



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO

SECÇÃO DA OE/DARH
ESTÁ CONFORME
O ORIGINAL

ORDEM DO EXÉRCITO

1.^a SÉRIE

N.º 10/31 DE OUTUBRO DE 2007

Publica-se ao Exército o seguinte:

SUMÁRIO

DECRETOS-LEIS

Ministério da Defesa Nacional

Decreto-Lei n.º 330/2007:

Aprova uma medida excepcional para promoção ao posto de sargento-ajudante 363

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

Decreto-Lei n.º 352/2007:

Aprova Tabela Nacional de incapacidades por acidentes de trabalho e doenças profissionais e a Tabela Nacional por avaliação de incapacidades permanentes em Direito Civil 364

PORTARIAS

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Defesa Nacional

Portaria n.º 1 393/2007:

Regula os termos em que se pode efectivar a inscrição de um beneficiário titular da ADSE, como beneficiário extraordinário da ADM 465

Portaria n.º 1 394/2007:

Estabelece que a assistência aos beneficiários da ADM, também abrange o pagamento das despesas de saúde decorrentes de acidentes de serviço e doenças profissionais, desde que dos mesmos não resulte incapacidade permanente 468

Portaria n.º 1 395/2007:

Regula a assistência na doença aos beneficiários titulares da ADM colocados no estrangeiro, bem como aos beneficiários familiares que com eles se encontrem 469

Portaria n.º 1 396/2007:

Regula o regime de acordos para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da ADM 470

DESPACHOS

Instituto de Acção Social das Forças Armadas

Despacho (extracto) n.º 23 808/2007

Delegação de competências no director do Centro de Apoio Social de Évora 477

Chefe do Estado-Maior do Exército

Despacho n.º 23 110/2007:

Delegação de competências no chefe do Gabinete do CEME 477

Despacho n.º 23 195/2007:

Delegação de competências no comandante operacional do Exército 478

Despacho n.º 23 587/2007:

Delegação de competências no comandante da Instrução e Doutrina do Exército 479

Comando do Pessoal	
Direcção de Administração de recursos Humanos	
Despacho n.º 23 290/2007:	
Subdelegação de competências no chefe da Repartição de Reserva, Reforma e Disponibilidade/DARH	480
Despacho n.º 23 291/2007:	
Subdelegação de competências no subdirector da DARH	480
Despacho n.º 23 292/2007:	
Subdelegação de competências no chefe do Gabinete de Apoio/DARH	481
Despacho n.º 23 293/2007:	
Subdelegação de competências no chefe da Repartição de Pessoal Civil/DARH	481
Despacho n.º 23 294/2007:	
Subdelegação de competências no chefe da Repartição de Pessoal Militar/ DARH	482
Despacho n.º 23 295/2007:	
Subdelegação de competências no chefe da Repartição de Pessoal Militar/ DARH	483
Despacho n.º 23 296/2007:	
Subdelegação de competências no chefe do Gabinete de Apoio/DARH	484

I — DECRETOS-LEIS**Ministério da Defesa Nacional****Decreto-Lei n.º 330/2007
de 9 de Outubro de 2007**

A aplicação do modelo de carreiras e inerentes regras de promoção, previstas no Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR), tem contribuído para situações patentes de estagnação nas carreiras que se têm verificado ao longo dos últimos anos.

Pese, embora, o facto de se ter iniciado um processo de remodelação e revisão dos modelos de carreira dos militares das Forças Armadas, que deverá resultar, nos aspectos aplicáveis, numa revisão do próprio EMFAR, é previsível que a repercussão positiva das medidas a adoptar se verifique apenas a médio/longo prazo.

Em tempo, foi reconhecida a existência de militares das Forças Armadas que, reunindo condições de promoção ao posto imediato, não puderam ser promovidos durante períodos consideráveis devido a constrangimentos nos efectivos dos respectivos quadros especiais, o que justificou a adopção de medidas de carácter excepcional que permitiram a sua promoção.

Actualmente, dado o lapso de tempo decorrido desde as medidas então adoptadas, persistem casos de sargentos que há longos anos ultrapassaram a condição especial de promoção prevista na alínea *a)* do n.º 1 do artigo 60.º do EMFAR, que corresponde ao tempo mínimo de permanência no posto. Devido a constrangimentos idênticos aos do passado, estes militares não poderão ser promovidos em tempo razoável.

Nesta conformidade, justifica-se, assim, a aprovação de uma medida excepcional que, à semelhança do sucedido anteriormente, parta ao encontro dos legítimos anseios e expectativas de carreira destes militares.

Foi ouvida a Associação Nacional de Sargentos e a Associação dos Praças da Armada.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 11/89, de 1 de Junho, e nos termos da alínea *c)* do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º**Alteração ao Decreto-Lei n.º 236/99, de 25 de Junho**

O artigo 9.º-A do Decreto-Lei n.º 236/99, de 25 de Junho, que aprova o Estatuto dos Militares das Forças Armadas, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 25/2000, de 23 de Agosto, e pelos Decretos-Leis n.ºs 197-A/2003, de 30 de Agosto, 70/2005, de 17 de Março, e 166/2005, de 23 de Setembro, passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 9.º-A

1 — São promovidos ao posto de sargento-ajudante, segundo o ordenamento estabelecido na lista de promoção do respectivo quadro especial, os sargentos das Forças Armadas, na situação de activo na efectividade de serviço, que, para além das condições gerais e especiais de promoção, nos termos gerais, tenham, até 31 de Dezembro de 2006, 15 anos de tempo de permanência no posto de primeiro-sargento.

2 — Os militares promovidos nos termos do número anterior são promovidos com antiguidade reportada a 31 de Dezembro de 2006.

3 —

4 — *(Revogado.)*

5 — Os militares promovidos nos termos do presente diploma ficam na situação de supranumerário até serem promovidos ao posto imediato.

6 — *(Revogado.)*»

Artigo 2.º
Produção de efeitos

O presente decreto-lei produz efeitos a 31 de Dezembro de 2006.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 9 de Agosto de 2007. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *João António da Costa Mira Gomes*.

Promulgado em 20 de Setembro de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 21 de Setembro de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

**Decreto-Lei n.º 352/2007
de 23 de Outubro de 2007**

A avaliação médico-legal do dano corporal, isto é, de alterações na integridade psico-física, constitui matéria de particular importância, mas também de assinalável complexidade. Complexidade que decorre de factores diversos, designadamente da dificuldade que pode existir na interpretação de sequelas, da subjectividade que envolve alguns dos danos a avaliar, da óbvia impossibilidade de submeter os sinistrados a determinados exames complementares, de inevitáveis reacções psicológicas aos traumatismos, de situação de simulação ou dissimulação, entre outros. Complexidade que resulta também da circunstância de serem necessariamente diferentes os parâmetros de dano a avaliar consoante o domínio do direito em que essa avaliação se processa, face aos distintos princípios jurídicos que os caracterizam. Assim sucede nomeadamente em termos das incapacidades a avaliar e valorizar. No direito laboral, por exemplo, está em causa a avaliação da incapacidade de trabalho resultante de acidente de trabalho ou doença profissional que determina perda da capacidade de ganho, enquanto que no âmbito do direito civil, e face ao princípio da reparação integral do dano nele vigente, se deve valorizar percentualmente a incapacidade permanente em geral, isto é, a incapacidade para os actos e gestos correntes do dia-a-dia, assinalando depois e suplementarmente o seu reflexo em termos da actividade profissional específica do examinando.

Não obstante a diversidade de realidades apontada e a conseqüente necessidade de adequar a elas a avaliação dos diversos tipos das incapacidades em causa, consoante a sua natureza e a resposta particular que reclamam, a protecção jurídico-laboral reforçada dos sinistrados ou doentes é um princípio básico, do qual não se pode abdicar, em defesa dos mais elementares direitos dos trabalhadores.

Na realidade, tal princípio justifica por si só, quer a manutenção de um instrumento próprio de avaliação das incapacidades geradas no específico domínio das relações do trabalho, quer ainda a sua constante evolução e actualização, por forma a abranger todas as situações em que, do exercício da actividade laboral, ou por causa dele, resultem significativos prejuízos para os trabalhadores, designadamente os que afectam a sua capacidade para continuar a desempenhar, de forma normal, a actividade profissional e, conseqüentemente, a capacidade de ganho daí decorrente.

O que se torna hoje de todo inaceitável é que seja a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNI), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro, utilizada não apenas no contexto das situações especificamente referidas à avaliação de incapacidade laboral, para a qual foi efectivamente perspectivada, mas também por vezes, e incorrectamente, como tabela de referência noutros domínios do direito em que a avaliação de incapacidades se pode suscitar, para

colmatar a ausência de regulamentação específica que lhes seja directamente aplicável. Trata-se de situação que urge corrigir pelos erros periciais que implica, que conduz a avaliações destituídas do rigor que as deve caracterizar, e potencialmente geradora de significativas injustiças.

Por isso mesmo opta o presente decreto-lei pela publicação de duas tabelas de avaliação de incapacidades, uma destinada a proteger os trabalhadores no domínio particular da sua actividade como tal, isto é, no âmbito do direito laboral, e outra direccionada para a reparação do dano em direito civil.

Para realizar este duplo objectivo, optar-se-á pela publicação, como anexo I, da revisão e actualização da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais já referida, a qual decorreu nos últimos seis anos, fruto de ininterruptos trabalhos realizados por parte de uma comissão permanente que foi criada pela Portaria n.º 1036/2001, de 23 de Agosto, e que integrou representantes de diversos ministérios, de organismos e serviços públicos, da Associação Portuguesa de Seguros, dos tribunais do trabalho, da Associação Nacional dos Deficientes Sinistrados do Trabalho, da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, das associações patronais e das associações sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, e do Conselho Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Com tal publicação são ajustadas as percentagens de incapacidade aplicáveis em determinadas patologias, como resultado de um trabalho técnico-científico preciso e sério, levado a cabo em obediência não apenas à dinâmica do panorama médico-legal nacional, mas também por recurso ao cotejo com o preconizado em várias tabelas europeias, nomeadamente a francesa.

A pesquisa e o estudo que conduziram à actual revisão jamais perderam de vista os valores da justiça, igualdade, proporcionalidade e boa-fé, nem descuraram também o pressuposto da humanização de um processo de avaliação das incapacidades que sempre deve ter em conta que o dano laboral sofrido atinge a pessoa, para além da sua capacidade de ganho.

A precisão e seriedade do trabalho desenvolvido, assente nos valores e pressupostos referenciados, são, para além do mais, garantidos pela própria composição da comissão permanente criada e pela forma como todos os seus elementos assumiram, nos longos e complexos trabalhos desenvolvidos, a co-autoria do processo de revisão.

Em segundo lugar, como anexo II, o presente decreto-lei introduz na legislação nacional uma Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, que visa a criação de um instrumento adequado de avaliação neste domínio específico do direito, consubstanciado na aplicação de uma tabela médica com valor indicativo, destinada à avaliação e pontuação das incapacidades resultantes de alterações na integridade psico-física.

Esta segunda tabela que ora se institui insere-se numa progressiva autonomização da avaliação do dano corporal em direito civil que vem tendo lugar nas legislações de diversos países, as quais, identificando esses danos, os avaliam e pontuam por recurso a tabelas próprias, a exemplo, aliás, do que acontece com a própria União Europeia, no seio da qual entrou recentemente em vigor uma tabela europeia intitulada «Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique e psychique». Nesta encontram-se vertidas as grandes incapacidades, estabelecem-se as taxas para as sequelas referentes aos diferentes sistemas, aparelhos e órgãos e respectivas funções e avaliam-se as situações não descritas por comparação com as situações clínicas descritas e quantificadas.

Fortemente inspirada nesta tabela europeia, mas também fruto da elevada capacidade científica e técnica do Instituto de Medicina Legal, que a co-redigiu, esta nova Tabela Nacional para o direito civil destina-se a ser utilizada exclusivamente por médicos especialistas em medicina legal ou por especialistas médicos de outras áreas com específica competência na avaliação do dano corporal, ou seja por peritos conhecedores dos princípios da avaliação médico-legal no âmbito do direito civil e das respectivas regras, desde os problemas decorrentes de um eventual estado anterior, à problemática das sequelas múltiplas, constituindo assim um elemento auxiliar que se reputa de grande utilidade prática para a uniformização de critérios e procedimentos.

