o diagnóstico de epilepsia pós-traumática.

N° 1 Epilepsia

Valorar conforme a gravidade da enfermidade, considerando os seguintes indicadores, controle farmacológico (ausência / presença / número de crises), tipo de crise, uso de uma ou mais medicações e a tolerância de efeitos adversos da terapia.

a) Crise focal com progressão para tônico-clônica bilateral

Farmacorresistente (refratária)	60 a 80%
Parcialmente controlada com fármaco	40 a 50%
Controlada com fármaco	15 a 30%

b) Crise focal disceptiva (com comprometimento da consciência)

Farmacorresistente (refratária)	60 a 70%
Parcialmente controlada com fármaco	40 a 50%
Controlada com fármaco	15 a 30%

c) Crise focal perceptiva (sem comprometimento da consciência)

Farmacorresistente (refratária)	20%
Parcialmente controlada com fármaco	10%
Controlada com fármaco	5%

N° 2 Estado pós-ictal

Manifestações permanentes (mais de seis meses) e recorrentes.

Valorar conforme a gravidade das manifestações clínicas e duração (menor ou maior que 30 minutos).

Estado pós-ictal Manifestação psicótica, paralisia de Todd, “brain fog”, estado confusional, fadiga, sonolência ou cefaleia	5 a 10%
---	---------

ARTIGO 5.º Síndromes extrapiramidais / Síndrome cerebelar / Ataxia

Valorar conforme a gravidade de comprometimento funcional, considerando os seguintes critérios clínicos, marcha, equilíbrio estático, movimentos involuntários, coordenação motora grosseira e fina, e a repercussão nas atividades da vida diária.

Repercussão grave nas atividades de vida diária Impossibilidade de marcha	60 a 80%
Repercussão moderada nas atividades de vida diária Possibilidade de marcha	30 a 50%
Repercussão leve nas atividades de vida diária Possibilidade de marcha	10 a 20%

SUBCAPÍTULO II - PSIQUIATRIA

As avaliações das sequelas de caráter psiquiátrico devem se referir à Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID /OMS) e/ou ao Manual de Estatística das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM), nas suas versões mais recentes.

As perturbações psicopatológicas só podem ser consideradas depois da realização de acompanhamento médico especializado comprovado e decorrido o tempo necessário para a consolidação médico-legal, com cuidadosa fundamentação do nexo de causalidade ao evento traumático.

ARTIGO 6.º Transtorno do Estresse Pós-Traumático

Nº 1 Repercussão grave

Grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional, apesar da terapêutica psiquiátrica instituída	20 a 25%
--	----------

Nº 2 Repercussão moderada

Moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional, apesar da terapêutica psiquiátrica instituída	10 a 15%
---	----------

Nº 3 Repercussão leve

Leve repercussão na autonomia pessoal, social e profissional, apesar da terapêutica psiquiátrica instituída	5%
---	----

ARTIGO 7.º Transtorno Depressivo

Avaliar conforme critérios de gravidade da enfermidade, considerando o quadro clínico, terapia medicamentosa, necessidade de internações e de eletroconvulsoterapia, dentre outros.

Nº 1 Repercussão grave

Grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional, apesar da terapêutica psiquiátrica instituída	30 a 40%
--	----------

Nº 2 Repercussão moderada

Moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional, apesar da terapêutica psiquiátrica instituída	15 a 25%
---	----------

Nº 3 Repercussão leve

Leve repercussão na autonomia pessoal, social e profissional, apesar da terapêutica psiquiátrica instituída	5 a 10%
---	---------

ARTIGO 8.º Outros Transtornos Mentais

Transtornos mentais, como transtornos ansiosos, dissociativos, obsessivos, dentre outros, de etiologia multifatorial, em que um dos fatores é de natureza pós-traumática (uma vez estabelecido e documentado onexo causal) e que tenha magnitude suficiente para contribuir para a eclosão ou agravamento do transtorno mental, poderão ser apurados e quantificados.

Nº 1 Repercussão grave

Grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional, apesar da terapêutica psiquiátrica instituída	15%
--	-----

Nº 2 Repercussão moderada

Moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional, apesar da terapêutica psiquiátrica instituída.	10%
--	-----

Nº 3 Repercussão leve

Leve repercussão na autonomia pessoal, social e profissional, apesar da terapêutica psiquiátrica instituída.	5%
--	----

Nos termos definidos no DSM, as perturbações psicóticas não são abordadas nesta tabela, por não ser possível demonstrar o nexo de causalidade com um traumatismo.

CAPÍTULO 2

SISTEMA SENSORIAL E ESTOMATOLOGIA

SUBCAPÍTULO I - OFTALMOLOGIA

A determinação do prejuízo visual será estabelecida após a finalização dos tratamentos oftalmológicos, quando necessários, incluindo a melhor correção óptica (óculos, lentes de contato ou tratamentos cirúrgicos), ou seja, após a consolidação médico-legal da lesão.

A avaliação primordial na valoração do dano em oftalmologia é o prejuízo da acuidade visual, a visão. Os demais danos são secundários e sempre devem ter em consideração a acuidade visual.

Lesões como o descolamento de retina, descolamento de coróide, rotura de coróide e avulsão de disco óptico não serão abordadas, considerando que a sua seqüela terminal é o prejuízo da acuidade visual e campo visual, descritos neste subcapítulo.

Se o olho afetado pelo traumatismo apresentava anteriormente algum prejuízo visual (estado anterior), o percentual atribuído para a seqüela será o percentual do dano apurado menos o percentual do dano do estado anterior, através do princípio da capacidade restante (Regra de Balthazard) inversa. Exceto nas condições relacionadas ao agravamento do estado anterior devido ao traumatismo, como a visão monocular preexistente, com amaurose bilateral pós-traumática (já expressa na tabela).

ARTIGO 9.º Enucleação do olho

Enucleação do globo ocular bilateral	90%
Enucleação do globo ocular unilateral	30%

ARTIGO 10.º Acuidade Visual

N1º Perda Total da Visão

Perda da visão bilateral (amaurose)	85%
Perda da visão unilateral	25%
Perda da visão unilateral, quando já apresentava perda da visão total do olho contralateral	60%

N2º Perda Parcial da Visão

Tabela A: Acuidade visual para longe

TABELA	1	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,05	< 0,05	Amaurose
1	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
0,9	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
0,8	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
0,7	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
0,6	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
0,5	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
0,4	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
0,3	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
0,2	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
0,1	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
0,05	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
< 0,05	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Amaurose	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Medida da Acuidade Visual nas tabelas de Snellen e Wecker

Snellen [pés]	Wecker [decimal]
20/20	1,0
20/25	0,8
20/30	0,67
20/40	0,5
20/50	0,4
20/60	0,33
20/67	0,3
20/80	0,25
20/100	0,2
20/200	0,1
20/400	0,05

ARTIGO 11.º Prejuízo do Campo Visual

Nos danos múltiplos comprometendo a acuidade visual e o campo visual, utilizar o princípio da capacidade restante (Regra de Balthazard).

Nº1 Escotoma central

Unilateral	1 a 20%
Bilateral	21 a 60%

Nº2 Escotoma justacentral ou paracentral

Valorar segundo o carácter uni ou bilateral (com acuidade visual preservada)	1 a 15%
--	---------

Nº3 Hemianopsia

Valorar segundo o tipo, a extensão e o comprometimento ou não da visão central.

Homônimas (ausência de percepção luminosa nas metades simétricas de ambos os olhos, temporal de um olho e nasal do outro)	12%
Heterônimas (perda visual dos hemis campos temporais ou nasais de ambos os olhos)	
Nasal	15%
Temporal	5%

Nº4 Quadrantanopsia

Valorar conforme o tipo e repercussão na acuidade visual

Quadrantanopsia	2 a 20%
-----------------	---------

ARTIGO 12.º Oculomotricidade

Nos danos múltiplos, comprometendo a acuidade visual e a oculomotricidade, utilizar o princípio da capacidade restante (Regra de Balthazard).

N1º Diplopia

Na posição primária do olhar (olhar de frente) obriga a fechar um olho	20 a 25%
Na parte inferior do campo visual afeta a leitura e a deambulação	10 a 20%
Nas demais posições do olhar	1 a 10%

N 2° Paralisia oculomotora

A paralisia oculomotora é caracterizada pelo estrabismo, com o desvio do eixo ocular anatômico para um eixo distinto deste. É causado por paralisia do terceiro, quarto ou sexto nervo craniano, ou lesão dos músculos extraoculares.

Pode ser classificada em horizontal ou vertical. Na horizontal temos a esotropia com desvio nasal dos olhos e a exotropia com desvio temporal. Na vertical temos a hipertropia com desvio para cima e a hipotropia com desvio para baixo.

As complicações do estrabismo incluem ambliopia, diplopia e contratura secundária dos músculos extraoculares.

Valor conforme a gravidade do desvio.

Esotropia / Exotropia Hipertropia / Hipotropia	Acrescentar 5 a 15%
---	------------------------

N 3° Heteroforia

Desvio latente do olho compensado pela fusão. Manifesta-se quando esse mecanismo é quebrado, através da oclusão de um dos olhos

Esoforia / Exoforia Hiperforia / Hipoforia	Acrescentar 5%
---	-------------------

N 4° Motricidade intrínseca

A motricidade intrínseca do olho é avaliada pela presença do reflexo fotomotor, após um estímulo luminoso é esperado a contração da pupila (miose).

Prejuízo da motricidade intrínseca	Acrescentar 5%
------------------------------------	-------------------

ARTIGO 13.º Polo anterior e posterior, cristalino e anexos oculares

Na ocorrência de danos múltiplos do aparelho oftalmológico, os danos descritos neste artigo serão somados de forma direta ao apurado em outro artigo.

Nº 1 Córnea

Leucoma	1 a 5%
Ceratite recidivante	

Nº 2 Íris

Ruptura do diafragma iriano	15%
Recessão angular (abertura do ângulo por lesões de musculatura ciliar)	5%
Glaucoma pós-traumático	5 a 15%

Nº 3 Cristalino

Perda do cristalino	5%
Catarata pós-traumática	

Nº 4 Anexos oculares

Valorar conforme a gravidade anatomofuncional.

Entrópio / Ectrópio	1 a 8%
Ptose palpebral / Má oclusão palpebral	
Cicatrizes viciosas	
Alterações da secreção lacrimal	

Nº 5 Outras sequelas

Outras sequelas pós-traumáticas	1 a 5%
---------------------------------	--------

SUBCAPÍTULO II - OTORRINOLARINGOLOGIA

Na valoração do dano em otorrinolaringologia, avaliam-se as seguintes funções:

- Função auditiva
- Função vestibular
- Função respiratória e olfatória
- Função fonatória

FUNÇÃO AUDITIVA

A perda da audição apresenta diferentes manifestações conforme características individuais, idade, comorbidades, habilidades auditivas, hábitos de vida, cognição, tempo de privação auditiva, dentre outros.

