

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIA CECÍLIA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**PERÍCIA DE SÍNDROME DE BRUGADA DE UM MOTORISTA DO TRANSPORTE
COLETIVO**

CURITIBA

2019

MARIA CECÍLIA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**PERÍCIA DE SÍNDROME DE BRUGADA DE UM MOTORISTA DO TRANSPORTE
COLETIVO**

Artigo apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Especialização em Perícias Médicas, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Celso Rocha

CURITIBA

2019

RESUMO

Introdução: Síndrome de Brugada é uma taquiarritmia de difícil diagnóstico e importante causa de morte súbita. O seu diagnóstico em um motorista de transporte público acarretou em afastamento, aposentadoria por invalidez e posterior desaposentação. **Discussão:** Houve uma divergência entre a decisão do Detran/PR e INSS para exercício da atividade de motorista profissional para portadores de marcapasso com diagnóstico de Síndrome de Brugada. Mesmo com indicação, não houve sucesso no processo de reabilitação profissional, bem como, não foi reconhecida a recuperação da capacidade técnica para obtenção da CNH. **Conclusão:** Não se obteve sucesso com o processo de reabilitação profissional após desaposentação, tampouco reinserção do segurado na sua atividade laborativa inicial, dando início a uma demanda judicial perante a Justiça Federal e recurso administrativo no INSS.

Palavras-chave: Síndrome de Brugada. INSS. Detran/PR. Reabilitação Profissional.

ABSTRACT

Introduction: Brugada syndrome is a tachyarrhythmia of difficult diagnosis and an important cause of sudden death. Its diagnosis on a public transportation driver led to retirement, disability retirement and subsequent disretirement. **Discussion:** There was a divergence between the decision of the Detran / PR and INSS to exercise the activity of professional driver for patients with a pacemaker with diagnosis of Brugada Syndrome. Even with indication, there was no success in the process of professional rehabilitation, as well as, the recovery of the technical capacity to obtain the CNH was not recognized. **Conclusion:** There was no success in the process of professional rehabilitation after disretirement, nor the reintegration of the insured in their initial work activity, initiating a lawsuit at the Federal Court and an administrative recourse in the INSS.

Key words: Brugada syndrome, INSS, Detran / PR, Professional Rehabilitation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	RELATO DE CASO	6
3	EVOLUÇÃO PROVIDENCIÁRIA	7
4	EVOLUÇÃO TÉCNICA – CNH	8
5	SÍNDROME DE BRUGADA	9
5.1	ARRITMIAS CARDÍACAS E OBTENÇÃO DA CNH.....	11
6	O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NO INSS E NO DETRAN/PR	13
6.1	PROCESSO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL – INSS.....	13
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
8	CONCLUSÃO	18
	REFERÊNCIAS	19
	ANEXO 1 – OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DO INSS AO SERVIÇO MÉDICO DO DETRAN	21
	ANEXO 2 – ANEXO VII – AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA / RESOLUÇÃO Nº 425, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2012 – CONTRAN	22

1 INTRODUÇÃO

Para exercer atividade comercial, um motorista profissional depende da liberação do Carteira Nacional de Habilitação (CNH) categoria C, D e E, EAR (Exerce Atividade Remunerada), legislados pelo Detran Estadual^(14,15).

Uma vez comprovada a incapacidade laborativa, mediante realização de perícia médica, para exercer suas atividades laborativas usuais, o segurado pode ter seu direito de condução cessado e, como consequência, tem como direito o encaminhamento para o processo de Reabilitação Profissional.

O atual sistema de Reabilitação Profissional oferecido pelo INSS visa capacitar o segurado para exercer atividades que supram sua subsistência e consigam absorver as limitações da atual condição de saúde, proporcionando reintegração ao mercado de trabalho.

Da revisão da aposentadoria por invalidez com sua cessação, assim como a cessação do auxílio doença ou acidentário, o processo de retorno às atividades laborativas pode ser satisfatório ou levar o segurado a uma situação desprovida de respaldo, tanto pela empresa quanto pelo INSS.