De acordo com esta nova tabela, a avaliação da incapacidade basear-se-á em observações médicas precisas e especializadas, dotadas do necessário senso clínico e de uma perspectiva global e integrada, fazendo jus à merecida reputação que Portugal tem tido na avaliação do dano corporal.

Com a adopção desta nova tabela visa-se igualmente uma maior precisão jurídica e a salvaguarda da garantia de igualdade dos cidadãos perante a lei, no respeito do princípio de que devem ter avaliação idêntica as sequelas que, sendo idênticas, se repercutem de forma similar nas actividades da vida diária.

Dado que a reparação do dano corporal se traduz em regra na fixação de uma indemnização, em virtude da impossibilidade material da plena restituição ao estado anterior, a instituição desta nova tabela constitui um importante passo com vista à definição normativa e metodológica para avaliação do dano no domínio da responsabilidade civil, visando simplificar e dar maior celeridade à fixação do valor das indemnizações, nomeadamente no âmbito do seguro de responsabilidade civil automóvel.

A propósito de ambas as tabelas, refira-se, ainda, que visando um constante acompanhamento da sua correcta interpretação e aplicação e também a sua periódica revisão e actualização no sentido de nos aproximarmos, gradualmente, de uma tabela cada vez mais abrangente do ponto de vista da avaliação da pessoa segundo os parâmetros da Classificação Internacional da Funcionalidade da responsabilidade da Organização Mundial de Saúde e de acordo com a vontade do governo manifesta no Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade, serão criadas comissões encarregues destas tarefas, à semelhança aliás do que já existia relativamente à Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.

Foi ouvido o Instituto dos Seguros de Portugal, I. P., e solicitada a audição da Ordem dos Médicos.

Assim:

Nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

São aprovadas a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais e a Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, constantes respectivamente dos anexos I e II ao presente decreto-lei e que dele fazem parte integrante.

Artigo 2.º

Âmbito

1 — A incapacidade do sinistrado ou doente no âmbito do direito do trabalho e a incapacidade permanente do lesado no domínio do direito civil são calculadas respectivamente em conformidade com as duas tabelas referidas no artigo anterior, observando-se as instruções gerais e específicas delas constantes.

2 — Na avaliação do sinistrado ou doente é tido em conta o disposto no artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 143/99, de 30 de Abril, no artigo 78.º do Decreto-Lei n.º 248/99, de 2 de Julho, e no artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro.

3 — A incapacidade permanente do lesado para efeitos de reparação civil do dano é calculada por médicos especialistas em medicina legal ou por especialistas noutras áreas com competência específica no âmbito da avaliação médico-legal do dano corporal no domínio do direito civil e das respectivas regras, os quais ficam vinculados à exposição dos motivos justificativos dos desvios em relação às pontuações previstas na Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil.

Artigo 3.º

Comissões

1 — Por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da justiça, no que se refere à Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, e dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e do trabalho,

no que se refere à Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, são constituídas comissões para a interpretação, revisão e actualização das referidas tabelas aprovadas pelo presente decreto-lei.

2 — As portarias referidas no número anterior definem a composição, competências e modo de funcionamento das comissões.

3 — Enquanto não forem constituídas as comissões previstas no presente artigo mantém-se em funcionamento, no âmbito da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, a comissão constituída pela Portaria n.º 1036/2001, de 23 de Agosto, com as competências que lhe são legalmente reconhecidas.

Artigo 4.º

Disposições regulamentares

As portarias referidas no artigo 3.º são aprovadas no prazo de 90 dias após a entrada em vigor do presente decreto-lei.

Artigo 5.º

Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro.

Artigo 6.º

Norma de aplicação no tempo

1 — As tabelas aprovadas pelo presente decreto-lei aplicam-se respectivamente:

- a) Aos acidentes de trabalho ocorridos após a sua entrada em vigor;
- b) Às doenças profissionais diagnosticadas após a sua entrada em vigor, independentemente da data do início do procedimento de avaliação e da data a que os efeitos do diagnóstico se reportam, salvo se ao caso em apreço corresponder legislação mais favorável, na data do início do procedimento;
- c) A todas as peritagens de danos corporais efectuadas após a sua entrada em vigor.

2 — Nas revisões dos processos por doença profissional aplica-se a tabela em vigor à data do diagnóstico.

Artigo 7.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor 90 dias após a data da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 26 de Julho de 2007. — *Fernando Teixeira dos Santos* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *José Manuel Vieira Conde Rodrigues* — *José António Fonseca Vieira da Silva* — *António Fernando Correia de Campos*.

Promulgado em 27 de Setembro de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 1 de Outubro de 2007.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

ANEXO I

Tabela nacional de incapacidades por acidentes de trabalho ou doenças profissionais

Instruções gerais

1 — A presente Tabela Nacional de Incapacidades (TNI) tem por objectivo fornecer as bases de avaliação do dano corporal ou prejuízo funcional sofrido em consequência de acidente de trabalho ou de doença profissional, com redução da capacidade de ganho.

2 — As sequelas (disfunções), independentemente da causa ou lesão inicial de que resultem danos enquadráveis no âmbito do número anterior, são designados na TNI, em notação numérica, inteira ou subdividida em subnúmeros e alíneas, agrupados em capítulos.

3 — A cada dano corporal ou prejuízo funcional corresponde um coeficiente expresso em percentagem, que traduz a proporção da perda da capacidade de trabalho resultante da disfunção, como sequela final da lesão inicial, sendo a disfunção total, designada como incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho, expressa pela unidade.

4 — Os coeficientes ou intervalos de variação correspondem a percentagens de desvalorização, que constituem o elemento de base para o cálculo da incapacidade a atribuir.

5 — Na determinação do valor da incapacidade a atribuir devem ser observadas as seguintes normas, para além e sem prejuízo das que são específicas de cada capítulo ou número:

a) Os coeficientes de incapacidade previstos são bonificados, até ao limite da unidade, com uma multiplicação pelo factor 1.5, segundo a fórmula: $IG + (IG \times 0.5)$, se a vítima não for reconvertível em relação ao posto de trabalho ou tiver 50 anos ou mais quando não tiver beneficiado da aplicação desse factor;

b) A incapacidade é igualmente corrigida, até ao limite da unidade, mediante a multiplicação pelo factor 1.5, quando a lesão implicar alteração visível do aspecto físico (como no caso das dismorfias ou equivalentes) que afecte, de forma relevante, o desempenho do posto de trabalho; não é cumulável com a alínea anterior;

c) Quando a função for substituída, no todo ou em parte, por prótese, ortótese ou outra intervenção conduzida no sentido de diminuir a incapacidade, deve promover-se a revisão da mesma logo que atinja a estabilidade clínica;

d) No caso de lesões múltiplas, o coeficiente global de incapacidade é obtido pela soma dos coeficientes parciais segundo o princípio da capacidade restante, calculando-se o primeiro coeficiente por referência à capacidade do indivíduo anterior ao acidente ou doença profissional e os demais à capacidade restante fazendo-se a dedução sucessiva de coeficiente ou coeficientes já tomados em conta no mesmo cálculo. Sobre a regra prevista nesta alínea prevalece norma especial expressa na presente tabela, propriamente dita;

e) No caso de lesão ou doença anterior aplica-se o n.º 2 do artigo 9.º da Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro;

f) As incapacidades que derivem de disfunções ou sequelas não descritas na Tabela são avaliadas pelo coeficiente relativo a disfunção análoga ou equivalente.

5.A — A atribuição de incapacidade absoluta para o trabalho habitual deve ter em conta:

a) A capacidade funcional residual para outra profissão compatível com esta incapacidade atendendo à idade, qualificações profissionais e escolares e a possibilidade, concretamente avaliada, de integração profissional do sinistrado ou doente;

b) A avaliação é feita por junta pluridisciplinar que integra:

b.1) Um médico do Tribunal, um médico representante do sinistrado e um médico representante da entidade legalmente responsável, no caso de acidente de trabalho (AT);

b.2) Um médico do Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais (CNPRP), serviço do Instituto da Segurança Social, I. P., um médico representante do doente e um especialista em Medicina do Trabalho, no caso de doença profissional (DP);

c) O especialista em Medicina do Trabalho, referido na alínea anterior, pode ser substituído por perito médico de outra especialidade sempre que, as condições concretas de cada caso a isso aconselhem e seja determinado pelo CNPRP.

6 — Quando a extensão e gravidade do défice funcional tender para o valor mínimo do intervalo de variação dos coeficientes, os peritos podem fixar o valor de incapacidade global no sentido do máximo, tendo em atenção os seguintes elementos:

a) Estado geral da vítima (capacidades físicas e mentais). — Considerando os factores de ordem geral determinantes do estado de saúde do indivíduo, devem os peritos médicos avaliar se a evolução do estado geral do sinistrado ou doente foi consideravelmente afectada de forma negativa;

b) Natureza das funções exercidas, aptidão e capacidade profissional. — A avaliação deve considerar a importância deste factor, em relação ao posto de trabalho que exercia, e aplicam-se as alíneas *a)* e *b)* do n.º 5, conforme os casos;

c) Idade (envelhecimento precoce). — O envelhecimento precoce tem uma ponderação igual à da alínea a) deste número.

7 — Sempre que circunstâncias excepcionais o justifiquem, pode ainda o perito afastar-se dos valores dos coeficientes previstos, inclusive nos valores iguais a 0.00 expondo claramente e fundamentando as razões que a tal o conduzem e indicando o sentido e a medida do desvio em relação ao coeficiente em princípio aplicável à situação concreta em avaliação.

8 — O resultado dos exames é expresso em ficha apropriada, devendo os peritos fundamentar todas as suas conclusões.

9 — As incapacidades temporárias parciais correspondentes ao primeiro exame médico são fixadas pelo menos no dobro do coeficiente previsível numa futura situação de incapacidade permanente, sem ultrapassar o coeficiente 1, e são reduzidas, gradualmente, salvo o caso de recaída ou agravamento imprevisto, confirmado por diagnóstico fundamentado até à alta definitiva com estabilização da situação clínica.

10 — Na determinação da incapacidade global a atribuir devem ser ponderadas as efectivas possibilidades de reabilitação profissional do sinistrado, face às suas aptidões e às suas capacidades restantes.

Para tanto, sempre que seja considerado adequado ou conveniente, podem as partes interessadas ou o Tribunal solicitar parecer às entidades competentes nas áreas do emprego e formação profissional, sobre as efectivas possibilidades de reabilitação do sinistrado.

11 — Sempre que necessário para um diagnóstico diferencial seguro, devem ser utilizados os meios técnicos mais actualizados e adequados a uma avaliação rigorosa do défice funcional ou das sequelas com vista à fixação da incapacidade.

12 — Os sintomas que acompanhem défices funcionais, tais como dor e impotência funcional, para serem valorizáveis, devem ser objectivadas pela contractura muscular, pela diminuição da força, pela hipotrofia, pela pesquisa de reflexos e outros meios complementares de diagnóstico adequados.

13 — A fim de permitir o maior rigor na avaliação das incapacidades resultantes de acidente de trabalho e doença profissional, a garantia dos direitos das vítimas e a apreciação jurisdicional, o processo constituído para esse efeito deve conter obrigatoriamente os seguintes elementos:

- a) Inquérito profissional, nomeadamente para efeito de história profissional;
- b) Análise do posto de trabalho, com caracterização dos riscos profissionais e sua quantificação, sempre que tecnicamente possível (para concretizar e quantificar o agente causal de AT ou DP);
- c) História clínica, com referência obrigatória aos antecedentes médico-cirúrgicos relevantes;
- d) Exames complementares de diagnóstico apropriados.

14 — Deve ser avaliada a correlação do défice funcional com o agente causal, nomeadamente em matéria de doenças profissionais, para efeitos do disposto nos n.ºs 1 e 2 do artigo 27.º da Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro.