A limitação na comunicação social, laboral e familiar pela deficiência da linguagem secundária à perda auditiva, deverá ser avaliada de modo individualizado, considerando os seguintes fatores: grau de perda auditiva, idade da instalação da surdez, precocidade do diagnóstico, eficiência da comunicação pelo ganho funcional em decorrência do tratamento instaurado e nível intelectual do indivíduo periciado.

A avaliação adequada do dano ao sistema auditivo requer que o médico perito seja capacitado a classificar o tipo de perda (condutiva, neurossensorial ou mista), o grau da perda (leve, moderado, moderadamente severo, severo, profundo e completa – OMS, 2021), interpretar a configuração de uma audiometria

convencional, o índice percentual de reconhecimento da fala (IPRF) e, quando necessário, uma audiometria de tronco cerebral – potenciais evocados auditivos de tronco cerebral (PEATE).

Recomenda-se não mensurar o dano por audiometria única, por ser um exame subjetivo (examinador e examinado-dependente), cujas condições da realização influenciam no resultado, podendo ser necessária a confirmação dos dados por uma nova audiometria.

Para dirimir dúvidas em situações inconclusivas dos limiares da audiometria tonal na avaliação da PAINPSE (perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevados), pode-se dispor de uma ferramenta eletrofisiológica objetiva, o teste da resposta auditiva de estado estável (RAEE), que permite obter especificidade de frequência (500, 1000, 2000 e 4000Hz) através de estimulação auditiva, aplicável na avaliação de indivíduo com déficit moderado a severo.

Nos casos de incongruência de respostas, nas situações em que não se dispõe do RAEE (potencial de estado estável), deverá ser utilizado o reteste com três audiometrias em dias sequenciais (tonal, vocal, com limiar de reconhecimento da fala, limiar de detecção da fala e índice percentual de reconhecimento da fala). Exames fora do padrão das demais audiometrias sequenciais devem ser excluídos do gerenciamento audiométrico e não valoradas pelo perito.

Confirmado o dano por alteração dos limiares auditivos, o perito deve verificar o IPRF (índice percentual de reconhecimento da fala) que avalia a capacidade de processar/interpretar a fala, independentemente do nível de perda, no intuito de valorar o dano da via auditiva, sensibilidade central e cognição, por possível privação auditiva prolongada.

Se o ouvido afetado pelo traumatismo apresentava anteriormente algum prejuízo auditivo (estado anterior), conhecido e documentado, o percentual atribuído para a seqüela será o percentual do dano apurado menos o percentual do dano do estado

anterior, através da aplicação do princípio da capacidade restante (Regra de Balthazard) inversa. Exceto nas condições relacionadas ao agravamento do estado anterior devido ao traumatismo, como a perda auditiva total unilateral preexistente, com perda auditiva total bilateral pós-traumática (já expressa na tabela).

ARTIGO 14.º Acuidade Auditiva

Nº 1 Perda auditiva total

Perda auditiva bilateral	60%
Perda auditiva unilateral	14%
Perda auditiva unilateral, quando já apresentava perda auditiva total contralateral	46%

Deve-se majorar o dano nos casos de perda auditiva profunda ou completa e bilateral abaixo dos 7 anos, considerando o prejuízo na construção dos mapas corticais da linguagem e suas consequências nos distúrbios da comunicação, com possíveis limitações no desenvolvimento social e profissional. Assim, deve acrescentar 10% ao dano apurado.

Nº 2 Perda auditiva parcial

A avaliação audiológica do indivíduo que usa próteses auditivas, deverá ser realizada com a utilização de tais dispositivos, quando possível.

A avaliação será realizada em duas etapas:

- A) Determinar a média da perda auditiva
- B) Avaliar possíveis distorções auditivas

A) Determinar a média da perda auditiva

Na audiometria tonal, considerar a via aérea, nos limiares das frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hertz, multiplicar por coeficiente de ponderação, respectivamente, 2, 4, 3 e 1, cada frequência (quadro 1). Somar os valores obtidos e dividir por 10, em cada orelha (quadro 2).

Por fim, realizar o enquadramento na tabela A dos valores obtidos tanto na orelha direita quanto na orelha esquerda.

Quadro 1

500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
X 2	X 4	X 3	X 1

Quadro 2

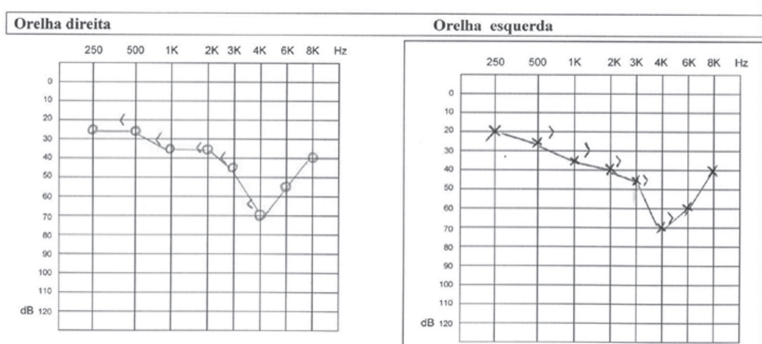
Orelha direita: (Valor 1 + Valor 2 + Valor 3 + Valor 4) : 10 = resultado.

Orelha esquerda: (Valor 1 + Valor 2 + Valor 3 + Valor 4) : 10 = resultado.

Tabela A

Perda média em dB	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e +
0-19	0%	2%	4%	6%	8%	10%	12%	14%
20-29	2%	4%	6%	8%	10%	12%	14%	18%
30-39	4%	6%	8%	10%	12%	15%	20%	25%
40-49	6%	8%	10%	12%	15%	20%	25%	30%
50-59	8%	10%	12%	15%	20%	25%	30%	35%
60-69	10%	12%	15%	20%	25%	30%	45%	45%
70-79	12%	14%	20%	25%	30%	40%	55%	55%
80 e +	14%	18%	25%	30%	35%	45%	60%	60%

Exemplo: a apuração do dano de perda auditiva parcial, considerando-se a audiometria abaixo:



Hertz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
OD	25	25	35	35	45	70	55	40
OE	20	25	35	40	45	70	60	40

Orelha direita	Orelha esquerda
500: $25 \times 2 = 50$	500: $25 \times 2 = 50$
1000: $35 \times 4 = 140$	1000: $35 \times 4 = 140$
2000: $35 \times 3 = 105$	2000: $40 \times 3 = 120$
4000: $70 \times 1 = 70$	4000: $70 \times 1 = 70$
Soma: $50 + 140 + 105 + 70 = 365$	Soma: $50 + 140 + 120 + 70 = 380$
Dividido 365 por 10 = 36,5	Dividido 380 por 10 = 38

Escolheu-se a linha vertical como resultados da orelha direita (em vermelho), enquadrando-se primeiramente o valor 36,5 dentro da faixa prevista na tabela.

Escolheu-se a linha horizontal como resultados da orelha esquerda (em azul), enquadrando-se na sequência o valor 38 dentro da faixa prevista na tabela.

Determina-se, finalmente, o déficit funcional no ponto de confluência entre as ordenadas duas linhas num plano cartesiano, que neste caso é 8%.

B) Avaliar possíveis distorções auditivas

A tabela B confronta o percentual da audiometria linear com os resultados da audiometria vocal e com teste de discriminação da fala. O Índice Percentual de Reconhecimento da Fala (I.P.R.F.) utiliza o percentual de monossílabos a fim de apreciar eventuais distorções auditivas, que agravam a perturbação funcional.

Deve-se realizar o somatório direito do percentual do dano apurado da tabela B ao apurado na tabela A, para se obter o valor total do déficit funcional permanente.

Tabela B

% Discriminação	91- 100	81-90	71-80	61-70	51-60	< 51
91-100	0	0	1	2	3	4
81-90	0	0	1	2	3	4
71-80	1	1	2	3	4	5
61-70	2	2	3	4	5	6
51-60	3	3	4	5	6	7
< 51	4	4	5	6	7	8

Exemplo: apuração do dano de perda auditiva parcial, considerando-se o Índice Percentual de Reconhecimento da Fala abaixo:

Índice Percentual de Reconhecimento da Fala

	Intensidade	Monossílabos	Dissílabos
Palavras Faladas	_____	25	25
OD	60 dB	96%	
OE	95 dB	40%	44%

Observa-se o percentual de discriminação de monossílabos de 96% na orelha direita, e na orelha esquerda o percentual de 40%.

Elegeram-se a linha vertical como resultados da orelha direita (em vermelho), enquadrando-se primeiramente o valor 96 dentro da faixa prevista na tabela.

Elegeram-se a linha horizontal como resultados da orelha esquerda (em azul), enquadrando-se na sequência o valor 40 dentro da faixa prevista na tabela.

Determina-se, finalmente, o déficit funcional no ponto de confluência entre as ordenadas das duas linhas num plano cartesiano, que neste caso é 4%.

Logo, o percentual total do dano no caso utilizado a título de exemplo é 8% (tabela A) + 4% (tabela B) = 12%.

ARTIGO 15° Lesão do Pavilhão Auricular

Total ou parcial do pavilhão auditivo (amputação ou perda)	1 a 5%
---	--------

ARTIGO 16° Zumbidos isolados (acufenos, tinnitus)

A presença de acufenos será valorada somente quando associada à perda auditiva (em qualquer frequência), uma vez que não há como quantificar de forma objetiva os acufenos/zumbido e tendo em vista os vieses metabólicos, emocional, cardiovascular, hormonal e o osteomuscular.

Se não tiver sido valorado no âmbito de outras sequelas (ex. estado pós-ictal, síndrome cervical pós-traumática)

Zumbidos	Acrescentar 1 a 3%
----------	-----------------------

FUNÇÃO VESTIBULAR

Os distúrbios do equilíbrio devem ser mensurados através do exame clínico direcionado com os seguintes testes:

- Equilíbrio Romberg (estático)
- Equilíbrio Unterberger (dinâmico)
- Teste do Impulso Cefálico
- Acuidade Visual Dinâmica (capacidade de fixar o olhar)
- Pesquisa do nistagmo
- Coordenação motora (Teste Índice-índice e disdiadococinesia)

O médico perito deve realizar exame clínico minucioso, frente os resultados objetivos, considerar exames complementares, quando disponíveis, como os testes audiológicos, as provas calóricas, o VHIT (*Video Head Impulse Test*), a videonistagmografia, o vectoeletronistagmografia, o VEMP (Potencial Evocado Mio gênico Vestibular), a posturografia dinâmica computadorizada e os exames de imagem.

ARTIGO 17º Perturbações do equilíbrio

Bilateral (comprometimento severo)	11 a 25%
Unilateral	4 a 10%
Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB)	1 a 3%

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E OLFATÓRIA

ARTIGO 18° Lesão do nariz

Total (amputação ou perda)	25%
Parcial	5 a 20%

ARTIGO 19° Perturbação da ventilação nasal

Alterações na perviedade nasal.