2 RELATO DO CASO

O paciente, C. V. S. , masculino 48 anos, motorista de ônibus, admitido em 03/03/1998, apresentou em 2005 quadro de dispneia , dor no peito e palpitações.

Avaliado em serviço de cardiologia, apresentou alteração em seu ECG com fibrilação ventricular documentada. Não apresentou alterações nos eletrocardiogramas anteriores ao relatado nos exames realizados na empresa durante o exame periódico.

Iniciou acompanhamento com serviço de cardiologia da Santa Casa de Curitiba e apresentou em seu ECG de repouso com alterações típicas da Síndrome de Brugada, segundo relatório do médico cardiologista encaminhado a empresa.

A síndrome de Brugada é uma taquiarritmia, autossômica dominante, mais comum no sexo masculino. De difícil diagnóstico, é uma importante causa de morte súbita. Seu tratamento efetivo se baseia na implantação de um dispositivo cardíaco – cardiodesfibrilador implantável (CDI)^(1,2).

Diante do quadro apresentado, em que pese a empresa tenha solicitado exames complementares, o mesmo não o fez.

Iniciou uso de antiarrítmico Amiodarona, 200 mg / dia em 2005 e manteve seu uso até por 11 anos.

Em 2016, realizou implante de marcapasso (CDI – cardioversor / desfibrilador implantável) após quadro de síncope (sic) . Mantém acompanhamento regular a cada 4 meses com serviço de cardiologia da Santa Casa de Curitiba – PR.

Apresenta carteirinha de portador de CDI – cardiodesfibrilador implantável datada de 29/06/2016.

3 EVOLUÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Após apresentação dos sintomas de arritmia cardíaca, em maio de 2005 o paciente foi encaminhado para a perícia para percepção de auxílio-doença, na ocasião, sem diagnóstico etiológico específico.

Durante o afastamento, o paciente foi diagnosticado com Síndrome de Brugada, tendo sido deferido o auxílio-doença na primeira perícia, com revisão marcada para 2009.

Em 2009 realizou nova perícia junto ao médico do INSS, lhe tendo sido concedida a aposentadoria por invalidez.

De 2009 a 2018 não houve qualquer determinação de revisão, quando em dezembro de 2018 foi convocado pelo INSS e passou para uma avaliação pericial, ocasião em que houve o encaminhamento para o serviço de Reabilitação Profissional do INSS.

Em janeiro de 2019 foi solicitada nova perícia, ocasião em que foi indeferida a aposentadoria por invalidez, com a consequente alta do processo de reabilitação profissional.

4 EVOLUÇÃO TÉCNICA - CNH

Em 2005 o paciente apresentava Carteira Nacional de Habilitação (CNH) categoria D/E válida. Após ter sido diagnosticado com Síndrome de Brugada, em 2009, ao fazer a renovação da sua CNH, teve a mesma rebaixada para a categoria A/B.

Com a revisão e cessação de aposentadoria por invalidez, em Janeiro de 2019, iniciou o processo de obtenção da CNH para categoria D/E, habilitação esta que é exigida para desempenhar suas atividades como motorista de ônibus.

Contudo, em um primeiro momento o pedido foi indeferido pelo exame do médico do tráfego e, posteriormente, indeferido pela junta médica do Detran – PR, sendo a única categoria permitida para emissão da CNH, a categoria B.

Ato subsequente, passou na avaliação médica do médico do trabalho, que, conforme decisão do INSS, liberou ASO (atestado de saúde ocupacional) como “apto com restrições”, orientando o mesmo a recorrer junto ao INSS, bem como, ajuizar ação perante a Justiça Federal.

Por fim, foram concedidas férias de 30 dias ao paciente, acrescidos de 30 dias para regularização de CNH, EAR e comunicação do trâmite de recurso adotado à empresa.