CAPÍTULO I

Aparelho locomotor

Instruções específicas. — O esqueleto serve de suporte de outras estruturas, órgãos, sistemas ou tecidos, sendo também influenciado por estes, como sucede, por exemplo na hipomobilidade resultante de dismorfias, internas ou externas, com prejuízos funcionais ou estéticos que condicionam a avaliação da capacidade de ganho do homem.

Neste sentido, reveste-se de especial importância a valorização da função, relativamente a um eventual compromisso morfológico.

A perda ou limitação da função da mobilidade osteoarticular que ocorre, por exemplo, no caso das hipotonias ou das degenerescências miopáticas, não envolve, pelo menos de início, a afectação dos segmentos ósseos ou das superfícies articulares.

Daí reconhecer-se o primado do prejuízo funcional relativamente ao compromisso anatómico.

Os diversos coeficientes de incapacidade atribuídos são, sucessivamente, adicionados de acordo com o princípio da capacidade restante tendo, todavia presente que, a incapacidade segmentar de um membro nunca pode ser equiparável à perda total do mesmo.

O estudo da mobilidade e da patologia osteoarticular possui semiologia específica cuja avaliação exige, como requisitos mínimos, um local para execução do exame pericial que permita a observação do sinistrado de pé, em decúbito e durante a marcha.

Como auxiliares da observação pericial, o médico deve dispor, no mínimo, para além de um catre de observação, negatoscópio, fita métrica, régua, goniómetro e dinamómetro.

Na avaliação dos coeficientes de incapacidade a atribuir nunca deve ser esquecido o estudo da potência muscular, universalmente classificada em seis grupos:

- 0) Não se verifica qualquer contracção muscular;
- 1) Verifica-se contracção muscular mas esta não anula a acção da gravidade;
- 2) Verifica-se contracção muscular que anula mas não ultrapassa a força da gravidade (sem movimento possível);
- 3) A força da contracção muscular já consegue vencer a força da gravidade;
- 4) A força da contracção muscular já consegue vencer a resistência do médico;
- 5) Verifica-se força muscular normal.

Aos coeficientes de incapacidade resultante das sequelas osteoarticulares e ligamentares, são adicionados, quando for caso disso, os coeficientes de incapacidade de índole neurológica ou outra, sempre de acordo com o princípio da capacidade restante.

As próteses externas, consoante o seu grau de aperfeiçoamento, pode conduzir a uma diminuição da incapacidade prevista na Tabela, que deve ser quantificada logo que seja atingida a estabilidade clínica [v. instruções gerais, n.º 5, alínea b)].

1 — Coluna vertebral

1.1 — Entorses, fracturas e luxações:

1.1.1 — Traumatismos raquidianos sem fractura, ou com fracturas consolidadas sem deformação ou com deformação insignificante:

- | | |
|---|-----------|
| a) Assintomática | 0,00 |
| b) Apenas com raquialgia residual | 0,02-0,10 |
| c) Com rigidez por espasmo muscular ou resultante de fixação cirúrgica, de acordo com o número de corpos vertebrais envolvidos e conforme objectivação da dor | 0,05-0,15 |

1.1.2 — Fractura de um ou mais corpos vertebrais, consolidada com deformação acentuada:

- | | |
|--|-----------|
| a) Deformação do eixo raquidiano, apenas com expressão imagiológica | 0,05-0,10 |
| b) Deformação do eixo raquidiano, detectável no exame clínico e imagiológico | 0,11-0,20 |
| c) Idem, com colapso grave de um ou mais corpos vertebrais | 0,21-0,40 |

1.1.3 — Fracturas dos istmos ou pedículos vertebrais (a graduar conforme as sequelas, de acordo com on.º 1.1.1).

1.1.4 — Fracturas apofisárias (espinhosas ou transversais):

- | | |
|---|-----------|
| a) Assintomáticas | 0,00 |
| b) Consolidadas ou não, com raquialgia residual (de acordo com a objectivação da dor) . | 0,02-0,10 |

1.1.5 — Subluxações e luxações:

- | | |
|--|-----------|
| a) Subluxação cervical (a graduar conforme as sequelas, de acordo com os números anteriores) | |
| b) Luxação cervical | 0,10-0,30 |
| c) Luxações dorsais ou lombares (a graduar conforme as sequelas, de acordo com os números anteriores). | |
| d) Idem, com fracturas (a graduar conforme as sequelas de acordo com o n.º 1.2). | |

1.1.6 — Sacro e cóccix (v. os n.ºs 9.2.1 e 9.2.2).

1.2 — Mobilidade da coluna (imobilidade e limitação da mobilidade):

1.2.1 — Imobilidade (anquilose) da coluna cervical. É definida pelo ângulo em que se fixam os seus elementos constituintes nos diversos movimentos que eram possíveis antes da lesão:

1.2.1.1 — Graus de imobilidade no plano sagital (ângulo em que se fixam os elementos).

O total da excursão entre flexão máxima e a extensão máxima é de 60°, sendo 30° para a flexão e 30° para a extensão:

- | | |
|--|-----------|
| Grau I — Ligeiro (a imobilidade verifica-se entre 0° e 10°, na flexão ou na extensão) .. | 0,10-0,12 |
| Grau II — Moderado (a imobilidade verifica-se entre 11° e 20°, na flexão ou na extensão) | 0,13-0,15 |
| Grau III — Grave (a imobilidade verifica-se entre 21° e 30°, na flexão ou na extensão) ... | 0,16-0,20 |

1.2.1.2 — Graus de imobilidade no plano frontal ou inclinação lateral (ângulo em que se fixam os elementos). Da posição neutra até à inclinação lateral máxima decorrem 40° para cada lado:

Grau I — Ligeiro (a imobilidade verifica-se entre 0° e 9°):

- | | |
|------------------------------------|-----------|
| a) Imobilidade a 0° | 0,10 |
| b) Imobilidade entre 1° e 9° | 0,11-0,12 |

Grau II — Moderado (a imobilidade verifica-se entre os 10° e 19°):	
a) Imobilidade a 10°	0,13
b) Imobilidade entre 11 e 19°	0,14-0,15
Grau III — Grave (a imobilidade verifica-se entre os 20° e 40°):	
a) Imobilidade a 20°	0,16
b) Imobilidade entre 21° e 30°	0,17-0,18
c) Imobilidade entre 31° e 40°	0,19-0,20
1.2.1.3 — Graus de imobilidade na rotação lateral (ângulo em que se fixam os elementos). O conjunto da excursão máxima — rotação à direita e à esquerda — é de 60°, sendo 30° para cada lado:	
Grau I — Ligeiro (a imobilidade verifica-se entre os 0° e 9°):	
a) Imobilidade a 0°	0,10
b) Imobilidade entre 1° e 9°	0,11-0,12
Grau II — Moderado (a imobilidade verifica-se entre os 10° e 19°):	
a) Imobilidade a 10°	0,13
b) Imobilidade entre 11° e 19°	0,14-0,15
Grau III — Grave (a imobilidade verifica-se entre os 20° e 30°):	
a) Imobilidade a 20°	0,16
b) Imobilidade entre 21° e 30°	0,17-0,20
1.2.2 — Limitação da mobilidade (rigidez) da mobilidade da coluna cervical:	
1.2.2.1 — No plano sagital, ou seja, na flexão (zona onde a mobilidade é possível):	
a) Permite mobilidade até aos 30°	0,00
b) Só permite mobilidade até aos 20°	0,03-0,05
c) Só permite mobilidade até aos 10°	0,06-0,10
1.2.2.2 — No plano sagital, ou seja, na extensão (zona onde a mobilidade é possível):	
a) Permite mobilidade até aos 30°	0,00
b) Só permite mobilidade até aos 15°	0,03-0,05
1.2.2.3 — No plano frontal ou seja na inclinação lateral (zona onde a mobilidade é possível):	
a) Permite mobilidade até aos 40°	0,00
b) Só permite mobilidade até aos 30°	0,01-0,02
c) Só permite mobilidade até aos 20°	0,03-0,04
d) Só permite mobilidade até aos 10°	0,05-0,08
1.2.2.4 — No plano transversal ou seja nas rotações (esquerda ou direita — zona onde a mobilidade é possível):	
a) Permite mobilidade até aos 30°	0,00
b) Só permite mobilidade até aos 20°	0,01-0,02
c) Só permite mobilidade até aos 10°	0,03-0,10
1.2.3 — Imobilidade (anquilose) da coluna dorso-lombar. É definida pelo ângulo em que se fixam os seus elementos constituintes nos diversos movimentos que eram possíveis antes da lesão:	
1.2.3.1 — No plano sagital, ou seja, na flexão-extensão (a excursão máxima descreve, no seu conjunto, 120°, efectuando-se a flexão máxima até 90° e a extensão máxima até 30°):	
Grau I — Ligeiro (a imobilidade é definida pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 0° e 10°):	
a) Bloqueio na flexão ou na extensão a 0°	0,10-0,12
b) Bloqueio na flexão entre 1° e 10°	0,13-0,14
c) Bloqueio na extensão entre 1° e 10°	0,15-0,18
Grau II — Moderado (a imobilidade é definida pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 10° e 30°):	
d) Bloqueio na flexão a 10°	0,19
e) Bloqueio na extensão a 10°	0,20
f) Bloqueio na flexão entre 11° e 20°	0,18-0,19
g) Bloqueio na extensão entre 11° e 20°	0,19-0,24
h) Bloqueio na flexão entre 21° e 30°	0,17-0,18
i) Bloqueio na extensão entre 21° e 30°	0,25-0,30

Grau III — Grave (a imobilidade é definida pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 30° e 90°):	
<i>j</i>) Bloqueio na flexão entre 31° e 40°	0,19-0,20
<i>l</i>) Bloqueio na flexão entre 41° e 50°	0,21-0,22
<i>m</i>) Bloqueio na flexão entre 51° e 60°	0,23-0,24
<i>n</i>) Bloqueio na flexão entre 61° e 70°	0,25-0,26
<i>o</i>) Bloqueio na flexão entre 71° e 80°	0,27-0,28
<i>p</i>) Bloqueio na flexão entre 81° e 90°	0,29-0,30
1.2.3.2 — No plano frontal ou seja na inclinação lateral (o conjunto da inclinação máxima é de 40°, sendo 20° para a direita e 20° para a esquerda):	
Grau I — Ligeira (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 0° e 10°):	
Imobilidade até 10°	0,15-0,22
Grau II — Moderada (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 11° e 19°):	
Imobilidade de 11° a 19°	0,23-0,29
Grau III — Grave (a imobilidade define-se pela fixação aos 20° de inclinação para a esquerda ou para a direita):	
Imobilidade a 20°	0,30
1.2.3.3 — No plano transversal, ou seja, nas rotações (o conjunto da excursão para a direita ou para a esquerda é de 60° para os dois lados, sendo 30° para cada um deles):	
Grau I — Ligeira (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 0° e 10°):	
Imobilidade até 10°	0,15-0,19
Grau II — Moderada (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 11° e 20°):	
Imobilidade de 11° a 20°	0,20-0,24
Grau III — Grave (a imobilidade define-se pelo ângulo formado pelos elementos fixados e varia entre 21° e 30°):	
Imobilidade de 21° a 30°	0,25-0,30
1.2.4 — Limitação (rigidez) da mobilidade da coluna dorso-lombar (não se verifica fixação dos elementos constituintes, mas apenas resistência à mobilidade osteoarticular):	
1.2.4.1 — No plano sagital, na flexão (a excursão máxima varia entre 0° e 90°):	
Grau I — Ligeira:	
<i>a</i>) Permite mobilidade até aos 90°	0,00
<i>b</i>) Permite mobilidade até aos 80° (resistência nos últimos 10°)	0,01
Grau II — Moderada:	
<i>c</i>) Permite mobilidade até aos 70° (resistência nos últimos 20°)	0,02
<i>d</i>) Permite mobilidade até aos 60° (resistência nos últimos 30°)	0,03
<i>e</i>) Permite mobilidade até aos 50° (resistência nos últimos 40°)	0,04
Grau III — Grave:	
<i>f</i>) Permite mobilidade até aos 40° (resistência nos últimos 50°)	0,05
<i>g</i>) Permite mobilidade até aos 30° (resistência nos últimos 60°)	0,06
<i>h</i>) Permite mobilidade até aos 20° (resistência nos últimos 70°)	0,07
<i>i</i>) Permite mobilidade até aos 10° (resistência nos últimos 80°)	0,08
<i>j</i>) Quase ausência de mobilidade	0,12
1.2.4.2 — No plano sagital, na extensão (a excursão máxima varia entre 0° e 30°):	
Grau I — Ligeiro — permite mobilidade até aos 30°	0,00
Grau II — Moderado — permite mobilidade até aos 20° (resistência nos últimos 10°)	0,01
Grau III — Grave — (só permite mobilidade entre os 0° e os 10°):	
<i>a</i>) Permite mobilidade até aos 10° (resistência nos últimos 20°)	0,02-0,08
<i>b</i>) Quase não permite mobilidade	0,12
1.2.4.3 — No plano frontal ou inclinação lateral (excursão máxima de 20° para cada lado):	
Grau I — Ligeiro — permite mobilidade entre os 0° e os 20° (resistência entre 20° e 30°)	0,02-0,04