Bilateral (alterações severas)	5 a 8%
Unilateral	1 a 4%

ARTIGO 20° Perturbações olfativas

A anosmia é a ausência de olfato, avaliado por vários testes, sendo o de Connecticut adaptado o mais utilizado para o teste de limiar olfativo.

Anosmia	15%
Disosmia (hiposmia leve, moderada, grave, cacosmia)	1 a 10%

Fenólio GH, Anselmo-Lima WT, Tomazini GC, Compagnoni IM, Amaral MS, Fantucci MZ, et al. Validation of the Connecticut olfactory test (CCCRC) adapted to Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2022;88:725-32.

Cain WS, Goodspeed RB, Gent JF, Leonard G. Evaluation of olfactory dysfunction in the *Connecticut Chemosensory Clinical Research Center* (CCCRC). *Laryngoscope.* 1988;98:83-88.

FUNÇÃO FONATÓRIA

O processo de avaliação vocal possui cinco etapas: anamnese, observação, avaliação clínica subjetiva, avaliação acústica e integração destas informações. Além do exame clínico, o perito deve considerar exames complementares, quando disponíveis, como a videonasofibrolaringoscopia, videolaringoscopia e a videolaringoestroboscopia.

A avaliação do dano à função fonatória (disfonia ou afonia), considera a avaliação clínica perceptivo-auditiva da voz, associada a laringoscopia.

O perito deve estar atento as possíveis enfermidades preexistentes da laringe (estado anterior) e a grande diversidade de tipos vocais, com as possíveis subjetividades na avaliação da emissão da voz, podendo surgir incongruência entre queixas e achados objetivos. Observar agentes agressores, função exercida, demanda vocal, fatores psicogênicos, uso de medicamentos, dentre outros.

ARTIGO 21º Pertubação fonatória

Disfonia: diminuição da eficácia da emissão da voz para a comunicação. Conforme a Classificação de grau pela Escala GRBASH – Scale for Evaluating the Hoarse Voice

Disfonia grau 1 Grau leve: disfonia eventual ou quase imperceptível, mínima dificuldade, rara fadiga e sem interrupções.	1 a 5%
Disfonia grau 2 Grau moderado: disfonia percebida continuamente, a voz é audível com oscilações, consegue desempenhar suas atividades vocais habituais, com percepção (por si próprio e /ou por ouvintes) de esforço, falhas, fadiga eventual e frequente necessidade de interrupções.	6 a 10%

<p>Disfonia grau 3</p> <p>Grau intenso: disfonia constante, a voz torna-se pouco audível, não consegue desempenhar suas atividades habituais com a voz, ou o faz com grande esforço, intensa fadiga e com grandes interrupções.</p>	11 a 20%
<p>Afonia: ausência total de voz, a voz torna-se inaudível, exigindo escrita ou mímica para que a pessoa se faça entender.</p> <p>(por traumas, queimaduras, perda de órgãos fonatórios e/ou da ressonância da voz, laringectomias, glossectomias, traqueostomias definitivas, estenoses laríngeas por cáusticos, traumáticas ou iatrogênicas).</p>	25%

SUBCAPÍTULO III - ESTOMATOLOGIA

O dano deve ser valorado observando-se a perda anatômica e a correspondente repercussão funcional na mastigação, deglutição, fala e respiração, bem como se considerando a gravidade da seqüela.

ARTIGO 22.º Alteração traumática da oclusão dentária por lesão inoperável

Consolidação viciosa, pseudartrose do maxilar ou mandíbula.

Sem contato dental	16 a 30%
Contato unilateral	6 a 15%
Contato bilateral	1 a 5%

ARTIGO 23.º Limitação da Abertura da articulação temporo-mandibular (ATM)

Inclui a repercussão funcional derivada da luxação e subluxação da ATM.

De 0 a 45 mm, segundo a repercussão funcional.

Abertura bucal igual ou inferior a 10 mm	25 a 30%
Abertura bucal de 11 mm e 25 mm	10 a 20%
Abertura bucal de 26 mm e 45 mm	1 a 5%

ARTIGO 24.º Perda de dente

A perda do elemento dentário caracteriza-se pela avulsão ou fratura com necessidade de exodontia.

Nas lesões de múltiplos elementos dentários, realizar a somatória direta.

Na reabilitação oral, considerar os seguintes redutores:

Prótese móvel: reduzir do percentual apurado em 50% do valor total.

Prótese fixa: reduzir do percentual apurado em 75% do valor total.

Implante: reduzir do percentual apurado em 90% do valor total.

Incisivo	1%
Canino	1%
Molar	2%
Pré-molar	2%

ARTIGO 25.º Amputação da parte móvel da língua

Valorar conforme a repercussão na fala, mastigação e deglutição.

Mais de 50% da língua	30 a 40%
Inferior a 50% da língua	10 a 20%
Perturbações cicatriciais da língua com alterações funcionais	1 a 5%

ARTIGO 26.º Prejuízo na contenção dos lábios

Não incluída em outras sequelas.

Prejuízo na contenção dos lábios	3 a 5%
----------------------------------	--------

CAPÍTULO 3

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

O prejuízo da funcionalidade articular, do segmento acometido ou do próprio membro, é o principal parâmetro a ser considerado para a valoração do dano corporal (déficit funcional permanente) no sistema musculoesquelético.

Na apuração do dano considera-se o arco útil da amplitude dos movimentos desta articulação (para a execução das atividades de vida diária), medida em graus, conforme as tabelas que serão descritas neste capítulo.

No caso de lesões múltiplas num mesmo membro, a soma dos percentuais isolados, não pode superar o percentual que corresponde à perda total da função ou do membro do qual procedem.

O percentual final a ser atribuído em lesões múltiplas de mais de um local, articulação ou segmento acometidos, deve ser avaliada numa perspectiva global, considerando o grau do comprometimento da funcionalidade integral da articulação, segmento ou do membro avaliado.

Nos casos de sequelas múltiplas aplica-se a princípio da capacidade restante (Regra de Balthazard). O somatório direto realiza-se apenas quando expressamente descrito no artigo da tabela.

A apuração do dano poderá ser calculada pela aplicação do reductor sobre o percentual previsto para a perda total da mobilidade da articulação (artrodese ou anquilose), tendo em vista a diminuição

proporcional da funcionalidade da articulação, com os seguintes qualificadores de repercussão, grave, moderada, leve e residual, com os respectivos redutores, 75%, 50%, 25% e 10% do valor total.

Consideram-se como sequelas com comprometimento em grau residual as dores pós-traumáticas compatíveis com o quadro clínico apresentado e que exijam tratamento continuamente, com uma ínfima redução da amplitude do arco de movimento, tanto quanto as sequelas musculares e tendíneas isoladas, como rutura parcial e hérnia muscular, sem diminuição de força e/ou alteração dos movimentos.

As artroplastias com resultado funcional satisfatório são caracterizadas como sequelas com repercussão em grau moderado (50%) sobre a perda funcional total da respectiva articulação prevista na tabela, por implicarem em algumas restrições físicas e por poderem provocar limitações futuras. No caso de resultado funcional insatisfatório ou se a endoprótese apresentar complicação pós-operatória, as repercussões negativas devem corresponder ao prejuízo funcional apurado.

Nos casos de osteomielite crônica acrescentar o percentual de 10% ao valor atribuído, independentemente das limitações funcionais apresentadas, sendo somada diretamente a eventual perda funcional apurada.

Para se admitir a consolidação médico-legal e a existência de repercussões permanentes. Naquelas condições em que possa haver dúvidas quanto ao prognóstico e/ou expectativa de melhora mediante a aplicação da terapia instituída, recomenda-se, na ausência de base temporal definida na literatura para a situação, considerar o período de 02 (dois) anos de realização de tratamento médico efetivo e adequado, devidamente comprovado, esgotando-se as atuais medidas terapêuticas disponíveis para o quadro.

As síndromes algodistróficas, a retração isquêmica de Volkmann, as síndromes compartimentais, a dor regional complexa, dentre

outras condições, devem ser valoradas por analogia as situações previstas na tabela, consoante ao prejuízo funcional apurado.

É preciso considerar que há variações individuais e limites diversos que podem vir a não ser contemplados, que devem ser ponderados de acordo com o elencado, devido a fatores constitucionais, variabilidade de achados clínicos e múltiplos graus de disfunções.

SUBCAPÍTULO I - MEMBRO SUPERIOR

A extremidade superior, para fins de avaliação, é dividida em 4 principais regiões, além das diáfises de ossos longos:

Mão: inclui as articulações carpometacarpais, metacarpo-falângicas e interfalângicas; compõem tais articulações os oito ossos cárpicos, os cinco metacarpianos, e as falanges dos dedos.

Punho: inclui as articulações radioulnar distal, radiocarpal e ulnocarpal; os componentes ósseos consistem no rádio e na ulna, em seus extremos distais, e os ossos cárpicos que se articulam a eles.

Cotovelo: o complexo do cotovelo inclui as articulações umeroulnar, umerorradial e radioulnar proximal, bem como os componentes ósseos rádio e ulna proximais e o úmero distal.

Ombro: o complexo do ombro inclui as articulações escapulotorácica, acromioclavicular, esternoclavicular e glenoumeral, bem como os componentes ósseos da região, úmero, escápula, clavícula e esterno.

Na avaliação do dano, recomenda-se que o lado dominante seja valorizado distintamente.

ARTIGO 27.º Amputações

As possibilidades protéticas ao nível dos membros superiores não asseguram, geralmente, uma função total e completa, devendo ser atribuído um dos percentuais seguintes às situações de amputação, inclusive quando bem protetizado.

Nas situações de amputações bilaterais ou múltiplas do mesmo segmento, o percentual final deverá ser apurado com base no princípio da capacidade restante (Regra de Balthazard).

Nº 1 Amputação do membro superior

	Lado dominante	Lado não dominante
Amputação total do membro superior (desarticulação do ombro)	65%	60%
Amputação do braço (transumeral, cintura escapular móvel, desarticulação do cotovelo)	60%	55%
Amputação do antebraço (transradial)	55%	50%

Nº 2 Amputação da mão

	Lado dominante	Lado não dominante
Amputação da mão (carpo e/ou metacarpo; desarticulação do punho):	50%	46%
Amputação transmetacarpiana com conservação do polegar	35%	32%
Amputação metacarpofalângica com conservação do polegar	30%	28%

Nº 3 Amputação de Dedos

Alínea a) **Polegar**

	Lado dominante	Lado não dominante
Amputação completa do dedo incluindo o metacarpo	22%	20%
Amputação completa do primeiro dedo	20%	18%
Amputação completa da falange distal	10%	8%

Alínea b) **Indicador**

	Lado dominante	Lado não dominante
Amputação completa do dedo incluindo o metacarpo	15%	14%
Amputação completa do dedo	12%	11%
Amputação completa das falanges média e distal	8%	7%
Amputação completa da falange distal	4%	3%

Alínea c) **Médio**

	Lado dominante	Lado não dominante
Amputação completa do dedo incluindo o metacarpo	15%	14%
Amputação completa do dedo	12%	11%
Amputação completa das falanges média e distal	8%	7%
Amputação completa da falange distal	4%	3%

Alínea d) **Anelar e Mínimo (cada dedo)**

Não considera a lateralidade dominante.