5 A SÍNDROME DE BRUGADA

A Síndrome de Brugada (SB) é uma síndrome genética caracterizada por uma arritmia hereditária (autossômica dominante) que predispõe a arritmias ventriculares que podem ser fatais.

É provocada por uma mutação no gene SCN5A, que leva a uma alteração estrutural dos canais de sódio do coração. A SB não é geralmente associada a patologia cardíaca estrutural e tem maior incidência no sexo masculino, entre a terceira e quarta décadas de vida.

Há um alto risco de morte súbita, principalmente por morte súbita durante o repouso e durante o sono. Clinicamente a doença se manifesta com arritmias ventriculares, geralmente no período de descanso, e síncope, apresentando-se assintomática na maioria dos casos.

A Síndrome de Brugada se caracteriza por padrão eletrocardiográfico com supradesnível do segmento ST, igual ou superior a 2mm, proeminente em V1 e V2 (algumas vezes envolvendo V3) com complexos QRS semelhantes a BRD nessas derivações. O segmento ST é arqueado e desce para uma onda T invertida (FIGURA 1 E 2).

O padrão electrocardiográfico tipo 1 é considerado em doentes que obedecem aos seguintes critérios: aparecimento da elevação do segmento ST tipo 1 (tipo arqueado) em mais do que uma derivação pré-cordial direita (V1 - V3), na presença ou ausência de um bloqueador dos canais de sódio, mais, pelo menos, um dos seguintes: a) FV documentada; b) TV polimórfica; c) história familiar de MCS antes dos 45 anos; d) padrão electrocardiográfico do tipo 1 em familiares; e) indutibilidade electrofisiológica de TV; f) síncope inexplicada sugestiva de taquiarritmia; g) respiração “agónica” noturna.

O relatório consensual propôs o diagnóstico de SB em doentes com padrão electrocardiográfico tipo 2 ou tipo 3 que obedecessem aos seguintes critérios: aparecimento da elevação do segmento ST tipo 2 ou 3 em mais do que uma derivação precordial direita em condições basais, com conversão para tipo 1 após a utilização de bloqueadores dos canais de sódio, e uma das características (a-g) supracitadas (FIGURA 3 E 4). A conversão, induzida por fármacos, do padrão electrocardiográfico tipo 3 para o tipo 2 é considerada inconclusiva para o diagnóstico da SB

O teste genético da SB está disponível comercialmente e pode ser útil na confirmação do diagnóstico.

FIGURA 1 - Síndrome de Brugada tipo 1 (Diagnóstico)

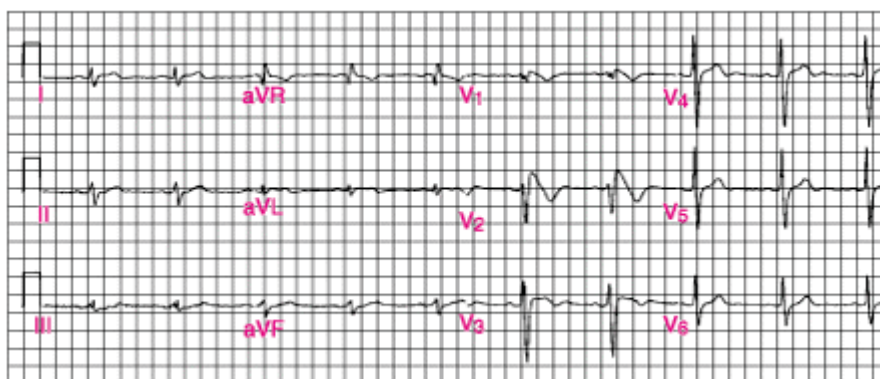


FIGURA 2 – SD DE BRUGADA TIPO 1



FONTE: <https://pt.my-ekg.com/doencas/sindrome-brugada.html>

[my-ekg.com/doencas/sindrome-brugada.html](https://pt.my-ekg.com/doencas/sindrome-brugada.html)