Grau II — Moderado — permite mobilidade entre 0° e 10° (resistência nos últimos 20°)	0,05-0,08
Grau III — Grave — quase imóvel	0,09-0,12
1.2.4.4 — No plano transversal ou nas rotações (normal = 30°):	
Grau I — Ligeiro (resistência entre 20° e 30°):	
a) Mobilidade possível até aos 30° (mobilidade possível mas com alguma resistência)	0,00
b) Mobilidade possível até aos 10° (limitação da mobilidade entre 20° e 30°)	0,01-0,02
Grau II — Moderado (resistência entre 0° e 20°)	
a) Mobilidade possível até aos 20°	0,02
b) Limitação da mobilidade entre os 10° e os 20°	0,03-0,04
Grau III — Grave (resistência entre os 0° e os 10°):	
a) A resistência à mobilidade situa-se entre os 2° e os 10° (imóvel para além dos 10°)	0,05-0,08
b) Quase imóvel	0,12

Nota. — A avaliação da coluna lombo-sagrada está incluída no conjunto dorso-lombar.

2 — Tórax

Instruções específicas — Nos traumatismos da caixa torácica os elementos determinantes da incapacidade são:
 Algias que dificultem a excursão torácica ou impeçam os esforços;
 Deformações da parede anterior com repercussões no mediastino;
 Alterações da função respiratória;
 Eventuais alterações cardiovasculares (funcionais ou orgânicas).

Aos coeficientes de desvalorização referentes às sequelas das lesões da parede torácica são adicionados os resultados das eventuais sequelas respiratórias e cardiovasculares, segundo o princípio da capacidade restante.

As sequelas que não sejam da caixa torácica são valorizadas nos Capítulos VII — Pneumologia e Capítulo VI — Angiocardiologia.

2.1 — Partes moles (com alteração da excursão respiratória):

- | | |
|---|-----------|
| a) Rotura, desinserção ou hipotrofia do grande ou pequeno peitoral (acrescentar a incapacidade resultante de alteração da função respiratória, se for caso disso) | 0,02-0,08 |
| b) Rotura ou instabilidade dos músculos intercostais (acrescentar a incapacidade resultante de alteração da função respiratória, se for caso disso) | 0,00-0,03 |

2.2 — Fracturas do esterno:

- | | |
|---|-----------|
| a) Consolidada sem deformação | 0,00 |
| b) Consolidada com deformação acentuada e francamente dolorosa | 0,03-0,10 |
| c) Consolidada com alteração da função respiratória ou cardíaca [v. Capítulo VI — Angiocardiologia e Capítulo VII — Pneumologia para quantificação da insuficiência cardíaca ou pulmonar, que é adicionada, segundo o princípio da capacidade restante, aos valores da alínea b)] | |

2.3 — Fractura de uma ou mais costelas:

- | | |
|--|------------|
| a) Consolidada sem ou com ligeira deformação | 0,00-0,01 |
| b) Pseudartrose de uma ou mais costelas (a graduar de acordo com a dor residual) | 0,02-0,10 |
| c) Grave deformação ou instabilidade da parede torácica (para as sequelas da função respiratória, v. Capítulo VII — Pneumologia, a adicionar de acordo com o princípio da capacidade restante) | 0,05-0,15. |

Nota. — Independentemente do número de costelas fracturadas, interessa, para a desvalorização, a alteração funcional residual.

2.4 — Luxações condroesternais ou costovertebrais (a graduar conforme as sequelas, de acordo com o n.º 2.3).

3 — Cintura escapular

	Activo	Passivo
3.1 — Partes moles:		
a) Hipotrofia do músculo deltóide	0,00-0,12	0,00-0,10
b) Paralisia do músculo deltóide por lesão do nervo circunflexo (v. Capítulo III — Neurologia e Neurocirurgia, n.º 6.1.4)	0,20-0,25	0,15-0,20

3.2 — Lesões osteoarticulares:

3.2.1 — Fractura da clavícula:

	Activo	Passivo
a) Consolidada com ligeira deformação	0,00	0,00
b) Consolidada com deformação notória, mas sem alterações neuro-vasculares	0,02-0,04	0,01-0,03
c) Idem, com prejuízo estético [à incapacidade definida no n.º 3.2.1, alínea b), é adicionada a que resultar do prejuízo estético associado — v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 4].		
d) Idem, com alteração vascular [adicionar à incapacidade definida no n.º 3.2.1, alínea b), o compromisso vascular associado — v. n.º 2.1 de Capítulo VI — Angiocardiologia, lesões vasculares].		
e) Idem, com alteração neurológica a [adicionar à incapacidade definida no n.º 3.2.1, alínea b), o compromisso neurológico associado — v. Capítulo III — Neurologia, n.º 6.1].		
f) Pseudartrose, sem solução cirúrgica	0,04-0,08	0,03-0,06
g) Idem, quando o exercício da actividade profissional exija esforços violentos com os membros superiores, pode aplicar-se o factor de bonificação 1,5 aos valores da alínea anterior.		

3.2.2 — Luxação da clavícula:

a) Interna (esterno-clavicular)	0,00-0,06	0,00-0,05
b) Externa (acrómio-clavicular)	0,00-0,06	0,00-0,04

Nota. — A desvalorização máxima deve ser atribuída só quando coexistir prejuízo estético e dificuldade no exercício da actividade profissional.

	Activo	Passivo
3.2.3 — Artrose pós-traumática acrómio-clavicular (a graduar segundo a objectivação da dor, défice funcional e a exigência do exercício da actividade profissional	0,03-0,07	0,02-0,05
3.2.4 — Remoção cirúrgica da extremidade externa da clavícula	0,02-0,04	0,01-0,03
3.2.5 — Fracturas da omoplata. — A incapacidade é calculada, segundo o princípio da capacidade restante de acordo com a limitação da mobilidade do ombro (v. n.º 3.2.7.3).		

3.2.6 — Luxação recidivante do ombro (articulação escápulo-umeral):

- a) A incapacidade é graduada de acordo com a frequência da recidiva, o esforço do membro superior que a determina e o compromisso acessório da mobilidade osteoarticular (v. n.º 3.2.7.2);
- b) Idem, operado com êxito (a incapacidade será graduada de acordo com a mobilidade do ombro — v. n.º 3.2.7.2);
- c) Artroplastia total do ombro (a graduar de acordo com as sequelas);

3.2.7 — Mobilidade do ombro — Imobilidade (anquilose) e limitação da mobilidade (rigidez):

3.2.7.1 — Imobilidade (anquilose):

	Activo	Passivo
a) Em boa posição (permite levar a mão à boca)	0,25-0,30	0,20-0,25
b) Em má posição (não permite ou permite com muita dificuldade levar a mão à boca)	0,35-0,45	0,30-0,40

3.2.7.2 — Limitação da mobilidade do ombro (rigidez) — Participam na mobilidade osteoarticular do ombro, para além da articulação escápulo-umeral, as articulações escápulo-torácica e acessoriamente as articulações acrómio-clavicular e esterno-clavicular.

A amplitude dos movimentos mede-se, com goniómetro, a partir da posição de repouso do membro superior, pendendo ao longo do corpo (0°), com o cotovelo em extensão e com a face palmar das mãos para diante — posição de supinação vertical — e, se o ombro contra-lateral estiver normal, deve ser utilizado para comparação, como regra usual para todas as articulações bilaterais.

A mobilidade do ombro é muito variada e extensa consubstanciando-se em seis movimentos fundamentais combinados: flexão-extensão (ante e retropulsão), que se realiza no plano sagital; abdução-adução, que se realiza no plano coronal, ou seja, no sentido do afastamento ou da aproximação do corpo; rotação interna e externa, que se realizam à volta do eixo longitudinal do úmero. Os limites da amplitude normal para os vários movimentos do ombro são:

No plano sagital:

- Flexão (antepulsão) de 0° a 180°;
- Extensão (retropulsão) de 0° a 60°;

No plano coronal:

- Adução de 0° a 45°;
- Abdução de 0° a 180°;

No plano horizontal:

- Rotação interna de 0° a 80°;
- Rotação externa de 0° a 90°.

A incapacidade é atribuída conforme a zona de variação da mobilidade do ombro (ângulo máximo de mobilidade ou extremos do ângulo de movimentação) com bloqueio total na restante excursão normal.

3.2.7.2.1 — No plano sagital:

3.2.7.2.1.1 — Na flexão:

	Activo	Passivo
a) De 0° a 30°	0,08	0,06
b) De 0° a 60°	0,06	0,04
c) De 0° a 90°	0,03	0,02
d) Igual ou superior a 135°	0,00	0,00

3.2.7.2.1.2 — Na extensão (retropulsão):

a) De 0° a 30°	0,05	0,03
b) De 0° a 50°	0,04	0,02
c) Mais de 50°	0,00	0,00

3.2.7.2.2 — No plano coronal:

3.2.7.2.2.1 — Adução:

a) De 0° a 30°	0,05	0,04
b) De 0° a 60°	0,04	0,03
c) Mais de 60°	0,00	0,00

3.2.7.2.2.2 — Abdução:

a) De 0° a 30°	0,15	0,12
b) De 0° a 60°	0,10	0,08
c) De 0° a 90°	0,07	0,06
d) De 0° a 135°	0,04	0,02
e) Mais de 135°	0,00	0,00

3.2.7.2.3 — Rotações — os limites das rotações são:

- Rotação interna — de 0° a 80°;
- Rotação externa — de 0° a 90°.

3.2.7.2.3.1 — Rotação interna:

a) De 0° a 25°	0,06	0,05
b) De 0° a 50°	0,04	0,03
c) De 0° a 80°	0,00	0,00

3.2.7.2.3.2 — Rotação externa:

a) De 0° a 30°	0,06	0,05
b) De 0° a 60°	0,04	0,03
c) De 0° a 90°	0,00	0,00

3.2.7.3 — Limitação conjugada da mobilidade (conjunto das articulações do ombro e cotovelo). — Admitem-se três graus:

a) Grau I — Permite levar a mão à nuca, ao ombro oposto e à região lombar ...	0,00-0,05	0,00-0,03
b) Grau II — A elevação do braço forma com o tronco um ângulo de 90°, com limitação das rotações interna e externa, impedindo levar a mão à nuca, ao ombro oposto e à região lombar	0,06-0,10	0,04-0,08
c) Grau III — A elevação do braço forma com o tronco um ângulo inferior a 90° e a flexão-extensão do cotovelo um ângulo entre 60° a 100° (ângulo favorável)	0,11-0,15	0,09-0,12

3.3 — Perda de segmentos (amputações):		
3.3.1 — Desarticulação inter-escápulo-torácica	0,70	0,65
3.3.2 — Desarticulação escápulo-umeral	0,65	0,60
3.3.3 — Ressecção da cabeça do úmero sem endoprótese	0,50	0,45
3.3.4 — Idem, com prótese (a graduar de acordo com as sequelas funcionais).		

4 — Braço

4.1 — Partes moles. — A graduar conforme exigências posto de trabalho. Quando o exercício da actividade profissional for exigente na integridade da força das massas musculares, a incapacidade será corrigida pelo factor de bonificação 1,5.