Amputação completa do dedo incluindo o metacarpo	8%
Amputação completa do dedo	6%
Amputação completa das falanges média e distal	4%
Amputação completa da falange distal	2%

TÍTULO I CINTURA ESCAPULAR

O ombro é caracterizado por ampla mobilidade, o que requer sinergismo entre grupos musculares. A aferição do arco de movimento deve ser feita de uma forma abrangente e que considere o movimento natural do indivíduo. Os seus principais movimentos são:

- Plano sagital: flexão (elevação anterior do membro) de 0° a 180°; extensão (movimento do braço para trás) de 0° a 60°;
- Plano frontal: abdução (elevação lateral do braço) de 0° a 180° e adução (retorno à posição anatômica);
- Plano transversal: rotação interna de 0° a 70° e rotação externa de 0° a 90°; abdução horizontal (com o ombro abduzido a 90° executa-se o movimento do braço para trás - alcance de 30°) e adução horizontal (ombro abduzido a 90°, cruzamento do braço pela frente do corpo - alcance de 120°); e circundação, que exprime a simultaneidade de todos os movimentos realizados pelo ombro.

O alcance da elevação a 90° permite executar grande parte das ações cotidianas, elevar o braço a 120-130° permite cumprir praticamente todas elas, incluindo gestos acima e atrás da cabeça. Limitações mais expressivas das rotações podem interferir em certas ações como vestir a camisa, alcançar o períneo, dentre outras.

Embora conceitualmente a extensão refira-se ao movimento de retorno do braço à posição anatômica (zero grau), e a hiperextensão o movimento para trás a partir disso, utiliza-se, na prática, o termo extensão também para essa projeção posterior do braço.

O arco útil do ombro: abdução: 90°; flexão: 90°; extensão: 30°; rotação interna/externa: 30° e adução: 15°.

ARTIGO 28.º Limitações da mobilidade do ombro

Alínea a) Artrodese ou anquilose do ombro

	Lado dominante	Lado não dominante
Artrodese ou anquilose	25%	22%

Alínea b) Limitação da mobilidade do ombro

	Lado dominante	Lado não dominante
Limitação da flexão e da abdução até 60° com perda parcial dos restantes movimentos	12%	10%
com perda total dos restantes movimentos	16%	14%
Limitação da flexão e da abdução até 90° com perda parcial dos restantes movimentos	8%	6%
com perda total dos restantes movimentos	12%	10%
Limitação da flexão e da abdução até 130°	4%	3%
Perda isolada da rotação interna	4%	3%
Perda isolada da rotação externa	4%	3%
Limitações dos últimos graus de mobilidade não contemplados nos itens anteriores	2%	1%

Alínea c) **Outros estados sequelares**

Sequelas inoperáveis

	Lado dominante	Lado não dominante
Instabilidade crônica (luxação recidivante)	10%	8%
Pseudoartrose do úmero	10%	8%
Pseudoartrose da clavícula	5%	4%
Luxação acromioclavicular / esternoclavicular	4%	3%

TÍTULO II COTOVELO

O cotovelo normal apresenta amplitude de movimento de flexoextensão de 145°, partindo-se da posição totalmente estendida - 0° até 145° de flexão, com variações individuais (pessoas com hiper-mobilidade podem partir da hiperextensão, de -5° e eventualmente de -10°). Além do movimento de flexão (diminuição do ângulo formado entre o antebraço e o braço) e extensão (aumento do ângulo entre o braço e o antebraço), o cotovelo apresenta movimentos de rotação do antebraço, denominados de pronação e supinação, avaliados com o braço pendente, junto ao tronco, cotovelo fletido a 90° e polegar para cima. A supinação atinge 90° (palma voltada para cima) e a pronação 80° (palma voltada para o chão).

A maioria das tarefas diárias é realizada com arco do movimento entre 30° e 130° de flexão, e entre 50° de pronação e 50° de supinação.

ARTIGO 29.º Limitações da mobilidade do cotovelo

Alínea a) Artrodese ou anquilose do cotovelo

Valorar conforme a posição funcional (70° - 90° de flexão) e a preservação ou não da pronossupinação.

	Lado dominante	Lado não dominante
Artrodese ou anquilose	20 a 25%	18 a 22%

Alínea b) Limitação da mobilidade do cotovelo

Flexoextensão	Lado dominante	Lado não dominante
Até 45°	15%	14%
Até 100°	8%	7%
Maior de 100°	4%	3%
Prejuízo da pronação e/ou supinação	Acrescentar 5%	Acrescentar 4%

Alínea c) Outros estados sequelares

Exérese da cabeça do rádio	Acrescentar 2%
Pseudartrose inoperável dos ossos do antebraço	Acrescentar 5%
Consolidações em rotação ou angulações de 10° ou mais	Acrescentar 4%

TÍTULO III PUNHO

Os movimentos da articulação do punho são: flexão, extensão, desvio radial, desvio ulnar, pronação e supinação. A partir da posição neutra - 0°, tem-se o alcance ativo de 70° de extensão e 90° de flexão (sendo que um alcance de 10° a mais pode ser obtido passivamente), bem como o de 45° para desvio ulnar e de 20° para desvio radial. A amplitude relacionada à pronossupinação foi comentada no capítulo anterior.

O arco útil de movimento é de 45° para a flexão e para a extensão, desvio ulnar é mais solicitado que o radial, com pouca angulação, e a pronossupinação de 50°.

ARTIGO 30° Limitações da mobilidade do punho

Alínea a) Artrodese ou anquilose do punho

Valorar considerando a posição funcional e a preservação ou não da pronossupinação.

	Lado dominante	Lado não dominante
Artrodese ou anquilose	15 a 20%	14 a 18%

Alínea b) **Limitação da mobilidade do punho**

Somar os percentuais para cada movimento.

Prejuízo	Lado dominante	Lado não dominante
Extensão	4%	3%
Flexão	4%	3%
Desvio ulnar	1%	1%
Desvio radial	1%	1%
Pronação	5%	4%
Supinação	5%	4%

TÍTULO IV **MÃO**

ARTIGO 31º Limitações da mobilidade da mão

A amplitude de movimentos do polegar, medida a partir da posição neutra (extensão completa), é de 50° para a articulação metacarpofalângica, 90° para a articulação interfalângica, adução 30° e abdução 60°.

Nos demais quirodáctilos, partindo da extensão (posição neutra), a amplitude máxima é de 90° na articulação metacarpofalângica, 100° na articulação interfalângica proximal e 80° na articulação interfalângica distal.

Alínea a) **Artrodese ou anquilose do polegar**

Incluindo todas as articulações que constituem o primeiro raio.

	Lado dominante	Lado não dominante
Artrodese ou anquilose	16%	13%

Alínea b) **Artrodese ou anquilose do indicador**

Incluindo todas as articulações

	Lado dominante	Lado não dominante
Artrodese ou anquilose	8%	7%

Alínea c) **Artrodese ou anquilose do dedo médio**

Incluindo todas as articulações

	Lado dominante	Lado não dominante
Artrodese ou anquilose	8%	7%

Alínea d) **Artrodese ou anquilose dos dedos anelar e mínimo**

Incluindo todas as articulações.

Artrodese ou anquilose	4%
------------------------	----

Alínea e) **Limitação da mobilidade do polegar**

	Lado dominante	Lado não dominante
Limitação da mobilidade da articulação carpometacárpica	6%	5%
Limitação da mobilidade da articulação metacarpofalângica	6%	5%
Limitação funcional da articulação interfalângica	4%	3%

Alínea f) **Limitação da mobilidade do dedo indicador**

	Lado dominante	Lado não dominante
Limitação da mobilidade da articulação metacarpofalângicas	4%	3%
Limitação funcional das articulações interfalângicas (cada articulação)	2%	2%

Alínea g) **Limitação da mobilidade do dedo médio**

	Lado dominante	Lado não dominante
Limitação da mobilidade da articulação metacarpofalângicas	4%	3%
Limitação funcional das articulações interfalângicas (cada articulação)	2%	2%

Alínea h) **Limitação da mobilidade dos dedos anelar e mínimo**

Limitação da mobilidade da articulação metacarpo-falângicas (cada dedo)	2%
Limitação funcional das articulações interfalângicas (cada articulação)	1%

SUBCAPÍTULO II - BACIA

ARTIGO 32.º - Instabilidade do anel pélvico - sínfise púbica e/ou articulação sacroilíaca

Valorar conforme repercussão funcional na estática vertebral e na marcha

Instabilidade da sínfise púbica e/ou sacroilíaca	4 a 12%
--	---------

SUBCAPÍTULO III - MEMBRO INFERIOR

A extremidade inferior, para fins de avaliação, é dividida em 4 principais regiões, além das diáfises de ossos longos:

Pé: inclui as articulações intertarsais, tarsometatarsais, metatarsofalângicas e interfalângicas.

Tornozelo: articulação em dobradiça composta de três ossos: tíbia, fíbula e tálus.

Joelho: articulação em dobradiça formada pela interação de três ossos: fêmur, tíbia e patela.

Quadril: articulação em bola e soquete formada pelo acetábulo (cavidade formada pelo ílio, ísquio e púbis) e a cabeça femoral.

Artigo 33.º Amputações do membro inferior

Uma amputação do membro inferior, exceto se localizada ao nível do pé, não permite a marcha, nem o ortostatismo sem uso de prótese ou órteses. Os percentuais seguidamente propostos devem ser atribuídos mesmo quando o indivíduo se encontra corretamente protetizado. Se a prótese não for bem tolerada, o perito avaliará também a tolerância e seu resultado funcional.

Nas situações de amputações bilaterais o percentual final deverá ser apurado com base no princípio da capacidade restante (Regra de Balthazard).

Desarticulação do quadril	65%
Amputação transfemoral da coxa	60%
Desarticulação do joelho	50%
Amputação transtibial	40%
Amputação de Syme	25%
Amputação parcial do pé (mediotársica ou transmetatársica)	20%
Amputação dos 5 dedos do pé e do 1º metatársico	18%
Amputação do 1º dedo do pé e do 1º metatársico	12%
Amputação das duas falanges do 1º dedo do pé	8%
Amputação de um ou mais dos outros dedos (cada dedo)	2%

TÍTULO I

QUADRIL

A articulação do quadril permite a realização de movimentos em três planos:

- Plano sagital: flexão de 0° a 120° e extensão 0° a 30°;
- Plano frontal: abdução de 0° a 50° e adução de 0° a 20°- 30°;
- Plano horizontal ou transversal: rotação interna de 0° a 40° e rotação externa de 0° a 50°.