FIGURA 3 – SD DE BRIGADA TIPO 2



FONTE: <https://pt.my-ekg.com/doencas/sindrome-brugada.html>

FIGURA 4- SD DE BRUGADA TIPO 3



FONTE: <https://pt.my-ekg.com/doencas/sindrome-brugada.html>

[.my-ekg.com/doencas/sindrome-brugada.html](https://pt.my-ekg.com/doencas/sindrome-brugada.html)

O tratamento medicamentoso baseia-se em antiarrítmicos como a quinidina, mas com pouca efetividade. Outros antiarrítmicos devem ser evitados, principalmente os bloqueadores de canal de sódio e os betabloqueadores.

Deve-se tratar prontamente a febre, evitar uso de medicações que aumentem o supradesnível de ST nas precordiais direitas e evitar o uso de bebidas alcoólicas ou grandes ingestas calóricas. Medicamentos como Fluoxetina, Amitriptilina, Nifedipino, Dintrato de Isossorbida (fármacos antianginosos) são contraindicados pois podem induzir a perturbações rítmicas.

Uma vez diagnosticada, com caracterização do padrão de Brugada tipo 1, a estratificação pode ser feita através de critérios propostos por Sieira.

Seu tratamento efetivo trata-se na implantação de Cardiodesfibrilador (CDI) para evitar a morte súbita.

Escore de risco proposto por Sieira e cols: <https://pebmed.com.br/>

Variável	Pontuação
Tipo 1 espontâneo	1
História familiar morte súbita	1
Arritmia induzida no EEF	2
Síncope	2
Disfunção nodo sinusal	3
Morte súbita abortada	4

Pontuação	Sobrevida livre de eventos em 10 anos (%)
0	97,2
1	96,4
2	90,8
3	83,4
4	70,1
5 ou +	61,4

FONTE: <https://pebmed.com.br/>

5.1 Arritmias Cardíacas e obtenção de CNH

Com o diagnóstico da Síndrome de Brugada, confirmado pelo serviço de cardiologia e o tratamento implementado, baseando-se na *Diretrizes Brasileiras para Direção Veicular em Portadores de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis e Arritmias Cardíacas*, o portador da síndrome está incapacitado para exercer quaisquer atividades que envolvam a obtenção da CNH (carteira nacional de habilitação) categoria D e E, sendo estes os critérios mínimos para o exercício da atividade de motorista de ônibus.

Assim está disposto na Diretriz
(http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2012/Diretriz_Dire%C3%A7%C3%A3o_Veicular.pdf)

O paciente com síndrome de Brugada deverá passar em avaliação por especialista para definir o risco de morte súbita, ou de eventos arrítmicos que gerem perda transitória da consciência, para definir a capacidade de direção privada, já que a direção comercial ou profissional, denominação mais usada no Brasil, não deve ser liberada.

Sendo assim ha uma sinalização por parte de uma junta médica tecnicamente capacitada do risco no desenvolvimento da atividade laborativa como motorista comercial por portadores de doenças que tem como tratamento principal a implantação de dispositivos cardíacos eletrônicos.

6 O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NO INSS E NO DETRAN/PR

Atualmente não existe um protocolo ou algum procedimento interno para comunicação entre os órgãos envolvidos nesta situação (INSS e Detran/PR), de modo que fica a critério de cada agência da Previdência Social e seu coordenador a orientação quanto a comunicação a ser realizada perante o Detran.

Desta maneira, essa transmissão de informações encontra-se prejudicada, gerando discordância entre as avaliações médicas do médico perito do INSS e do médico do tráfego e Junta Médica do Detran.

A fim de formalizar esta comunicação, o Detran – AM , estabelece um fluxo em seu site de como deve ser realizada a comunicação de decisões periciais para rebaixamento de CNH, Liberação de CNH e Cassação de CNH conforme a decisão pericial do INSS.