	Activo	Passivo
4.1.1 — Hipotrofia das massas musculares superior a 2 cm (a graduar conforme os músculos interessadas)	0,05-0,10	0,04-0,08
4.1.2 — Rotura do músculo bicípete:		
a) Sequelas ligeiras (pequena deformação durante a contracção muscular) .	0,00-0,04	0,00-0,03
b) Rotura completa da longa porção, não passível de reparação cirúrgica	0,05-0,12	0,04-0,10
c) Rotura completa da inserção inferior, não passível de reparação cirúrgica	0,15-0,20	0,12-0,18
4.2 — Esqueleto:		
4.2.1 — Fractura da diáfise umeral, consolidada em posição viciosa:		
a) Sem evidente deformação ou perturbação funcional	0,00	0,00
b) Com deformação notória e perturbação funcional ligeira	0,02-0,05	0,01-0,04
c) Idem, com encurtamento (a graduar de acordo com o n.º 4.2.2).		
4.2.2 — Dismetria por encurtamento do braço		
a) Inferior a 2 cm	0,00	0,00
b) De 2 a 4 cm	0,03-0,08	0,02-0,05
c) Superior a 4 cm	0,09-0,15	0,06-0,12
4.2.3 — Pseudartrose do úmero (não passível de reparação cirúrgica):		
a) Com diástase estreita e densa	0,20-0,30	0,15-0,20
b) Com diástase larga e laxa	0,35-0,45	0,25-0,35
4.3 — Perda de segmentos (amputações):		
a) Pelo colo cirúrgico ou terço superior do úmero	0,60	0,55
b) Pelo terço médio ou inferior do úmero	0,50	0,45
c) Prótese externa eficaz [v. «Instruções específicas» e gerais, n.º 5, alínea c)].		

5 — Cotovelo

Instruções específicas. — No cotovelo, a flexão-extensão é o principal movimento, havendo também a participação desta articulação nos movimentos de torção do antebraço — os chamados movimentos de pronação e de supinação.

A limitação destes últimos movimentos — de prono-supinação — pode também estar ligada à limitação da mobilidade do antebraço e ou do punho, estando a descrição destas limitações considerada nos capítulos referentes ao antebraço e ao punho.

A medição da amplitude osteoarticular do cotovelo faz-se, com goniómetro, com o sinistrado de pé (quando possível) e em posição de supinação vertical ou, não sendo possível, com os membros superiores pendentes ao longo do corpo (0°) e com as palmas das mãos para diante.

A excursão do movimento de flexão do cotovelo decorre entre os 0° e os 145° (flexão completa do antebraço sobre o braço). Neste movimento, a amplitude de mobilidade mais favorável decorre entre os 60° e os 100° por ser a variação que permite melhor vida de relação ao sinistrado.

5.1 — Partes moles:

5.1.1 — Cicatrizes que limitam a extensão e permitem a flexão completa (v. n.º 5.2.2 e Capítulo II — Dismorfias).

5.1.2 — Epicondilite e epitrocleeite:

	Activo	Passivo
A valorizar em conformidade com a perturbação funcional e a objectivação da dor	0,00-0,08	0,00-0,05

	Activo	Passivo
5.2 — Esqueleto (lesões ósseas e articulares):		
5.2.1 — Desvio do cotovelo em varo ou valgo: A valorizar em conformidade com o desvio formado entre antebraço e braço ..	0,01-0,04	0,01-0,03
5.2.2 — Limitações da mobilidade (rigidez) na flexão-extensão:		
<i>a)</i> Mobilidade mantida entre 0° e 70°	0,20-0,25	0,15-0,20
<i>b)</i> Idem, entre 0° e 90°	0,20-0,25	0,15-0,20
<i>c)</i> Idem, entre 0° e 110°	0,05-0,10	0,03-0,08
<i>d)</i> Idem, entre 60° e 100° (ângulo favorável)	0,10-0,15	0,07-0,10
<i>e)</i> Mobilidade mantida entre os 5° e os 145° (flexão completa), ou seja, não faz a extensão nos últimos 5°	0,00	0,00
<i>f)</i> Idem, entre 5° e 45° até à flexão completa, isto é, a extensão tem o seu limite entre 45° e 5°	0,00-0,10	0,00-0,07
<i>g)</i> Idem, de 70° até aos 145°, ou seja, não faz a extensão para além dos 70° ..	0,11-0,15	0,08-0,10
<i>h)</i> Idem, de 90° até aos 145°, ou seja, não faz a extensão para além dos 90° ..	0,20-0,25	0,15-0,20
5.2.3 — Anquilose do cotovelo (úmero-cubital):		
5.2.3.1 — Imobilidade na flexão, conservando os movimentos de pronosupinação:		
<i>a)</i> Imobilidade entre 60° e 100° (posição favorável)	0,20-0,25	0,15-0,20
<i>b)</i> Imobilidade noutros ângulos (má posição)	0,25-0,35	0,20-0,30
5.2.3.2 — Anquilose do cotovelo (na flexão e extensão) e limitação da pronosupinação. À incapacidade prevista non.º 5.2.3.1 adicionam-se as incapacidades referentes à pronação-supinação do antebraço (v. «Antebraço» e «Punho», números 6.2.1, 7.2.2.3 e 7.2.2.4).		
5.2.4 — Perda óssea não passível de correcção cirúrgica com endoprótese (a graduar conforme a extensão das perdas ósseas resultantes de traumatismo ou de intervenção cirúrgica)	0,35-0,45	0,25-0,35
5.2.5 — Ressecção da cabeça do rádio (v. n.º 6.2.7).		
5.2.6 — Desarticulação do cotovelo:		
5.2.7 — Prótese total (endoprótese) do cotovelo:	0,60	0,55
<i>a)</i> Funcionamento eficaz	0,15-0,25	0,10-0,20
<i>b)</i> Funcionamento pouco eficaz (adicionar à desvalorização anterior o grau de mobição anterior o grau de mobilidade conforme o n.º 5.2.2).		
<i>c)</i> Rejeição de endoprótese/s (v. n.º 5.2.4).		

6 — Antebraço

6.1 — Partes moles:		
6.1.1 — Hipotrofia dos músculos do antebraço (superior a 2 cm)	0,02-0,15	0,01-0,12
6.1.2 — Retracção isquémica dos músculos do antebraço (Volkman) (a desvalorização a atribuir é a que resultar da mobilidade do punho e da mão — v. «Mão», n.º 8.1.4).		
6.2 — Esqueleto:		
6.2.1 — Fractura consolidada em posição viciosa de um ou dos dois ossos do antebraço (a incapacidade a atribuir é definida pela pronação-supinação da mão — v. «Punho», n.ºs 7.2.2.3 e 7.2.2.4).		
6.2.2 — Limitação dos movimentos de pronosupinação do antebraço — v. n.º 7.2.2.3 e 7.2.2.4).		
6.2.3 — Imobilidade do antebraço (perda dos movimentos de pronosupinação, com a mão imobilizada):	Activo	Passivo
<i>a)</i> Em pronação	0,20-0,22	0,15-0,17
<i>b)</i> Em supinação	0,30-0,32	0,20-0,22
<i>c)</i> Em posição intermédia	0,10-0,15	0,08-0,10
6.2.4 — Pseudartrose do rádio (não passível de correcção cirúrgica):		
<i>a)</i> Com diastase estreita e densa	0,08-0,10	0,06-0,08
<i>b)</i> Com diastase larga e laxa	0,11-0,25	0,09-0,20

	Activo	Passivo
6.2.5 — Pseudartrose do cúbito (não passível de correcção cirúrgica):		
a) Com diastase estreita e densa	0,04-0,06	0,03-0,05
b) Com diastase larga e laxa	0,07-0,20	0,06-0,15
6.2.6 — Pseudartrose de dois ossos (não passível de correcção cirúrgica):		
a) Com diastase estreita e densa	0,15-0,20	0,10-0,15
b) Com diastase larga e laxa	0,21-0,30	0,16-0,25
6.2.7 — Ressecção da cabeça do rádio:		
a) Com mobilidade normal do cotovelo	0,01-0,03	0,01-0,02
b) Com limitação da flexão-extensão ou da pronosupinação do antebraço (a desvalorização a atribuir é definida pelo n.º 5.2.2) e compromisso da mobilidade do punho (v. números 7.2.2.1 e 7.2.2.2).		
6.2.8 — Ressecção da extremidade inferior do cúbito	0,04-0,06	0,03-0,05
6.2.9 — Dismetria por encurtamento do antebraço:		
a) Inferior a 2 cm	0,00	0,00
b) De 2 a 4 cm	0,03-0,08	0,02-0,05
c) Superior a 4 cm	0,09-0,15	0,06-0,12
6.2.10 — Perda de segmentos (amputações)	0,60	0,55
6.2.11 — Prótese:		
a) Cosmética (a graduar pelo n.º 6.2.10);		
b) Funcionalmente eficaz (a graduar de acordo com a operacionalidade da prótese — v. «Instruções específicas» e gerais).		

7 — Punho

Instruções específicas. — A medição da amplitude dos movimentos de flexão e extensão do punho efectua-se a partir da posição anatómica de repouso (posição neutra) de 0°. A extensão atinge, em média os 70° e a flexão, os 80°.

A medição da amplitude dos movimentos de pronação e supinação (que se efectuam à custa das articulações rádio-cubital superior e rádio-cubital inferior), obtém-se a partir da posição neutra de 0° (o examinando de pé, braço pendente, cotovelo flectido a 90° e mão no prolongamento do antebraço com o polegar para cima).

A amplitude máxima em cada um destes movimentos atinge, em média, os 90°.

7.1 — Partes moles:

7.1.1 — Cicatrizes viciosas. — Se causarem incapacidade, as cicatrizes são desvalorizadas de acordo com o grau de mobilidade articular (n.º 7.2.2). Se a cicatriz for disforme e originar prejuízo estético, a incapacidade é corrigida pelo factor de bonificação 1,5 (v. Capítulo II — Dismorfias).

	Activo	Passivo
7.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):		
7.2.1 — Pseudartrose da apófise estilóide do cúbito (não confundir com sesamóide):		
a) Assintomática	0,00	0,00
b) Francamente dolorosa à mobilização	0,02-0,04	0,01-0,03
7.2.2 — Limitação da mobilidade (rigidez) do punho:		
7.2.2.1 — Extensão (dorsiflexão):		
a) Mobilidade entre 35° e 70°	0,01-0,03	0,01-0,02
b) Mobilidade inferior a 35°	0,04-0,06	0,03-0,04
7.2.2.2 — Flexão (flexão palmar):		
a) Mobilidade entre 45° e 80°	0,00-0,02	0,00-0,01
b) Mobilidade inferior a 45°	0,03-0,04	0,02-0,03
7.2.2.3 — Pronação:		
a) Mobilidade entre 45° e 90°	0,00-0,04	0,00-0,03
b) Mobilidade inferior a 45°	0,05-0,08	0,04-0,06
7.2.2.4 — Supinação:		
a) Mobilidade entre 45° e 90°	0,00-0,03	0,00-0,02
b) Mobilidade inferior a 45°	0,04-0,06	0,03-0,05

	Activo	Passivo
7.2.2.5 — Limitação axial da mobilidade do punho:		
a) Lateralidade radial possível entre 0° e 10°	0,03-0,06	0,02-0,04
b) Idem, entre 11° e 20°	0,01-0,03	0,01-0,02
c) Lateralidade cubital possível entre 0° e 20°	0,03-0,06	0,02-0,04
d) Desvio cubital de 21° a 45°	0,01-0,03	0,01-0,02
7.2.2.6 — Limitação da mobilidade osteoarticular por artrose com impotência funcional (v. números 7.2.2.1 e seguintes). Conforme a objectivação da dor, a incapacidade a atribuir é corrigida pelo factor de bonificação 1,5.		
7.2.3 — Anquilose do punho:		
7.2.3.1 — Anquilose rádio-cárpica, com pronosupinação livre:		
a) Em flexão	0,15-0,20	0,10-0,15
b) Em extensão ou posição intermédia	0,08-0,14	0,05-0,08
7.2.3.2 — Anquilose rádio-cárpica, com pronosupinação limitada. Aos coeficientes de incapacidade previstos no n.º 7.2.3.1 adicionam-se as constantes nos n.ºs 7.2.2.3 e 7.2.2.4, de acordo com o princípio da capacidade restante.		
7.2.3.3 — Ressecções ósseas do carpo:		
a) Da primeira fila dos ossos do carpo	0,35	0,30
b) Do escafoide (parcial ou total)	0,12-0,16	0,10-0,14
c) Do semilunar (ainda que substituído por prótese)	0,10-0,15	0,08-0,10
7.2.3.4 — Artrose pós-traumática (a incapacidade é graduada de acordo com a limitação da mobilidade do punho (n.º 7.2.2) e conforme a objectivação da dor [v. n.º 7.2.1, alínea b]).		
7.2.3.5 — Desarticulação da mão pelo punho	0,60	0,55
7.3 — Sequelas neurológicas do punho (v. Capítulo III — Neurologia, números 6.17, 6.18 e 6.19).		