A flexão do quadril de 90° permite a realização da maior parte das tarefas diárias, considerando-se para subir escadas requer 70°, para se sentar no vaso sanitário requer 110°, amarrar os sapatos requer 125°. Utiliza-se 20°-30° na abdução e extensão na maioria das atividades. Os movimentos de adução e rotação interna influenciam pouco nas atividades do dia a dia.

ARTIGO 34° Limitações da mobilidade do quadril

Alínea a) Artrodese ou anquilose do quadril

Artrodese ou anquilose	25%
------------------------	-----

Alínea b) Limitação da mobilidade do quadril

Somar o percentual de cada movimento.

Flexão	
Até 30°	12%
Até 70°	9%
Maior ou igual a 90°	5%
Prejuízo da extensão	3%
Prejuízo da abdução	4%
Prejuízo da adução	1%
Prejuízo da rotação interna	1%
Prejuízo da rotação externa	3%

Alínea c) **Outros estados sequelares**

Pseudartrose do fêmur	Acrescentar 20%
Consolidação de fratura com desvio angular ou rotacional maior que 10°	Acrescentar 4%

TÍTULO II

JOELHO

O joelho é composto por duas principais articulações: a tibiofemoral (platô tibial e côndilos lateral e medial do fêmur) e a patelofemoral. Considera-se, no exame físico, uma amplitude de flexão normal de 140°, partindo do 0° (joelho estendido), embora a hiperextensão esteja frequentemente presente em graus variados. A comparação com o joelho contralateral serve de parâmetro individual, desde que não apresente condições anormais. Utiliza-se, na execução de atividades diárias, aproximadamente 60° de flexão do joelho para caminhar, 80° para subir escadas, 100° para descê-las, 90° para sentar-se e 110° para sentar-se no vaso sanitário. Déficit de extensão inferior a 10° é compatível com a maioria das atividades da vida diária.

O alinhamento dos membros inferiores é avaliado em posição ortostática, em que é possível constatar possíveis deformidades em valgo ou varo. Os desvios de eixo sobrecarregam os compartimentos femorotibiais lateral (no desvio em valgo) e medial (no desvio em varo).

ARTIGO 35.º Limitações da mobilidade do joelho

Alínea a) Artrodese ou anquilose do joelho

Artrodese ou anquilose	25%
------------------------	-----

Alínea b) Limitação da mobilidade

Apurar conforme prejuízo no arco do movimento de flexão e / ou prejuízo do arco do movimento de extensão.

Flexão	
Até 45°	20%
Até 90°	10%
Maior ou igual a 120°	5%

Alínea c) Instabilidade

Ligamentos cruzados (anterior ou posterior)	5 a 10%
Ligamentos colaterais	5%
Instabilidade mista: cruzado e colateral	15%

Alínea d) Desvios angulares no plano frontal

Deformidades angulares são aferidas pelo ângulo entre fêmur e tíbia, **3° a 10° de valgo e até 3° de varo é uma faixa considerada normal.**

Joelhos em valgo ou varo	
Maior de 20° de valgo Maior 7° de varo	12%
De 10° a 20° de valgo De 4° a 7° de varo	6 a 8%

Alínea e) **Sequelas** pós-traumáticas dos ossos da perna

Pseudartrose dos ossos da perna	Acrescentar 15%
Consolidação óssea com desvio da rotação	Acrescentar
Maior de 10°	4%
Até 10°	2%

Alínea f) **Síndromes femuropatelaes pós-traumáticas**

Apurar apenas nos casos em que não há alteração da mobilidade articular.

Dores, crepitação, hidrartrose permanente e amiotrofia quadricipital	3 a 6%
Instabilidade femoropatelar inoperável	10%

Alínea g) **Outros estados sequelares**

Patelectomia total	10%
Patelectomia parcial	5%
Sequela de lesão meniscal com sintomatologia (bloqueio, algia)	5%

TÍTULO III TORNOZELO E PÉ

A articulação do tornozelo permite principalmente a dorsiflexão (20°) e a flexão plantar (50°) do pé. Nas atividades cotidianas, a amplitude de movimento exigida no plano sagital requer o máximo de 30° para caminhada e 37° a 56° para subir e descer escadas, bem como cerca de 10° de dorsiflexão e de 20° de flexão plantar. A perda de alguns graus de dorsiflexão é mais limitante do que a perda da mesma amplitude na flexão plantar.

ARTIGO 36.º Limitações da mobilidade da Articulação tibiotársica

Alínea a) Artrodese ou anquilose do tornozelo

Artrodese ou anquilose	15%
------------------------	-----

Alínea b) Limitação da mobilidade do tornozelo

Flexão plantar	
Até 10°	6%
Até 20°	4%
Maior de 20°	2%
Flexão dorsal	
Até 10°	6%
Maior de 10°	4%

Alínea c) Instabilidade

Instabilidade ligamentar (entorses de repetição, dor e/ou edema crônicos)	4 a 8%
--	--------

Articulação subtalar, Articulações mediotársica (Chopart) e tarsometatársica (Lisfranc)

O calcâneo é o maior, mais forte e mais posterior osso do pé, localizando-se inferiormente ao tálus com quem se articula formando uma articulação subtalar, de configuração triplanar uniaxial que permite a inversão e eversão do pé, com alcances definidos como de 35° e 15°, respectivamente. A articulação mediotarsal (Chopart) combina a junção entre o tálus e o navicular, e a articulação calcaneocubóide, também contribuindo para o movimento de eversão-inversão do pé, pois funciona intimamente ligada à articulação subtalar, sobretudo através da articulação talonavicular. A articulação tarsometatarsal (Lisfranc) é formada pela conexão entre os ossos cuneiformes e cubóide e os cinco metatarsos.

O desvio da subtalar em varo e valgo de 5° permite realizar a maioria das atividades da vida diária.

ARTIGO 37.º Limitações da mobilidade da Articulação subtalar

Alínea a) Artrodese ou anquilose

Artrodese ou anquilose	8%
------------------------	----

Alínea b) Limitação da mobilidade

Limitação da mobilidade de inersão e/ou eversão	4%
---	----

ARTIGO 38.º Limitações da mobilidade das Articulações mediotársica (Chopart) e tarsometatársica (Lisfranc)

Alínea a) Artrodese ou anquilose

Anquilose ou artrodese (Lisfranc)	6%
Anquilose ou artrodese (Chopart)	5%

Alínea b) **Limitação da mobilidade**

Limitação da mobilidade	3%
-------------------------	----

ARTIGO 39.º Limitações da mobilidade das Articulações metatarsofalângicas

Anquilose ou artrodese metatarsofalângicas do 1.º dedo do pé	5%
Anquilose ou artrodese do 2º, 3º, 4º ou 5º dedo do pé (cada dedo)	2%

ARTIGO 40º Deformidades pós-traumáticas

Valorar conforme a repercussão funcional.

Pé em varo / valgo Pé plano Pseudoartrose	Acrescentar 2 a 10%
---	------------------------

ARTIGO 41.º Dismetrias

Igual ou superior a 5 cm	Acrescentar 8%
De 2 a 4 cm	Acrescentar 4%

SUBCAPÍTULO IV - COLUNA VERTEBRAL

Neste subcapítulo não serão descritos o dano medular, previsto em outro subcapítulo.

Diferentemente de outros segmentos corporais, nota-se uma grande variedade entre tabelas que buscam enquadrar limites para amplitudes de movimento da coluna vertebral. Ocorre que o arco de movimento da coluna vertebral resulta da somatória de várias pequenas amplitudes, cada qual com suas características próprias até em uma mesma região anatômica (cervical, por ex.). Há de se considerar ainda a expressão individual da multiplicidade de possibilidades relativas a um segmento extenso e de características diferenciadas, que incluem maior ou menor flexibilidade e elasticidade das articulações e ligamentos, variantes quanto a tonicidade e compleição muscular, aspectos fenotípicos do indivíduo examinado, dentre outros.

A avaliação pericial no tocante à funcionalidade da coluna vertebral e eventual sequela deve apreciar a forma com que são executados os movimentos em três planos:

Plano sagital: flexão e extensão;

Plano frontal: inclinação lateral para cada lado;

Plano axial: rotação para cada lado.

Ao associar os elementos clínicos e os morfológicos com a mobilidade vertebral é possível graduar na seguinte escala:

Grau I: A anamnese e o exame clínicos são compatíveis com uma lesão específica e objetiva. Os elementos clínicos podem envolver: defesa muscular significativa, intermitente ou continuada, perda parcial da amplitude de movimento, perturbações radiculares não verificáveis. Não existem sinais objetivos de radiculopatia nem perda da integridade estrutural. Verifica-se nos seguintes casos:

- Compressão de corpo vertebral inferior a 25%
- Fratura de elemento posterior sem luxação, a fratura está consolidada e não existe perda da integridade do movimento do segmento vertebral em avaliação.
- Luxação reduzida de uma vértebra.
- Hérnia discal, com dor e rigidez, sem alterações degenerativas e biomecanicamente explicáveis.
- Espondilolistese traumática de grau I e II.

Grau II: Reúne os critérios do Grau I e, além disso, a presença de sinais de radiculopatia, como reflexos alterados (arreflexia / hiporreflexia), déficit sensitivo-motor ou amiotrofia. O prejuízo comprova-se através dos resultados dos exames eletrofisiológicos. Verifica-se nos seguintes casos:

- Compressão de corpo vertebral de 25% a 50%
- Fratura de elemento posterior sem fratura de apófises transversas e espinhosas com deslocação leve para o canal vertebral, reparada sem perda da integridade estrutural.
- Hérnia discal, com dor e rigidez, sem alterações degenerativas e biomecanicamente explicáveis.
- Espondilolistese traumática de grau III.
- Anquilose ou artrodese vertebral limitada a um segmento

Grau III: Diferencia-se do grau II pela perda da integridade do movimento do segmento vertebral em avaliação. História documentada de dor e defesa muscular. Não se exige a presença de perturbações neurológicas e, caso estejam presentes, o perito deve avaliá-las considerando o grau IV. Verifica-se nos seguintes casos:

- Compressão de corpo vertebral superior a 50% sem afetação neurológica residual

- Afetação estrutural segmentar da coluna a vários níveis, nomeadamente fraturas ou luxações, com ou sem alteração da estática vertebral e sem afetação neurológica motora residual
- Espondilolistese traumática de grau IV
- Anquilose ou artrodese vertebral de mais de dois segmentos

Grau IV: Reúne os critérios dos graus II e III, ou seja, existe uma radiculopatia e uma perda da integridade do movimento do segmento vertebral em avaliação. Verifica-se nos casos em que há uma afetação neurológica motora documentada.