No item 9 do Capítulo XIII do Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária consta a orientação sobre os procedimentos da Perícia Médica no que pertine à notificação do Serviço Médico do Departamento de Trânsito nas situações em que são constatadas doenças capazes de interferir na condução de veículos automotores:

“9. NOTIFICAÇÃO AO DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO SOBRE SEGURADO CONDUTOR DE VEÍCULOS AUTOMOTORES

A qualquer momento, a Perícia Médica poderá notificar o Serviço Médico do Departamento de Trânsito – Detran, com Aviso de Recebimento – AR, por meio de ofício, caso haja constatação de doenças capazes de interferir na condução de veículos automotores, preenchendo o modelo de ofício constante no Anexo VIII. Nos casos de segurados com doença ou lesão de bom prognóstico e curto prazo de recuperação, não caberá comunicação ao Detran. Em razão de se tratarem de avaliações médicas com finalidades distintas, não cabe ao Perito Médico solicitar ao segurado avaliação/laudo do Detran para fins de conclusão do LMP, nem para embasamento da sua decisão. Sugere-se leitura da Resolução do CONTRAN nº 425, de 27 de novembro de 2012. “ 1

Na prática, não há um fluxo estabelecido de comunicação entre os órgãos que deliberam sobre a prática da atividade comercial como motorista, envolvendo capacidade laborativa avaliada pelo INSS e obtenção da CNH nas categorias necessárias.

6.1 Processo de Reabilitação Profissional – INSS

A Lei de Benefícios da Previdência Social 8.213/91 estabelece em seu artigo 18, III, ‘c’, que o serviço de reabilitação profissional é direito do segurado e do

seu dependente.

Esse é um serviço prestado pela Previdência Social que não exige carência do segurado, conforme está estabelecido no artigo 26, V, da mesma lei de benefícios.

Sendo assim, o segurado do INSS não precisa realizar um número mínimo de contribuições para ter acesso ao serviço de reabilitação profissional.

O artigo 62 da lei 8.213/91 estabelece que o segurado em gozo de auxílio-doença, incapacitados de recuperação para sua atividade habitual, deverão se submeter ao processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade.

O benefício de auxílio-doença não deverá ser interrompido até que o segurado seja considerado habilitado para o desempenho de nova atividade, ou, quando considerado não-recuperável, tiver sido concedida a aposentadoria por invalidez.

É necessário pontuar dois elementos que dão motivo à reabilitação profissional estabelecido pela lei de benefícios previdenciários. O primeiro é que o segurado esteja recebendo auxílio-doença e o Segundo é que ele seja impossibilitado de obter uma recuperação para voltar a trabalhar na mesma atividade usual que exercia anteriormente ao afastamento.

Durante o processo de reabilitação, o auxílio-doença do segurado não poderá ser cessado e, ao final, o segurado deverá ser capacitado para exercer outra atividade.

O elemento mais importante da reabilitação profissional é a capacitação do trabalhador para exercer alguma atividade laborativa que lhe garanta sua subsistência.

Aplicando essas determinações e levantamentos, na prática, não há como obter a CNH na categoria compatível para atividade como motorista de ônibus com o diagnóstico de Síndrome de Brugada e uso de CDI (cardiodesfibrilador implantável) segundo parecer técnico.

Não houve uma comunicação entre os órgãos responsáveis pela manutenção técnica mínima para exercer a atividade como motorista profissional (Detran – PR) e o órgão responsável pela avaliação da capacidade laborativa do motorista de Ônibus (INSS).

A incapacidade técnica de obtenção da CNH por parte do paciente acometido pela doença deveria servir de embasamento para manutenção da aposentadoria de invalidez, ou manutenção do processo de Reabilitação profissional destinado ao paciente. O Detran/PR e o INSS não possuem uma comunicação protocolar seguidas por todas as agências , mesmo que orientadas a nível nacional.