8 — Mão

Instruções específicas. — Aquando de lesões traumáticas múltiplas, a incapacidade é graduada de acordo com o princípio da capacidade restante, salvo nos casos assinalados e expressamente regulados.

8.1 — Partes moles:

8.1.1 — Cicatrizes viciosas. — A incapacidade a atribuir é graduada em função, tanto do prejuízo estético resultante, como da limitação da mobilidade osteoarticular dos dedos atingidos (v. Capítulo II — Dismorfias e «Mobilidade dos dedos», n.º 8.4.)

8.1.2 — Retracção cicatricial do primeiro espaço intermetacárpico (abdução do polegar limitada):

	Activo	Passivo
a) Até 40°, sendo a abdução total de 80°	0,05-0,10	0,04-0,08
b) Inferior a 40°, sendo a abdução total de 80°	0,11-0,20	0,09-0,18

8.1.3 — Hipotrofia dos músculos da mão

8.1.4 — Retracção isquémica de Volkmann:

a) Mais de 50 % da perda funcional da mão	0,45-0,40	0,40-0,35
b) Até 50 % da perda funcional da mão	0,20-0,15	0,18-0,13

8.1.5 — Secção de tendões (os coeficientes de incapacidade expressos já incluem a impotência funcional devida, não só à dor, como ao prejuízo estético e à limitação da mobilidade):

8.1.5.1 — Secção dos tendões do polegar (1.º dedo):

a) Longo flexor (2.ª falange em extensão)	0,07-0,09	0,05-0,08
b) Longo extensor (2.ª falange em flexão)	0,05-0,07	0,04-0,06
c) Curto extensor (1.ª falange em flexão)	0,08-0,10	0,06-0,08
d) Os dois extensores (duas falanges em flexão)	0,11-0,14	0,09-0,11

8.1.5.2 — Secção dos tendões flexores superficial e profundo (extensão permanente das 2.ª e 3.ª articulações):

a) No indicador (2.º dedo)	0,10-0,14	0,08-0,10
b) No médio (3.º dedo)	0,08-0,12	0,06-0,08

	Activo	Passivo
c) No anelar (4.º dedo)	0,06-0,08	0,04-0,05
d) No auricular (5.º dedo)	0,07-0,09	0,05-0,07
8.1.5.3 — Secção do tendão flexor profundo (3.ª falange em extensão com dificuldade no enrolamento activo do dedo):		
a) No indicador	0,02-0,04	0,01-0,03
b) No médio	0,01-0,03	0,00-0,02
c) No anelar ou no auricular	0,00-0,02	0,00-0,01
8.1.5.4 — Secção dos tendões extensores no dorso da mão (falange em semiflexão com possibilidade de extensão das outras falanges por acção dos músculos intrínsecos):		
a) No indicador	0,05-0,07	0,04-0,06
b) No médio	0,04-0,06	0,03-0,05
c) No anelar ou no auricular	0,03-0,05	0,02-0,04
8.1.5.5 — Secção do tendão extensor no dorso da 1.ª falange (secção da lingueta média do aparelho extensor que causa tardiamente «deformidade em botoeira»):		
a) No indicador	0,03-0,05	0,02-0,04
b) No médio	0,02-0,03	0,01-0,02
c) No anelar ou auricular	0,00-0,02	0,00-0,01
8.1.5.6 — Secção do tendão extensor no sector terminal (falange em flexão ou «dedo em martelo»):		
a) No indicador	0,02-0,04	0,01-0,03
b) No médio	0,02-0,03	0,01-0,02
c) No anelar ou no auricular	0,00-0,02	0,00-0,01
8.1.5.7 — Instabilidade articular na metacarpofalângica do polegar por rotura do ligamento lateral interno («polegar do coiteiro»)	0,05-0,07	0,04-0,06
8.2 — Esqueleto. — Os coeficientes de incapacidade expressos já incluem a impotência funcional devida, não só à dor, como ao prejuízo estético e à limitação da mobilidade.		
8.2.1 — Fracturas da base do 1.º metacárpico (Bennett e Rolando), viciosamente consolidadas (a graduar de acordo com a limitação funcional e os requisitos da profissão)	0,05-0,15	0,03-0,12
8.2.2 — Fractura da diáfise do 1.º metacárpico, viciosamente consolidada	0,04-0,10	0,03-0,08
8.2.3 — Fractura viciosamente consolidada do 2.º, 3.º, 4.º ou 5.º metacárpicos (só determina incapacidade quando originar prejuízo estético — rotação anormal ou preensão dolorosa):		
a) No 2.º	0,05-0,08	0,04-0,07
b) No 3.º	0,04-0,07	0,03-0,06
c) No 4.º ou no 5.º	0,03-0,06	0,02-0,04
8.2.4 — Fracturas de falanges. — Os coeficientes de incapacidade adiante expressos já incluem as alterações da mobilidade osteoarticular, o prejuízo estético e a pseudartrose (a pseudartrose do tufo distal da última falange, por não se traduzir em diminuição da função para o trabalho, não origina incapacidade, salvo se associada a outra sequela):		
a) Pseudartrose da 1.ª falange do Polegar	0,10-0,14	0,08-0,12
b) Idem, da 2.ª falange do polegar	0,04-0,05	0,03-0,04
c) Idem, nos restantes dedos (a graduar de acordo com o compromisso da mobilidade dos dedos afectados, tendo em atenção a sua relevância para o desempenho profissional — v. n.º 8.4).		
8.2.5 — Luxação inveterada da base dos metacárpicos (só há lugar a atribuição de incapacidade quando ocorrer prejuízo estético ou quando interferir com a função da mão por limitação da mobilidade dos dedos)	0,05-0,12	0,04-0,10
8.3 — Anquilose:		
<i>Instruções específicas.</i> — No polegar a posição ideal por anquilose é de 25º de flexão para a articulação metacarpo-falângica (MF) e de 20º para a articulação interfalângica (IF).		

Nos restantes dedos a posição ideal por anquilose é de 20° a 30° para a metacarpo-falângica (MF), de 40° a 50° para a articulação interfalângica proximal (IFP) e de 15° a 20° para a articulação interfalângica distal (IFD). A incapacidade a atribuir é tanto mais elevada quanto maior for o desvio relativamente aos valores de referência acima considerados. Neste caso, os valores das incapacidades parciais adicionam-se aritmeticamente, e não segundo o princípio da capacidade restante.

	Activo	Passivo
8.3.1 — No polegar:		
a) Na articulação trapezo-metacárpica	0,06-0,12	0,04-0,10
b) Na articulação MF	0,06-0,08	0,04-0,07
c) Na articulação IF	0,04-0,06	0,03-0,05
d) Nas articulações MF e IF (em boa posição)	0,13-0,16	0,10-0,13
e) Idem, em má posição	0,15-0,18	0,11-0,13
8.3.2 — No indicador:		
a) Na articulação MF	0,05-0,08	0,04-0,07
b) Na articulação IFP	0,05-0,08	0,04-0,07
c) Na articulação IFD	0,01-0,03	0,00-0,02
8.3.3 — No médio:		
a) Na articulação MF	0,04-0,07	0,03-0,06
b) Na articulação IFP	0,04-0,07	0,03-0,06
c) Na articulação IFD	0,01-0,02	0,00-0,01
8.3.4 — No anelar:		
a) Na articulação MF	0,03-0,06	0,02-0,05
b) Na articulação IFP	0,03-0,06	0,02-0,05
c) Na articulação IFD	0,02	0,01
8.3.5 — No auricular:		
a) Na articulação MF	0,02-0,05	0,01-0,04
b) Na articulação IFP	0,02-0,05	0,01-0,04
c) Na articulação IFD	0,01	0,01
Nota. — Quando ocorrer anquilose em mais de uma articulação, adicionam-se aritmeticamente as incapacidades parciais.		
8.3.6 — Em todos os dedos:		
a) Em extensão	0,45	0,40
b) Em flexão	0,40	0,35

8.4 — Rigidez dos dedos:

Instruções específicas. — No caso de normalidade da mão contra-lateral, deve ser esta a ter em conta como referência para a avaliação da mobilidade osteoarticular dos dedos lesados. Se esta não for normal, são tomados como referência para avaliar a mobilidade dos dedos os seguintes parâmetros:

A amplitude de movimentos do polegar, medida a partir da posição neutra (extensão completa), que é de 50° para a articulação metacarpo-falângica (MF) e de 80° para a articulação interfalângica (IF).

Nos restantes dedos, partindo da extensão (posição neutra), a amplitude máxima é de:

90° na articulação MF;

100° na articulação IFP;

80° na articulação IFD.

Os coeficientes de incapacidade são quantificadas em conformidade com os ângulos de flexão das diversas articulações, tendo em atenção os valores da mobilidade referenciados acima, sendo o mínimo até 50 % do limite da amplitude e o máximo para além de 50 % da amplitude daquela mobilidade.

Os movimentos mais úteis nas articulações dos dedos são os que vão da semi-flexão à flexão completa. Os últimos 5° de flexão ou de extensão são funcionalmente irrelevantes e por isso não determinam incapacidade.

	Activo	Passivo
8.4.1 — Rigidez do polegar:		
a) Na articulação MF	0,04-0,06	0,03-0,05
b) Na articulação IF	0,02-0,04	0,01-0,03
c) Nas duas articulações	0,07-0,12	0,06-0,10