ARTIGO 42.º Lesões da coluna vertebral

	Grau I	Grau II	Grau III	Grau IV
Cervical	5%	10%	15%	20%
Dorsal	3%	5%	8%	10%
Lombar	5%	10%	15%	20%

ARTIGO 43.º Cóccix

Coccialgia pós-traumática	3%
---------------------------	----

CAPÍTULO 4

SISTEMA CARDIORRESPIRATÓRIO

SUBCAPÍTULO I - APARELHO CARDÍACO

Importante atentar-se aos diagnósticos diferenciais e fatores reversíveis, tais como anemia, doença tiroideana e síndrome da apneia obstrutiva do sono. Da mesma forma, diante de um evento cardiológico agudo, a avaliação deve ser realizada com exames atualizados após pelo menos 6 (seis) meses do evento, haja vista o potencial de reversibilidade.

Ademais, as cirurgias cardíacas e os procedimentos cardiológicos intervencionistas devem ser observados, pois podem alterar o curso da doença com melhora clínica significativa.

A avaliação objetiva do dano cardiológico considera três parâmetros principais:

1) Manifestações funcionais das queixas: considera a classificação de gravidade utilizada pela *New York Heart Association* (NYHA) relativo aos sintomas como fadiga, dispneia palpitação ou angina, confirmados e documentados em exames complementares, como eletrocardiograma, teste ergométrico, ecocardiografia transtorácica, ecocardiografia transesofágica, cateterismo cardíaco, ressonância nuclear magnética cardíaca entre outros.

The New York Heart Association (NYHA) Classificação Funcional

I - Presença de doença cardíaca. Sem limitação de atividade física. A atividade física comum não causa fadiga, palpitação ou dispneia.
II - Leve limitação da atividade física. Confortável em repouso. A atividade física comum resulta em fadiga, palpitação ou dispneia.
III - Limitação acentuada da atividade física. Confortável em repouso. Atividade menos do que o normal causa fadiga, palpitação ou dispneia.
IV - Impossibilidade de realizar qualquer atividade física sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca em repouso. Se alguma atividade física é realizada, o desconforto aumenta.

2) Fração de ejeção: calculada pelo método de Simpson na ecocardiografia ou pela ressonância nuclear magnética cardíaca.

3) Exigências terapêuticas: considerar hospitalizações frequentes devido à instabilidade clínica, necessidade de vigilância constante e as exigências terapêuticas necessárias, otimizadas, continuadas, importantes e muito importantes.

ARTIGO 44.º Prejuízo funcional cardíaco

Para qualificar a repercussão funcional deve estar presente pelo menos dois descritores da tabela, sendo um deles a medida da fração de ejeção.

Alínea a) Repercussão funcional muito grave

Sintomas importantes em repouso (NYHA classe IV), confirmados por dados clínicos e exames complementares	71 a 90%
Fração de ejeção < 30%	
Exigências terapêuticas muito importantes, hospitalizações frequentes e com indicação de transplante	

Alínea b) **Repercussão funcional grave**

Sintomas aos pequenos esforços (NYHA classe III) com manifestações de falência miocárdica (edema pulmonar) ou associado a complicações vasculares periféricas ou a perturbações do ritmo complexas Fração de ejeção 30 a 40% Exigências de terapêuticas importantes e vigilância constante	56 a 70%
--	----------

Alínea c) **Repercussão funcional moderada a grave**

Sintomas aos pequenos a moderados esforços (NYHA classe III) com manifestações de falência miocárdica (edema pulmonar) ou associada a complicações vasculares periféricas ou, a perturbações do ritmo complexas Fração de ejeção 40 a 50% Exigências terapêuticas continuadas	40 a 55%
---	----------

Alínea d) **Repercussão funcional moderada**

Sintomas aos moderados esforços (NYHA classe III) ou perturbações do ritmo associadas a limitação funcional. Fração de ejeção abaixo de 55% Terapêutica necessária e otimizada	21 a 30%
--	----------

Alínea e) **Repercussão funcional leve**

Sintomas aos grandes esforços (NYHA classe II) Alteração dos parâmetros ecocardiográficos: acinesia ou discinesia de paredes, hipertrofias do ventrículo esquerdo de grau acentuado, hipertensão pulmonar, estenose ou insuficiências valvulares com comprometimento do fluxo miocárdio, ou aumento importante de cavidades cardíacas Fração de ejeção > 55% Intolerância ao esforço no teste ergométrico (alteração eletrocardiográfica e/ou angina típica) Terapêutica necessária e otimizada	10 a 20%
---	----------

Alínea f) **Sem repercussão funcional**

Assintomático, com boa tolerância ao esforço (NYHA classe I) Doença cardíaca orgânica diagnosticada Fração de ejeção > 60% Terapêutica necessária.	5%
---	----

ARTIGO 45.º Transplantados Cardíacos

Sem alterações funcionais Em uso de imunossuppressores com boa tolerância	25%
--	-----

SUBCAPÍTULO II - APARELHO RESPIRATÓRIO

Só serão objeto de avaliação do dano os indivíduos periciados que sofram de doenças crônicas, consideradas não recuperáveis relativamente à função e com uma evolução clínica de pelo menos 6 (seis) meses desde o diagnóstico e início do tratamento.

A avaliação objetiva do dano respiratório considera três parâmetros principais:

1) Grau de dispneia

Manifestações funcionais das queixas avaliada com base na escala do *Medical Research Council* (MRC), confirmadas e documentadas com alterações em testes de função pulmonar, incluindo volumes e capacidade de difusão.

Exames funcionais em pneumologia devem ser analisados conforme critérios de confiabilidade segundo a *American Thoracic Society/European Respiratory Society* (ATS/ERS), principalmente as curvas fluxo/volume e volume/tempo.

A avaliação do prejuízo funcional fundamentar-se no resultado das provas funcionais objetivas, complementadas com critérios clínicos. Não devem ser consideradas as alterações funcionais temporárias e reversíveis de forma espontânea ou com tratamento.

Classificação da dispneia conforme a Escala de dispneia MRC:

Classificação	Características
Grau 1	Falta de ar surge quando realiza atividade física intensa (correr, nadar, praticar esporte).
Grau 2	Falta de ar surge quando caminha de maneira apressada no plano ou quando sobe morro.
Grau 3	Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade devido a falta de ar; ou quando caminha no plano, no próprio passo, tem que parar para respirar.
Grau 4	Após andar alguns metros ou alguns minutos no plano, tem que parar para respirar.
Grau 5	Falta de ar impede que saia de sua casa ou surge falta de ar quando troca de roupa.

2) Oxigenação arterial

Dentre as formas de se avaliar a oxigenação, destaca-se a saturação de oxigênio (proporção de hemoglobina ligada ao O₂), sendo considerado o padrão-ouro a coleta de gasometria arterial.

Por sua vez, a saturação periférica de oxigênio (SpO₂), comumente mensurada por oximetria de pulso, é um método estimativo e não invasivo que guarda razoável correspondência com a gasometria.

Vários fatores afetam a precisão da leitura da oximetria de pulso, como má circulação, pigmentação da pele, espessura da pele, temperatura da pele, esmalte de unha e uso atual de tabaco.

Em condições normais, oximetrias de 95% a 100% estão associados a uma pressão parcial de oxigênio (pO₂) arterial entre 80 e 100 mmHg, e uma SpO₂ de 90% corresponde a uma pO₂ arterial de 60 a 70 mmHg. No entanto, é importante ressaltar que essas correlações podem variar entre os indivíduos e conforme diferentes condições clínicas, com baixa fidedignidade quando a SpO₂ fica abaixo de 80%.

3) Exigências terapêuticas

Considerar as terapias instituídas, a depender da gravidade de repercussão funcional, como o uso de medicamentos de forma **contínua** e / ou otimizada, a necessidade de oxigenoterapia (domiciliar prolongada, ambulatorial ou noturna) e de assistência ventilatória.

ARTIGO 46.º Aparelho Respiratório

Alínea a) Pulmão

Perda total do pulmão	15%
Perda lobar	5%

Estes percentuais são cumuláveis com eventual insuficiência respiratória crônica associada.

Alínea b) **Insuficiência respiratória crônica**

Para qualificar a repercussão funcional deve estar presente pelo menos três descritores da tabela, sendo um deles a medida da oxigenação arterial (PaO₂ / SpO₂).

Repercussão funcional muito grave

Sintomas em repouso CV/CVF (capacidade vital ou capacidade vital forçada) ou CPT (capacidade pulmonar total) inferior a 50% Hipoxemia de repouso, PaO ₂ (pressão parcial de oxigênio no sangue arterial) inferior a 60 mmHg Oxigenoterapia domiciliar prolongada Presença de traqueostomia ou necessidade de assistência ventilatória	61 a 80%
--	----------

Repercussão funcional grave

Sintomas MRC grau 5 CV/CVF (capacidade vital ou capacidade vital forçada) ou CPT (capacidade pulmonar total) entre 50 e 60% Hipoxemia de repouso, PaO ₂ (pressão parcial de oxigênio no sangue arterial) entre 60 e 70 mmHg Dessaturação a pequenas atividades físicas, SpO ₂ < 88%, associada a taquicardia. Oxigenoterapia domiciliar prolongada	46 a 60%
--	----------

Repercussão funcional moderada a grave

Sintomas MRC grau 4 CV/CVF (capacidade vital ou capacidade vital forçada) ou CPT (capacidade pulmonar total) acima de 50% PaO ₂ (pressão parcial de oxigênio no sangue arterial) acima de 70 mmHg SpO ₂ > 88% em pequenas atividades, com frequência cardíaca adequada e estável. Oxigenoterapia ambulatorial ou noturna	31 a 45%
--	----------

Repercussão funcional moderada

Sintomas MRC grau 3 CV/CVF (capacidade vital ou capacidade vital forçada) ou CPT (capacidade pulmonar total) entre 60 e 70% DLCO/VA inferior a 60% (capacidade de difusão do monóxido de carbono em relação ao volume alveolar) PaO ₂ (pressão parcial de oxigênio no sangue arterial) acima de 70 mmHg Saturação periférica de oxigênio entre 90 e 96% Teste de caminhada de seis minutos abaixo de 400 - 600 metros Oxigenioterapia noturna	16 a 30%
--	----------

Repercussão funcional leve a moderada

Sintomas MRC grau 2 CV/CVF (capacidade vital ou capacidade vital forçada) ou CPT (capacidade pulmonar total) entre 70 e 80% DLCO/VA entre 60 e 70% (capacidade de difusão do monóxido de carbono em relação ao volume alveolar) PaO ₂ (pressão parcial de oxigênio no sangue arterial) acima de 80 mmHg Não há alteração de saturação periférica de oxigênio aos pequenos esforços Teste de caminhada de seis minutos acima de 600 metros	6 a 15%
---	---------

Repercussão funcional leve

Sintomas MRC grau 1 CV/CVF (capacidade vital ou capacidade vital forçada) ou CPT (capacidade pulmonar total) acima de 80% PaO ₂ (pressão parcial de oxigênio no sangue arterial) acima de 80 mmHg Teste de caminhada de seis minutos acima de 600 metros Necessidade de uso de medicamentos inalatórios de forma continuada e otimizada.	1 a 5%
---	--------

Alínea c) **Via aérea**

Traqueostomia permanente com uso de cânula, sem insuficiência respiratória.	25%
Traqueostomia permanente com uso de cânula, com insuficiência respiratória.	Acrescentar 10% Alínea b)

CAPÍTULO 5 SISTEMA VASCULAR

ARTIGO 47.º Obstrução arterial pós-traumática

Alínea a) **Membros Superiores**

Claudicação durante esforço ou abdução de membros superiores, lesão obstrutiva não operada, ou manobra de Adson positiva.	15%
---	-----

Alínea b) **Membros Inferiores**

Sem repercussão clínica Assintomático, com demonstração objetiva de algum grau de oclusão arterial	5%
Repercussão leve Claudicação intermitente ao percorrer distâncias superiores a 300 metros ou três quadras	10%
Repercussão moderada Claudicação intermitente limitante ao percorrer distâncias entre 100 metros e 300 metros ou entre uma e três quadras	15%
Repercussão grave Claudicação intermitente incapacitante ao percorrer distâncias inferiores a 100 metros ou uma quadra	20%

Repercussão muito grave	
Dor isquêmica em repouso sem lesões tróficas	30%
Lesões tróficas secundárias à doença arterial	40%

Nos quadros sequelares em que houve agravamento de doença arterial prévia, apurar o dano e subtrair o estado anterior (valorar conforme a diferença entre as classificações pré e pós-traumática).