A alta previdenciária, após cessação da aposentadoria por invalidez desamparou o contribuinte do INSS . Mesmo mantido o valor da mensalidade de recuperação de 75% do valor da aposentadoria por um período de 6 meses e após 50 % por mais 6 meses até completa cessação, o contribuinte não obteve título de reabilitação profissional e não pode exercer a atividade a que foi vinculado em seu último vínculo empregatício – motorista de ônibus.

Durante o processo de reabilitação o colaborador é avaliado quanto a elegibilidade para manutenção do processo, e esta decisão não foi informada ao colaborador, visto que sua alta do processo de reabilitação coincidiu com a cessação de sua aposentadoria por invalidez.

Atualmente, o colaborador encontra-se em processo judicial na Justiça Federal e aguarda recurso administrativo de Junta de recursos do INSS. Não retornou ao trabalho, mesmo com a obtenção do ASO de apto com restrições , sendo mantido como situação “ afastado “ no sistema do RH.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico da síndrome de Brugada, aliado ao uso de dispositivo eletrônico cardíaco implantável são fatores que incapacitam e agravam a não obtenção de CNH categoria C/D e E.

A força tarefa iniciada em 2016 pelo INSS para revisar aposentadorias por invalidez e Benefícios por Incapacidade de Longa Duração (BILD) de afastados com até 60 anos, levou a “desaposentação” de diversos contribuintes que não tiveram sua incapacidade médica comprovada frente a nova perícia convocada pelo INSS.

Diversos benefícios concedidos ou mantidos de maneira inadequada foram cessados. Porém, benefícios considerados necessários para segurados que realmente apresentam incapacidade laborativa foram cessados de maneira precoce.

A medida provisória 767/2017, transformada na lei 13.457/2017 ficou conhecida como Pente fino do INSS, visando revisar benefícios por auxílio-doença e aposentadorias por invalidez e diminuir consequentemente o gasto do governo com o corte destes pagamentos.

Segundo a estatística aproximadamente 53% dos benefícios revistos foram cessados desde a implementação desta lei. Nesse contexto, as perícias estão sendo realizadas sem o devido critério e responsabilidade, cessando benefícios sem que os segurados tenham capacidade física e social de retorno a atividades laborativas.

A falta de comunicação entre os órgãos públicos que são responsáveis pela permissão, conjuntamente, para exercício da atividade comercial como motorista, pode ser um fator que contribui para a cessação de benefícios de maneira errônea deixando o contribuinte desamparado.

É necessária uma análise global do contribuinte, do quadro clínico atual, da doença que o acomete e suas repercussões que podem incapacitar o mesmo a exercer suas atividades, como as que eram exercidas anteriormente. A comprovação de ausência de incapacidade traz consequências severas do ponto de vista financeiro, psicológico e médico se afirmada frente a uma incapacidade, mesmo que técnica e que impeça o contribuinte a se reintegrar no mercado de trabalho ou retornar ao seu trabalho anterior.

A partir daí é de extrema importância a eficiência e implementação do processo de Reabilitação Profissional oferecido pelo INSS.

8 CONCLUSÃO

A Síndrome de Brugada é uma arritmia cardíaca representada por alterações no eletrocardiograma que pode se manifestar com síncope, e na sua maioria encontra-se assintomática. Tem um alto risco de morte súbita e está presente com maior frequência no sexo masculino entre a terceira e quarta décadas de vida. Apresenta efetividade no tratamento com implantação de CDI na prevenção de morte súbita. Sendo assim, o uso de dispositivos cardíacos implantáveis contra indica aos seus portadores o desenvolvimento de atividades como a direção comercial. A avaliação pericial sem considerar essa contra indicação acaba por deixar o segurado no limbo de seus direitos. A responsabilidade do INSS deve ser mantida com o processo de reabilitação ou aposentadoria para casos em que o segurado não possa por retornar as suas atividades profissionais habituais. Uma consequência da desaposentação é o início de um processo judicial junto a Justiça Federal para reverter decisões do INSS que impossibilitam o retorno do segurado ao trabalho.