8.4.2 — Rigidez do indicador:		
a) Na articulação MF	0,03-0,05	0,02-0,04
b) Na articulação IFP	0,02-0,05	0,01-0,04
c) Na articulação IFD	0,00-0,02	0,00-0,01
d) Nas articulações MF e IFP, ou nas três articulações	0,06-0,12	0,04-0,09
8.4.3 — Rigidez do médio ou do anelar:		
a) Na articulação MF	0,01-0,03	0,00-0,02
b) Na articulação IFP	0,01-0,03	0,00-0,02
c) Na articulação IFD	0,00	0,00
d) Na articulação MF e IFP, ou nas três articulações	0,03-0,06	0,02-0,04
8.4.4 — Rigidez do auricular		
a) Na articulação MF	0,01-0,02	0,00-0,01
b) Na articulação IFP	0,01-0,02	0,00-0,01
c) Na articulação IFD	0,00	0,00
d) Nas articulações MF e IFP, ou nas três articulações	0,02-0,05	0,01-0,03
8.5 — Perda de segmentos (amputações). — A polpa que reveste a falange distal é um segmento importante para a discriminação táctil e, por isso, deve ser avaliada em conformidade.		
Por isso, a perda total de sensibilidade, sobretudo nos dedos polegar, indicador e médio, sequenciais a lesão neurológica ou destruição tegumentar, para efeitos de atribuição de incapacidade, deve considerar-se como equivalente à perda funcional do respectivo segmento (falange distal).		
Para efeitos de atribuição de incapacidade, o coto mal almofadado deve ser considerado como uma cicatriz dolorosa, quando se tratar de um coto hipersensível.		
Estas perdas são avaliadas como cicatrizes (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.4.7).		
	Activo	Passivo
8.5.1 — Perdas no polegar:		
a) Perda do terço distal da 2.ª falange, com coto bem almofadado	0,04-0,05	0,03-0,04
b) Perda de mais de um terço da 2.ª falange	0,06-0,08	0,05-0,07
c) Perda total da 2.ª falange com coto bem almofadado	0,09-0,12	0,08-0,10
d) Perda das duas falanges	0,15	0,12
e) Idem mais o metacárpico	0,20	0,15
Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade a atribuir é agravada de	0,03	0,02
8.5.2 — Perdas no indicador:		
a) Perda da 3.ª falange até 50 % com coto bem almofadado	0,02-0,03	0,01-0,02
b) Perda de mais de 50 % da 3.ª falange	0,04-0,06	0,03-0,05
c) Perda de duas ou três falanges e de parte do metacárpico	0,11-0,13	0,10-0,12
Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade a atribuir é agravada de	0,03	0,02
8.5.3 — Perdas no médio:		
a) Perda da 3.ª falange até 50 % com coto bem almofadado	0,00-0,02	0,00-0,01
b) Perda de mais de 50 % da 3.ª falange	0,03-0,04	0,02-0,03
c) Perda das duas últimas falanges	0,07-0,09	0,05-0,07
d) Perda das três falanges	0,10-0,11	0,08-0,09
Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade a atribuir é agravada de	0,02	0,01
8.5.4 — Perdas no anelar:		
a) Perda parcial da 3.ª falange até 50 % com coto bem almofadado	0,00-0,01	0,00
b) Perda de mais de 50 % da 3.ª falange	0,03-0,04	0,02-0,03
c) Perda das duas últimas falanges	0,06-0,08	0,04-0,06
d) Perda das três falanges	0,10-0,11	0,07-0,08
Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade a atribuir é agravada de	0,02	0,01
8.5.5 — Perdas no auricular:		
a) Perda da 3.ª falange até 50 % com coto bem almofadado	0,00	0,00
b) Perda de mais de 50 % da 3.ª falange	0,01-0,02	0,00-0,01
c) Perda das duas últimas falanges	0,03-0,05	0,02-0,03

d) Perda das três falanges com ou sem perda da cabeça do metacárpico	0,06-0,08	0,04-0,06
Se o coto for francamente doloroso, a incapacidade a atribuir é agravada de	0,02	0,01
8.5.6 — Perda dos quatro últimos dedos com ou sem metacárpico:		
a) Com polegar imóvel (v. n.º 7.2.3.5)	0,35	0,30
b) Com polegar móvel	0,25	0,20
Quando a amputação atingir as duas mãos em simultâneo, a incapacidade deve ser é corrigida pelo factor de bonificação 1,5, (aplicado apenas ao coeficiente de incapacidade atribuído ao lado activo).		
8.5.7.1 — Perda dos cinco dedos, com ou sem metacárpico (equivalente à perda total da função da mão)	0,60	0,55

9 — Bacia

9.1 — Partes moles:

9.1.1 — Cicatrizes. — Quando o prejuízo estético sofrido for requisito essencial para o exercício da actividade profissional (v. Capítulo II — Dismorfias).

9.1.2 — Rotura da inserção inferior ou deiscência dos rectos abdominais (hérnias da linha branca — v. Capítulo II — Dismorfias, por analogia, n.º 1.4.6).

9.2 — Esqueleto — cintura pélvica:

Instruções específicas. — A avaliação da patologia sequelar da bacia deve envolver, para além da observação do sinistrado (em supinação vertical e em decúbito), a interpretação dos exames imagiológicos correlacionados tendo em atenção as eventuais possíveis repercussões estático-dinâmicas com reflexos osteoarticulares (a montante e a juzante) e mesmo neurológicos periféricos com implicação directa na marcha.

9.2.1 — Sacro:

a) Disjunção da articulação sacro-ilíaca 0,10-0,25

b) Lesões neurológicas periféricas (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 6.2).

9.2.2 — Cóccix:

a) Sequelas assintomáticas só reveladas por exame imagiológico 0,00

b) Fracturas ou luxações dolorosas que impeçam a permanência na posição de sentado, na posição de cócoras ou que se traduzam na impossibilidade de utilizar o selim de velocípedes ou equiparáveis 0,05-0,10

9.2.3 — Ossos ilíacos:

a) Fracturas sem rotura do anel pélvico (fractura por avulsão, parcelar da asa do ilíaco e dos ramos do púbis, quando provoquem dores persistentes) 0,05-0,10

b) Fractura ou fractura-luxação como rotura do anel pélvico (fractura vertical dupla, fractura com luxação simultânea da sínfise púbica ou da articulação sacro-ilíaca ou luxação pélvica tipo Malgaigne, etc.), segundo objectivação da sintomatologia dolorosa, o prejuízo na marcha e ou dificuldade no transporte de pesos 0,11-0,25

c) Na fractura acetabular com ou sem luxação central, a incapacidade é fixável de acordo com a limitação da mobilidade osteoarticular da articulação coxo-femural (v. «Anca», números 10.2.2 e 10.2.3).

Nota. — Quando qualquer das características das sequelas anteriores interferir gravemente com o desempenho profissional, a incapacidade deve ser corrigida pelo factor de bonificação 1,5.

9.2.4 — Diástase da sínfise púbica:

a) Assintomática 0,00

b) Com sintomatologia dolorosa 0,05-0,10

9.2.5 — Disjunção ou artropatia crónica pós-traumática da articulação sacro-ilíaca (v. n.º 9.2.1).

10- Anca

10.1 — Partes moles:

10.1.1 — Hipotrofia dos glúteos (nadegueiros) 0,05-0,10

10.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

Instruções específicas. — O estudo da mobilidade osteoarticular da anca efectua-se com o examinando em decúbito dorsal e ventral, devendo dedicar-se particular atenção à cintura pélvica, havendo o cuidado de detectar previamente uma eventual posição viciosa ou evitar a mobilização da pélvis, aspectos que podem falsear os resultados a obter.

Na posição de decúbito dorsal medem-se as amplitudes da flexão, da adução, da abdução e das rotações.

Na posição de decúbito ventral mede-se a amplitude de extensão (ou retropulsão).

Estudo da flexão. — Em decúbito dorsal, com a coxa do lado oposto em flexão completa para eliminar a lordose lombar e pôr em evidência eventual deformidade em flexão. O ponto neutro 0° é o plano do leito de exame e a amplitude de flexão vai até aos 100°, conforme os indivíduos (massas musculares ou adiposas).

Estudo da extensão. — Em decúbito ventral em leito duro horizontal. O membro inferior é elevado, com o joelho em flexão ou extensão, a partir da posição de 0°. A extensão pode ir até 20°/30°.

Estudos das rotações. — Pode ser feita em decúbito ventral (rotações em extensão) ou decúbito dorsal (rotações em extensão e em flexão da anca). A amplitude das rotações é de cerca de 45° para um e outro lado da posição neutra.

Estudo da adução e abdução. — Em decúbito dorsal com membros inferiores estendidos e fazendo ângulo recto com uma linha transversal que passa pelas espinhas ilíacas antero-superiores. A partir desta posição neutra de 0°, a abdução vai, em média, até 45° e a adução até 30° (para estudo desta o examinador deve elevar alguns graus a extremidade oposta para que não haja obstáculo ao movimento).

10.2.1 — Anquilose da articulação coxo-femural:

a) Em posição favorável:

Imobilidade na flexão entre 10° e 30°, na adução-abdução entre 0° e 10° e na rotação externa externa, entre 0° e 15° 0,25

b) Em posição viciosa 0,26-0,35

Nota. — Os movimentos de abdução e de adução terminam quando se inicia o movimento lateral da bacia o que se pesquisa através da palpação da espinha ilíaca antero-superior.

10.2.2 — Limitação (rigidez) da mobilidade da articulação coxo-femural.

10.2.2.1 — Na flexão:

a) Mobilidade possível até 10° 0,10-0,15
 b) Mobilidade possível até 30° 0,07-0,09
 c) Mobilidade possível até 60° 0,04-0,06
 d) Mobilidade possível até 90° 0,01-0,03

10.2.2.2 — Mobilidade possível na extensão:

a) Mobilidade possível até 10° 0,04-0,05
 b) Mobilidade possível até 30° 0,01-0,03

10.2.2.3 — Na adução:

a) Mobilidade possível até 10° 0,06-0,08
 b) Mobilidade possível até 20° 0,01-0,05

10.2.2.4 — Na abdução:

a) Mobilidade possível até 10° 0,07-0,12
 b) Mobilidade possível até 20° 0,01-0,06

10.2.3 — Pseudartrose do colo do fémur 0,50

10.2.4 — Perda de segmentos (ressecção ou amputação):

a) Remoção da cabeça e colo do fémur (operação de Girdlestone) esta incapacidade já engloba o encurtamento do membro 0,60

b) Com artroplastia; quando o resultado funcional for bom, a incapacidade é graduada pelo coeficiente inferior; quando houver claudicação da marcha, compromisso dos principais movimentos e eventual dor, a incapacidade é fixada em valores intermédios; quando ocorrerem os défices anteriores e estiver comprometida a actividade profissional, a incapacidade a atribuir tende para o coeficiente máximo 0,15-0,45

c) Amputação inter-ilio-abdominal 0,70

d) Desarticulação da anca 0,65

11 — Coxa

11.1 — Partes moles:

11.1.1 — Hipotrofia da coxa. — (Esta hipotrofia deve ser avaliada comparando o perímetro da coxa lesada e da coxa sã, medidos cerca de 15 cm acima da interlinha articular:

- a) Diferença até 2 cm 0,00
 b) Diferença superior a 2 cm (de acordo com a repercussão) 0,05-0,20

11.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):

11.2.1 — Fracturas:

- a) Consolidação em posição viciosa de fractura do colo do fémur (v. números 10.2.2, 10.2.3 e 11.2.3).
 b) Consolidação de fractura da diáfise do fémur, em posição viciosa (a incapacidade é atribuída de acordo com a angulação ou rotação, e com a limitação da mobilidade articular) 0,10-0,25
 c) Idem, com encurtamento e limitação da mobilidade articular (adicionar, conforme os casos, o respectivo coeficiente dos números 10.2.2 e 11.2.3); nalguns casos a limitação da mobilidade articular, que por vezes acompanha as fracturas viciosamente consolidadas da diáfise do fémur, localiza-se no joelho e não na anca (v. n.º 12.2.4).

11.2.2 — Pseudartrose da diáfise do fémur 0,30-0,35

11.2.3 — Encurtamento do membro inferior:

- a) Inferior a 2 cm 0,00
 b) Entre 2,1 e 3 cm 0,01-0,03
 c) Entre 3,1 e 4 cm 0,04-0,09
 d) Entre 4,1 e 5 cm 0,10-0,15
 e) Entre 5,1 e 6 cm 0,16-0,18
 f) Entre 6,1 e 7 cm 0,19-0,21
 g) Entre 7,1 e 8 cm 0,22-0,24
 h) Entre 8 e 9 cm 0,25-0,27
 i) Maior que 9 cm 0,30

A medição do encurtamento é feita através de exame imagiológico em filme extra-longo, na posição de pé.

11.2.4 — Perda de segmentos (amputação):

- a) Amputação subtrocantérica 0,65
 b) Amputação pelo terço médio ou inferior 0,60

Quando a amputação for corrigida por prótese eficaz, os coeficientes de incapacidade a atribuir são reduzidos de acordo com as «Instruções específicas» e gerais.

12 — Joelho

12.1 — Partes moles:

12.1.1 — Cicatrizes do cavado popliteo:

- a) Que prejudiquem a extensão da perna [v. limitação da mobilidade articular (n.º 12.2.4)];
 b) Outras cicatrizes da região do joelho (v. Capítulo II — Dismorfias, n.ºs 1.4.7 e 1.5).