ARTIGO 48.º Fístula

Fístula arteriovenosa traumática

Assintomática	5%
Com repercussão locorregional	6 a 20%
Com repercussão sistêmica	valorar conforme Artigo 44

ARTIGO 49.º Insuficiência venosa pós-traumática

Considerar a classificação *Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology* (CEAP), de acordo com Lurie F et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*. 2020 (8): 342-352.

Sem repercussão clínica	
Categoria C0 do CEAP	5%
Insuficiência venosa em exames complementares, sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa	
Repercussão leve	
Categoria C1, C2, C2r ou C3 do CEAP	10%
Telangiectasias ou veias varicosas, ou veias varicosas recorrentes	

Repercussão moderada Categoria C4 do CEAP Alterações tróficas sem ulceração	15%
Repercussão grave Categoria C5, C6 ou C6r do CEAP Úlcera cicatrizada ou ativa	20%
Dor, sensação de aperto, irritação da pele, sensação de peso ou câibras musculares.	Acrescentar 5 - 10%

ARTIGO 50.º Insuficiência linfática pós-traumática

Repercussão leve Linfedema leve que melhora apenas com uso de meia elástica	10%
Repercussão moderada Linfedema moderado, com aumento do volume do membro e alterações tróficas	20%
Repercussão grave Linfedema grave associado à celulite e/ou úlceras	30%

ARTIGO 51.º Próteses vasculares

Próteses valvares e vasculares de grandes vasos	Acrescentar 10%
Próteses vasculares (stents, by-pass, enxertos autólogos/heterólogos)	Acrescentar 5%

TÍTULO I

BAÇO

ARTIGO 52.º Baço

Esplenectomia parcial (ou embolização esplênica) Sem repercussões hemato-imunológicas	5%
Esplenectomia total Sem repercussões hemato-imunológicas	10%
Esplenectomia total Com repercussões hemato-imunológicas e/ou em menores de 10 anos	15%

CAPÍTULO 6

SISTEMA DIGESTIVO

As situações clínicas não elencadas neste capítulo avaliam-se por analogia, comparando-se àquelas descritas e quantificadas.

ARTIGO 53.º Esôfago

Alínea a) Esofagectomia

Esofagectomia	30%
---------------	-----

Alínea b) Estenose do esôfago

Sem possibilidade de reparação cirúrgica

Repercussão leve disfagia para alimentos sólidos	5%
Repercussão moderada disfagia para alimentos pastosos	15%
Repercussão grave disfagia para líquidos	25%
Repercussão muito grave obstrução completa	35%

ARTIGO 54.º Estômago

Gastrectomia parcial	20%
Gastrectomia total	40%

ARTIGO 55.º Intestino delgado e intestino grosso

Alínea a) Ressecções segmentares de jejuno ou íleo

Sem repercussão clínica Sem sintomas disabsortivos	5%
Repercussão leve Com sintomas disabsortivos	20%
Repercussão moderada Com sintomas disabsortivos e repercussões no estado nutricional	40%
Repercussão grave Síndrome de má absorção com necessidade de alimentação parenteral permanente	60%

Alínea b) Ressecções de intestino grosso

Colectomia parcial	5%
Colectomia total sem disfunção intestinal	30%
Colectomia total com disfunção intestinal	50%

Alínea c) OSTOMIAS

Sem possibilidade de reparação cirúrgica.

Ileostomia	40%
Colostomia	30%
Fístulas	15 a 30%

Alínea d) INCONTINÊNCIA FECAL

Sem possibilidade terapêutica	50%
Com possibilidade terapêutica (valorar conforme repercussão e tratamento permanente)	15 a 25%

ARTIGO 56.º Fígado e vias biliares

Utiliza-se o escore de *Child-Pugh* para estadiamento da gravidade da lesão hepática, o qual é calculado pela somatória dos pontos de cinco fatores, e varia de 5 a 15.

A classe de Child-Pugh pode ser A (escore de 5 a 6), B (7 a 9), ou C (acima de 10). Escore de Child-Pugh > 7 (classe B) é um critério aceito para inclusão no cadastro do transplante hepático.

Classificação de Child-Pugh

Fator	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina sérica µmol/L (mg/dL)	< 34 (< 2,0)	34-51 (2,0-3,0)	> 51 (> 3,0)
Albumina sérica g/L (g/dL)	> 35 (> 3,5)	30-35 (2,8-3,5)	< 30 (< 2,8)
Ascite	Ausente	Facilmente controlada	Mal controlada
Distúrbio neurológico	Nenhum	Mínimo (humor alterado, confusão mental, comportamento inadequado, sonolência)	Grave (estupor, coma irresponsivo)
Tempo de protrombina (INR ou segundos de prolongamento acima do controle)	< 1,7 1-3	1,7 - 2,3 4-6	> 2,3 > 6

Alínea a) **Insuficiência hepática**

Chil-Pugh A	20%
Child-Pugh B	40%
Child-Pugh C	60%

Alínea b) **Vesícula Biliar e Vias Biliares**

Colecistectomia	10%
Fístula biliar	25%

ARTIGO 57.º Pâncreas - função exócrina

Perda de peso até 10% do peso corporal habitual	5%
Perda de peso até 20% do peso corporal habitual	10%
Perda de peso superior a 20% do peso corporal habitual	15%

A perda total anatômica e/ou funcional total do pâncreas, endócrino e exócrino será valorado conforme os artigos n.º 57 e n.º 67, aplicar o princípio da capacidade restante (Regra de Balthazard).

ARTIGO 58.º Parede abdominal e diafragma

Sem possibilidade de correção cirúrgica

Hérnias de parede abdominal e diafragmática	10 a 20%
---	----------

CAPÍTULO 7

SISTEMA URINÁRIO

A perda de tecido renal por trauma, agente tóxico ou outra causa, que resulta em uma diminuição da função renal, seja ela sintomática ou não, admite-se a consolidação médico-legal após 2 (dois) anos da lesão, podendo haver hipertensão secundária associada.

O valor funcional do tecido renal é expresso pelo valor da filtração glomerular (taxa de filtração glomerular - TFG), em mililitro por minuto (mL/min). Na prática clínica, a medida mais utilizada é a depuração de creatinina com recolha de urina de 24 horas, a qual depende da colaboração do indivíduo.

Pode-se estimar o valor da TFG, seja pela equação de Cockcroft e Gault (que requer conhecer o sexo, idade e peso do indivíduo, bem como o seu nível de creatinina), seja pela equação MDRD, derivada do estudo Modification of Diet in Renal Disease (que não exige conhecimento do peso, mas sim da etnia).

A função renal normal é caracterizada por uma TFG de 90 a 140 mL/min no homem e de 70 a 120 mL na mulher antes dos 40 anos, sendo que a TFG tende a diminuir com o envelhecimento. Uma redução anormalmente baixa ou anormalmente alta, após nefrectomia unilateral, indica uma alteração desconhecida, respectivamente, do rim perdido ou do rim remanescente, a ser considerada na ponderação do estado anterior do indivíduo.

ARTIGO 59.º Rins (Nefrectomia)

Bilateral ou perda de rim único	75%
Unilateral parcial ou total com rim remanescente, preservada a função renal	30%
Unilateral parcial ou total com rim remanescente, com prejuízo da função renal	Valorar conforme Artigo 60

Nos casos de perda renal, já transplantado, com recuperação da função renal, apurar-se o dano em 30%.

ARTIGO 60.º Insuficiência Renal

A avaliação do dano referente à função renal segue diretrizes clínicas para o cuidado de indivíduos com doença renal crônica, baseando-se na TFG.

TFG > 90 mL/min	5%
TFG de 60 a 89 mL/min	10%
TFG de 45 a 59 mL/min	15%
TFG de 30 a 44 mL/min	20%
TFG de 15 a 29 mL/min sem necessidade de diálise ou transplante	25%
TFG de 15 a 29 mL/min com necessidade de diálise ou transplante	50%
TFG < 15 mL/min	60%

ARTIGO 61.º Via urinária

Alínea a) Incontinência urinária

Incontinência urinária permanente	30%
Incontinência urinária de esforço	10%

Alínea b) Estenose uretral

Assintomática	5%
Sintomática não complicada	10%
Sintomática complicada (por cálculo, infecções de repetição, uretrite, epididimite, prostatite ou orquite)	15%

Alínea c) Outras Sequelas

Urostomia	30%
Retenção urinária crônica com necessidade de sondagem vesical	15%

CAPÍTULO 8

SISTEMA SEXUAL E REPRODUTOR

ARTIGO 62.º Aparelho Feminino

Alínea a) Útero (histerectomia)

Valorar conforme a idade.

Antes da menopausa	20 a 40%
Depois da menopausa	10%

Alínea b) Ovários (ooforectomia)

Valorar conforme a idade e o resultado do tratamento de substituição.

Antes da menopausa	
Perda dos dois ovários	20 a 30%
Perda de um ovário	15%
Depois da menopausa Perda de um ou dois ovários	5%

Alínea c) **Tuba uterina (salpingectomia)**

Valorar apenas na idade fértil.

Bilateral	35%
Unilateral	15%

Alínea d) **Mamas (mastectomia)**

Valorar conforme idade.

Bilateral	15 a 25%
Unilateral	5 a 15%

Alínea e) **Vulva e Vagina**

Valorar conforme a repercussão funcional e idade.

Sequelas genitais que dificultem ou impossibilitem o coito	5% a 20%
--	----------

ARTIGO 63.º Aparelho Masculino

Alínea a) **Pênis**

Amputação total	30%
Perda anatômica incompleta	10 a 25%

Alínea b) **Testículos (orquiectomia)**

Valorar conforme idade e resultado do tratamento de substituição.