REFERÊNCIAS

MAIA, Ivan G. et al . OBSERVAÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO DE UM CASO. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 74, n. 5, p. 442-445, maio 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2000000500005&lng=en&nrm=iso>. acesso em 15/06/2019.

Sorajja D, Ramakrishna H, Poterack AK, Shen WK, Mookadam F. BRUGADA SYNDROME AND ITS RELEVANCE IN THE PERIOPERATIVE PERIOD. ANN CARD ANAESTH 2015;18:403-13.

GONÇALVES, Maria João Reis Martins de et al. *A SÍNDROME DE BRUGADA: UMA CAUSA DE MORTE SÚBITA. 32 folhas. Dissertação de Mestrado – Portugal. 2011.*

SÍNDROME DE BRUGADA : TUDO SOBRE O MANEJO DO PACIENTE. Disponível em < <https://pebmed.com.br/sindrome-de-brugada-tudo-sobre-o-manejo-do-paciente/> >. 2011 . Acesso em 25/05/2019.

Fenelon G, Nishioka S.A.D., Lorga Filho A, Teno L.A.C., Pachon E.I., Adura F.E. e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Associação Brasileira de Medicina de Tráfego. RECOMENDAÇÕES BRASILEIRAS PARA DIREÇÃO VEICULAR EM PORTADORES DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS ELETRÔNICOS IMPLANTÁVEIS (DCEI) E ARRITMIAS CARDÍACAS.

GOVERNO ESPERA ECONOMIZAR 6,3 BILHÕES COM REVISÃO DE BENEFÍCIOS DO INSS. 2016. Disponível em: < <https://dcomercio.com.br/categoria/leis-e-tributos/governo-espera-economizar-6-3-bi-com-revisao-de-beneficios-do-inss> > Acesso em 01/06/2019.

SENADO APROVA MP QUE COMABATE FRAUDES E MEOLHORA QUALIDADE DOS FASTOS NA PREVIDÊNCIA. 2019. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/2019/06/senado-aprova-mp-que-combate-fraudes-e-melhora-a-qualidade-dos-gastos-na-previdencia/> >. Acesso em 04/06/2019.

PRIORI, Silvia G. et al. Executive summary: HRS/EHRA/APHRS expert consensus statement on the diagnosis and management of patients with inherited primary arrhythmia syndromes. Europace, v. 15, n. 10, p. 1389-1406, 2013.

RESOLUÇÃO CONTRAN 425 DE 27/11/2012 . 2012. Disponível em <[http://new.denatran.gov.br/download/Resolucoes/\(Resolu%C3%A7%C3%A3o%20425.-1\).pdf](http://new.denatran.gov.br/download/Resolucoes/(Resolu%C3%A7%C3%A3o%20425.-1).pdf) >. Acesso em 01/06/2019.

INSS: RETENÇÃO, LIBERAÇÃO E REBAIXAMENTO DE CNH – DETRAN AM . 2019. Disponível em <<https://www.detran.am.gov.br/servicos/inss-retencao-liberacao-e-rebaixamento-de-cnh/> > Acesso em 15/06/2019.

INSS INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL. Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/orientacoes/reabilitacao-profissional/>>. Acesso em 15/05/2019.

MANUAL TÉCNICO DE PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA/INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. – Brasília, 2018.

ALTERNATIVAS PARA OS SEGURADOS QUE TIVERAM A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CESSADA PELO PENTE FINO: Disponível em: <<https://saberalei.com.br/alternativas-aposentadoria-invalidadez-cessada/>> Acesso em 10/06/2019.

DETRAN/PR Disponível em: <<http://www.detran.pr.gov.br/servicos/Motorista/Carteira-de-motorista/Alterar-a-categoria-da-carteira-de-motorista-EpolnL3B>> Acesso em: 15/05/2019.