Perda dos dois testículos	20 a 30%
Perda de um testículo	5 a 15%

Alínea c) **Outras sequelas**

Valorar conforme repercussão funcional, possibilidades de tratamento e resposta terapêutica e/ou protética.

Disfunção erétil	5 a 20%
Sequelas genitais que dificultem ou impossibilitem o coito	5 a 15%
Varicocele	1 a 5%

CAPÍTULO 9

SISTEMA GLANDULAR ENDÓCRINO

Deverá ser determinada em função dos exames clínico e complementares realizados, considerando a resposta clínica com o melhor tratamento instituído e conforme a manifestação dos sintomas, estabilidade do quadro, repercussões no estado geral e nas atividades da vida diária do indivíduo periciado.

Em caso de sequelas com outros prejuízos funcionais, valorar conforme o artigo do capítulo do órgão ou sistema específico.

É indispensável descartar-se a existência de um estado patológico anterior, por vezes desconhecido pelo próprio periciado.

ARTIGO 64º Hipófise

Panhipopituitarismo Prejuízo total das funções hipofisárias anterior e posterior, requer terapia de reposição hormonal, monitoramento clínico e de níveis séricos hormonais, além de observação da resposta terapêutica	a 45%
Diabetes insípido Valorar através da quantificação da diurese diária com o tratamento clínico adequado instituído	5 a 20%

ARTIGO 65° Tireoide

Valorar considerando o tratamento e a resposta terapêutica.

Hipotireoidismo	1 a 5%
-----------------	--------

ARTIGO 66° Paratireoide

Valorar conforme as alterações dos níveis séricos dos íons e hormônio (calcemia, fosforemia, paratormônio) e a intensidade dos sintomas clínicos com tratamento regular.

Hipoparatiroidismo	5 a 15%
--------------------	---------

ARTIGO 67° Pâncreas – função endócrina

Caracterizada por diabetes mellitus insulino dependente **pós-traumático**.

Valorar conforme a repercussão clínica, exames laboratoriais e necessidades terapêuticas.

Considerar os parâmetros laboratoriais conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia, nas suas versões mais atuais.

Para qualificar a repercussão funcional deve estar presente pelo menos dois descritores da tabela, sendo eles a terapêutica e a hemoglobina glicada.

<p>Repercussão leve</p> <p>Sem eventos clínicos significativos</p> <p>Controle com a terapêutica instituída</p> <p>Glicemia entre 70 e 180 mg/dL</p> <p>Hemoglobina glicada (Hb A1c) menor ou igual a 7</p>	10 a 20%
<p>Repercussão moderada</p> <p>Eventos clínicos eventuais e /ou de baixa gravidade</p> <p>Necessidade de terapêutica otimizada</p> <p>Glicemia entre 180 e 250 mg/dL</p> <p>Hemoglobina glicada (Hb A1c) entre 8 e 9</p>	21 a 30%
<p>Repercussão grave</p> <p>Eventos clínicos importantes que necessitem hospitalização</p> <p>Difícil controle apesar da terapêutica otimizada</p> <p>Glicemia maior de 250 mg/dL</p> <p>Hemoglobina glicada (Hb A1c) maior ou igual 10</p>	31 a 40%

A perda total anatômica e/ou funcional total do pâncreas, endócrino e exócrino será valorado conforme os artigos nº 57 e nº 67, aplicar o princípio da capacidade restante (Regra de Balthazard).

ARTIGO 68° Suprarrenais

Valorar conforme restrição relacionada com a terapia e monitoramento.

Insuficiência suprarrenal	10 a 25%
---------------------------	----------

CAPÍTULO 10

SISTEMA CUTÂNEO

Neste capítulo são avaliadas apenas as lesões que comprometem a função do órgão, sistema *Pele*, tais como queimaduras profundas e/ou extensas, de natureza traumática ou decorrentes da assistência prestada à saúde, com cicatrização patológica que ocasionem perturbações dermatológicas importantes ou necessitaram de enxerto. Incluem-se também distúrbios de termorregulação, distúrbios de transpiração, distúrbios de sensibilidade cutânea, fragilidade cutânea, intolerância à exposição ao sol e prurido.

A valoração não inclui consequências estéticas, amputações de órgãos, limitações de movimento, nem consequências humorais das queimaduras ou sequelas psicológicas. A valoração não se aplica a cicatrizes de queimaduras superficiais nem a cicatrizes habituais nos locais de sítios doadores de enxertos de pele.

A apuração do dano corporal se faz através do comprometimento da superfície de pele sequelar.

Sugere-se utilizar a regra dos 9 (*Pulaski and Tennison, 1951*) para estimar a superfície de pele acometida, descrita a seguir, para o periciado adulto.

- Cabeça e pescoço - 9%
- Tronco - 18% (cada face)
- Membro superior - 9% (cada um)

- Membro inferior -18% (cada um)
- Períneo - 1%

Na estimativa de percentual de pele sequelar em crianças, consultar tabelas específicas.

ARTIGO 69º SUPERFÍCIE DE PELE PATOLÓGICA

Valorar segundo o percentual de superfície corporal total acometida.

Repercussão residual 1 a 9% da pele sem distúrbio de termorregulação	1 a 5%
Repercussão leve 10% a 18% da pele ou e/ou com distúrbio de termorregulação	6 a 20%
Repercussão moderada 19% a 36% da pele	21 a 35%
Repercussão grave 37% a 54% da pele	36 a 50%
Repercussão muito grave mais de 54% da pele	51 a 70%

ARTIGO 70º Prurido Crônico

Prurido crônico intratável (no local de perda de pele, evidenciado por escoriações, hiperqueratose e eczematização)	2 a 3%
--	--------

ARTIGO 71º Fístula dérmica

Valorar em função do número, tamanho e localização.

Fístula dérmica não passível de tratamento	2 a 10%
--	---------

ARTIGO 72° Úlceras crônicas

Valorar em função do número, tamanho e localização.

Úlceras cutâneas crônicas pós-traumáticas (não avaliadas em outro capítulo)	2 a 10%
--	---------

ARTIGO 73° Hipoestesia

Hipoestesia ou parestesia de etiologia pós-traumáticas ou relacionadas a assistência à saúde, não avaliadas em outro capítulo.

Hipoestesia / Parestesia associada à cicatriz	2 a 3%
---	--------

REFERÊNCIAS

1. WHO. The international classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization, Geneva, 2001.
2. Lucas, Pierre et al. Confédération européenne d'experts en évaluation et réparation du dommage corporel. Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique. 2ème. Anthemis, 2010.
3. PORTUGAL. Decreto-Lei n° 352/2007, Anexo II. Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil.
4. Rondinelli, Robert D. et al. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment da American Medical Association. 6th ed. Chicago: American Medical Association, 2023.
5. Chodkiewicz, Jean-Paul et al. Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Le Concours Medical, 2014.
6. FRANÇA. Code de la sécurité sociale. Décret n° 2006-111 du 2 février 2006 – art.1. Annexe I: Barème indicatif d'invalidité (accidents du travail). (application de l'article R. 434-32). Version en vigueur au 11 mars 2024.
7. ESPANHA. Real Decreto Legislativo 8/2004. Baremo Médico – Clasificación y valoración de las secuelas.
8. Asociación Argentina de Compañías de Seguros. Baremo AACS - Clasificación y valoración de secuelas psicofísicas da Asociación Argentina de Compañías de Seguros, 2012
9. BRASIL. SUSEP. Circular n° 29, de 20 de dezembro de 1991. Aprova Normas para o Seguro de Acidentes Pessoais. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente.
10. BRASIL. Lei n.º 6.194, de 19 de dezembro de 1974. Dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não. Brasília, DF, 1974.
11. BRASIL. Lei n.º 11.945, de 4 de junho de 2009. Altera a legislação tributária federal e dá outras providências. Brasília, DF, 2009.
12. Spina V.P.L., Leal L.P.F.F., Panza F.T., De Moraes E. A apuração do dano corporal em sequelas múltiplas. Perspectivas em Medicina Legal e Perícias Médicas (Online). Vol. 5 N. 3 – Suplemento: Anais do 5º Congresso ABMLPM 2020. Disponível em: <https://www.perspectivas.med.br/a-apuracao-do-dano-corporal-em-sequelas-multiplas/>

COMPOSIÇÃO DA DIRETORIA

Cargo	Nome
Presidente	José Jozefran Berto Freire
Vice-Presidente	Rosa Amélia Andrade Dantas
1º Secretário	Reginaldo Inojosa Carneiro Campello
2º Secretário	Luiz Carlos Leal Prestes Junior
1º Tesoureiro	Osvaldo Sérgio Ortega
2º Tesoureiro	José Marques de Oliveira Neto
Conselho Fiscal - Titular	Eduardo Costa Sá
Conselho Fiscal - Titular	Cláudio José Trezub
Conselho Fiscal - Titular	Jacques José Zimmermann
Conselho Fiscal - Suplente	Bruno Gil De Carvalho Lima
Conselho Fiscal - Suplente	Hélio Barroso Dos Reis
Conselho Fiscal - Suplente	Elizete De Fátima Rocha

CONSELHO TÉCNICO CIENTÍFICO

Cargo	Nome
Coordenador	Ivan Dieb Miziara
Membros	João Anastácio Dias
Membros	Renato Evando Moreira Filho
Membros	Rodrigo César De Souza
Membros	Viviam Paula Lucianelli Spina

CONSELHO DE ENSINO, TITULAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

Cargo	Nome
Coordenador	João Silvestre da Silva Junior
Membros	Eduardo Costa Sá
Membros	Daniele Muñoz
Membros	Cláudio José Trezub
Membros	Adriane Ribeiro Do Rêgo Ramos
Membros	Rosa Amélia Andrade Dantas
Membros	Lucas Pedroso Fernandes Ferreira Leal
Membros	Sami Abder Rahim Jbara El Jundi


CONSELHO DE ÉTICA

Cargo	Nome
Coordenador	Enrico Supino
Membros	Maximiano Leite Barbosa Chaves
Membros	Antônio Batista de Queiroz
Membros	Francisco Miguel Roberto Moraes
Membros	Alcindo Cerci Neto
Membros	Helena Maria Carneiro Leão
Membros	Cantídio Lima Vieira
Membros	Pedro Leandro Zilli Bertolini



Não perca a oportunidade de realizar
o sonho de se tornar um escritor.
Envie seu original para o nosso e-mail e
PUBLIQUE CONOSCO.

Acompanhe o Grupo Editorial Coerência:

-  @grupoeditorialcoerencia
-  fb.com/grupoeditorialcoerencia/
-  @coerencia
-  lilian@editoracoerencia.com.br
-  (11) 9.1292-1001
-  www.editoracoerencia.com.br

Esta obra foi composta na fonte ITC Legacy Serif,
tamanho 11 pt, e impresso em papel pólen bold 90g/m².
São Paulo, agosto de 2024