DETRAN/PR. Disponível em: <http://www.detran.pr.gov.br/servicos/Motorista/Carteira-de-motorista/Incluir-a-observacao-EAR-na-carteira-de-motorista-0GNAWWr8>. Acesso em: 15/05/2019.

ANEXO 1 – OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DO INSS AO SERVIÇO MÉDICO DO DETRAN



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO VIII

OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO MÉDICO DO DETRAN

Ofício nº /APS-SIGLA/GEX-UF/INSS

Cidade, 9 de julho de 2018.

Serviço Médico do Departamento de Trânsito – DETRAN
Endereço
CEP – Cidade – UF

Assunto: **informação sobre segurado condutor de veículos automotores.**

Para adoção de providências no âmbito de sua competência legal, informamos que o (a) Sr. (a) _____, CPF nº _____, após avaliação médico-pericial, apresentou condição/quadro de saúde capaz de interferir na condução de veículos automotores.

Perícia Médica do INSS
(Assinatura e matrícula)

A cópia deste Ofício deverá compor o processo concessório.

Agência da Previdência Social NOME DA APS, preencher endereço completo com CEP
Telefone: (DD) 000000000. Email: apsnome@inss.gov.br

**ANEXO 2 – ANEXO VII – AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA RESOLUÇÃO Nº 425,
DE 27 DE NOVEMBRO DE 2012 - CONTRAN**

16

ANEXO VII
AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

	Condutores da ACC e das categorias A e B	Condutores das categorias C, D e E
Angina Pectoris	Apto com sintomas controlados. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.	Aprovação condicionada a relatório cardiológico favorável. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.
Infarto do miocárdio	Apto com recuperação clínica após oito semanas. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.	Aprovação com recuperação clínica após doze semanas, condicionada a relatório cardiológico favorável. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.
Revascularização Miocárdica	Apto quando clinicamente recuperado após doze semanas. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.	Aprovação com recuperação clínica após doze semanas, condicionada a relatório cardiológico favorável. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.
Angioplastia	Sem infarto agudo do miocárdio: Apto quando clinicamente recuperado após duas semanas. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.	Sem infarto agudo do miocárdio: Aprovação com recuperação clínica após duas semanas, condicionada a relatório cardiológico favorável. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.
Hipertensão Arterial	- pressão arterial sistólica inferior a 160 mmHg e diastólica inferior a 100 mmHg: apto. - pressão arterial sistólica entre 160 e 179 mmHg e/ou diastólica entre 100 e 109 mmHg: apto com diminuição do prazo de validade do exame a critério médico. - pressão arterial sistólica igual ou superior a 180 mmHg e/ou diastólica igual ou superior a 110 mmHg: inapto temporário.	- pressão arterial sistólica inferior a 160 mmHg e diastólica inferior a 100 mmHg: apto. - pressão arterial sistólica entre 160 e 179 mmHg e/ou diastólica entre 100 e 109 mmHg: apto com diminuição do prazo de validade do exame a critério médico. - pressão arterial sistólica igual ou superior a 180 mmHg e/ou diastólica igual ou superior a 110 mmHg: inapto temporário.
Marcapasso	Após duas semanas da implantação: Apto com exame cardiológico normal. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.	Após seis semanas da implantação: Aprovação condicionada a relatório cardiológico favorável e avaliação da etiologia. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.
Arritmias	Com repercussão funcional; Bloqueio AV de 2º e 3º grau; Bradicardia acentuada, Taquiarritmias: inapto temporariamente.	Com repercussão funcional; Bloqueio AV de 2º e 3º grau; Bradicardia acentuada, Taquiarritmias: inapto temporariamente.
Insuficiência cardíaca congestiva	inapto temporariamente.	inapto temporariamente.
Valvulopatias	Com repercussão hemodinâmica: inapto. Sem repercussão hemodinâmica: apto. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.	Com repercussão hemodinâmica: inapto. Sem repercussão hemodinâmica: Aprovação condicionada a relatório cardiológico favorável. Diminuição do prazo de validade do exame a critério médico.