12.1.2 — Sequelas de lesões ligamentares ou capsulares:

- a) Grau ligeiro (laxidão anterior isolada, sem ressalto e ou laxidão posterior isolada bem tolerada) 0,01-0,05
 b) Grau moderado (laxidão anterior isolada com ressalto antero-externo típico e ou laxidão crónica mista periférica e antero-posterior) 0,06-0,15
 c) Grau grave (laxidão crónica grave) 0,16-0,20

12.1.3 — Sequelas de menissectomia (parcial ou total):

- a) Com sequelas e sintomas articulares ligeiros 0,01-0,03
 b) Com sequelas e sintomas articulares moderados: dor e hipotrofia muscular superior a 2 cm 0,04-0,10

c) Com sequelas e sintomas articulares graves: dor marcada, hipotrofia muscular superior a 4 cm e instabilidade articular (a incapacidade é atribuída pelo coeficiente máximo quando dificultar a marcha e o exercício da actividade profissional)	0,11-0,20
12.1.4 — Hidartrose crónica ou de repetição, pós-traumática:	
a) Ligeira e sem hipotrofia muscular	0,03-0,06
b) Recidivante, com hipotrofia muscular superior a 2 cm	0,07-0,15
12.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):	
12.2.1 — Fracturas da rótula:	
a) Com sequelas (artralgias que dificultam a marcha, sem limitação da mobilidade articular)	0,03-0,10
b) Idem, com limitação da mobilidade articular (adiciona-se à incapacidade da alínea anterior, de acordo com o princípio da capacidade restante, o coeficiente da limitação da mobilidade articular, conforme o n.º 12.2.4).	
12.2.2 — Patelectomia total ou parcial:	
a) Sem limitação da mobilidade articular (a incapacidade é atribuída de acordo com o grau de insuficiência do quadrícipite — v. n.º 11.1.1, e o tipo de patelectomia efectuado)	0,05-0,10
b) Com limitação da mobilidade articular (a incapacidade é a soma da alínea anterior, de acordo com o princípio da capacidade restante, com o coeficiente do n.º 12.2.4).	
12.2.3 — Instruções específicas: A mobilidade articular do joelho quantifica-se a partir da posição anatómica de repouso (perna no prolongamento da coxa), ou seja, o movimento efectua-se activamente entre os 0° e os 135°, podendo ir até aos 145° na flexão passiva. Pode também verificar-se uma hiper-extensão até aos 10°.	
Quando ocorrerem limitações na flexão e na extensão, as incapacidades somam-se segundo o princípio da capacidade restante.	
Sendo a extensão o oposto da flexão, varia entre 135° e 0°, mas a faixa importante verifica-se entre 50° e 0°, pois aqui interfere com a marcha.	
12.2.3.1 — Anquilose do joelho:	
a) Em posição favorável	0,25
b) Em posição viciosa	0,25
12.2.4 — Limitação (rigidez).	
12.2.4.1 — Flexão:	
a) Mobilidade até 30°	0,11-0,15
b) Mobilidade até 60°	0,07-0,10
c) Mobilidade até 90°	0,04-0,06
d) Mobilidade até 110°	0,00-0,03
12.2.5 — Desvio da articulação do joelho (varo ou valgo):	
a) Desvio até 10° de angulação	0,00
b) Desvio entre 10° a 15° de angulação	0,10
c) Desvio de mais de 15° de angulação	0,11-0,15
Nota. — Comparar sempre com o lado oposto e considerar o valgismo fisiológico ligado ao sexo (6° a 10°, maior no sexo feminino).	
12.3 — Perda de segmentos (amputação ou desarticulação):	
a) Artroplastia; quando a endoprótese tiver êxito e o resultado funcional for bom, a incapacidade é graduada pelo coeficiente inferior; quando houver claudicação da marcha, compromisso dos principais movimentos e eventual dor, a incapacidade é fixada em valores intermédios; quando ocorrerem os déficits anteriores e estiver comprometido o exercício da actividade profissional, incapacidade a atribuir tenderá para o coeficiente máximo	0,15-0,40
b) Desarticulação unilateral pelo joelho	0,60

13 — Perna

13.1 — Partes moles:	
a) Hipotrofia dos músculos da perna superior a 2 cm	0,05-0,15
b) Rotura do tendão de Aquiles, operada e sem insuficiência funcional	0,00
c) Rotura do tendão de Aquiles com insuficiência do tricípíte sural (a incapacidade é graduada de acordo com a hipotrofia muscular, a mobilidade do tornozelo e a dificuldade da marcha)	0,05-0,20
13.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares):	
13.2.1 — Fracturas:	
a) Fractura da tibia ou da tibia e perónio, consolidada em posição viciosa com desvio em baioneta (sem angulação e com encurtamento inferior a 2 cm)	0,01-0,05
b) Fractura da tibia ou da tibia e perónio consolidada em posição viciosa com angulação e com encurtamento inferior a 2 cm	0,06-0,10
c) Fractura da tibia ou da tibia e perónio consolidada em posição viciosa com angulação e encurtamento superior a 2 cm [à incapacidade da alínea b) adiciona-se, de acordo com o princípio da capacidade restante, a prevista no n.º 11.2.3, por equiparação].	
d) Fractura consolidada com bom alinhamento, mas encurtamento superior a 2cm (v. n.º 11.2.3)	
e) Fractura da tibia e perónio, consolidada com bom alinhamento, mas com diminuição da resistência por perda de tecido ósseo	0,01-0,03
13.2.2 — Pseudartrose da tibia ou da tibia e perónio	0,20-0,45
13.2.3 — Perda de segmentos (amputações)	
a) Amputação da perna	0,60

14 — Tornozelo

14.1 — Partes moles:	
14.1.1 — Cicatrizes viciosas:	
a) Que limitam a mobilidade articular ou são causa de posição viciosa da articulação	0,05-0,10
b) Que sejam quelóides e dificultem o uso de calçado (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.3.1, por analogia).	
14.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares).	
Nota. — São fundamentalmente dois os movimentos dependentes da articulação tíbio-társica (flexão e extensão), que se devem pesquisar em posição neutra ou posição de repouso que se adquire quando o eixo do pé faz um ângulo de 90° com o eixo da perna:	
A flexão vai de 0° a 20°;	
A extensão vai de 0° a 40°.	
14.2.1. — Anquilose na flexão dorsal ou plantar (ângulo em que está bloqueada a articulação):	
a) Em posição favorável (compreende uma imobilidade na flexão dorsal a 10° e na flexão plantar até 20°)	0,20
b) Em posição desfavorável (imobilidade na flexão dorsal superior a 10° e na flexão plantar superior a 20°)	0,30
14.2.2 — Limitação (rigidez) da articulação tibio-társica.	
14.2.2.1 — Na flexão:	
a) Mobilidade entre 0° e 10°	0,04-0,07
b) Mobilidade entre 0° e 18°	0,02-0,04
c) Mobilidade entre 0° e 20°	0,00
14.2.2.2 — Na extensão:	
a) Mobilidade entre 0° e 10°	0,10-0,12
b) Mobilidade entre 0° e 20°	0,04-0,10
c) Mobilidade entre 0° e 30°	0,02-0,04
d) Mobilidade entre 0° e 40°	0,00

14.2.3 — Perda de segmentos (amputações ou desarticulações): Desarticulação pela articulação tibio-társica (tipo Syme)	0,40
14.2.4 — Sequelas de entorse do tornozelo (persistência de dores, insuficiência ligamentar, edema crónico)	0,02-0,05

15 — Pé

15.1 — Partes moles:	
15.1.1 — Cicatrizes viciosas ou quelóides da face plantar do pé que dificultem a marcha	0,05-0,20
15.2 — Esqueleto (sequelas osteoarticulares).	
<i>Nota:</i> Os movimentos de flexão e extensão da articulação tálbio-társica são complementados a nível da articulação sub-astragalina e das articulações inter-társicas pelos movimentos de inversão (supinação) e de eversão (pronação).	
A inversão vai dos 0° aos 30°;	
A eversão vai dos 0° aos 20°.	
15.2.1 — Deformação do pé:	
a) Pé plano com depressão moderada da abóbada plantar	0,01-0,05
b) Idem, com aluimento completo da abóbada plantar	0,06-0,10
c) Pé cavo pós-traumático ou outra deformação grave	0,10-0,30
15.2.2 — Anquilose das articulações do pé:	
15.2.2.1 — Imobilidade do tarso (subastragalina ou mediotársica), sem desvio em inversão ou eversão	0,08-0,12
15.2.2.2 — Imobilidade das articulações metatarso-falângicas (MF) e interfalângicas (IF):	
a) Do hallux, em boa posição	0,01-0,03
b) Idem, em má posição	0,04-0,06
c) De qualquer outro dedo, em boa posição	0,00
d) Idem, em má posição, prejudicando a marcha	0,02
e) Idem, das interfalângicas de qualquer dedo	0,00
15.2.2.3 — Anquiloses conjuntas:	
15.2.2.3.1 — Na inversão:	
a) Imobilidade a 0°	0,03
b) Imobilidade entre 1° e 10°	0,04-0,10
c) Imobilidade entre 11° e 20°	0,11-0,20
d) Imobilidade entre 21° e 30°	0,21-0,30
15.2.2.3.2 — Na eversão:	
a) Imobilidade a 0°	0,03
b) Imobilidade entre 1° e 10°	0,04-0,10
c) Imobilidade entre 11° e 20°	0,11-0,20
15.2.3 — Limitação da mobilidade das articulações do pé (rigidez):	
a) Limitação dolorosa da mobilidade do tarso por artrose pós-traumática	0,10-0,15
b) Limitação dolorosa do hallux pós-traumática	0,02-0,04
15.2.3.1 — Limitação na inversão:	
a) Entre 0° e 10°	0,04-0,05
b) Entre 11° e 20°	0,02-0,03
c) Entre 21° e 30°	0,00-0,01
15.2.3.2 — Limitação na eversão:	
a) Entre 0° e 10°	0,02-0,03
b) Entre 11° e 20°	0,00-0,01
15.2.4 — Perda de segmentos (ressecções ou amputações do pé):	
a) Amputações transtársicas (Chopart)	0,25
b) Amputação transmetatársica	0,16-0,20
c) Astragalectomia	0,18

15.2.5 — Perda de dedos e respectivos metatársicos:	
a) Primeiro raio do pé	0,10-0,12
b) Segundo, terceiro e quarto raios do pé	0,04-0,06
c) Quinto raio do pé	0,07-0,09
d) Todos os raios (desarticulação de Lisfranc)	0,20
e) Perda isolada de um só raio intermédio	0,01-0,03
15.2.6 — Perdas no hallux:	
a) Da falange distal	0,02-0,03
b) Perda das duas falanges	0,05-0,07
15.2.7 — Perdas noutra dedo qualquer (qualquer número de falanges)	0,00
15.2.8 — Perda de dois dedos:	
a) Incluindo o hallux	0,07-0,09
b) Excluindo o hallux	0,02
15.2.9 — Perda de três dedos:	
a) Incluindo o hallux	0,10-0,12
b) Excluindo o hallux	0,04-0,06
15.3 — Perda de quatro dedos:	
a) Incluindo o hallux	0,13-0,14
b) Excluindo o hallux	0,08
15.3.1 — Perda de todos os dedos	0,15
16 — Osteomielites e osteítes crónicas pós-traumáticas:	
a) Sequelas com alteração histopatológica de calo ósseo com tradução imagiológica	0,05-0,10
b) Fistulizadas	0,11-0,20

CAPÍTULO II

Dismorfias

Alterações morfológicas tegumentares ou outras com repercussão funcional e/ou estética.

1 — Cicatrizes

Nestas alterações são incluídas as alterações da superfície corporal resultantes de acidentes ou consequência de acto cirúrgico necessário à cura ou à correcção de lesão preexistente de origem traumática.

De uma maneira geral deve ser privilegiada a função sobre a morfologia, pois que uma cicatriz retráctil, por exemplo, pode dar uma limitação da mobilidade articular e, todavia, a articulação subjacente estar intacta.

Assim, além das cicatrizes ou deformações que já constam noutros capítulos com a incapacidade englobando já a devida à cicatriz e ao défice do aparelho ou sistema subjacente (deformações por adição ou salientes e deformações por subtração ou resultantes de perda de substância), casos há, em que à incapacidade do sistema ou aparelho é de adicionar a devida à cicatriz, conforme chamada em local próprio. Neste caso, a adição faz-se segundo o princípio da capacidade restante.

Os valores máximos de desvalorização são de atribuir quando as cicatrizes forem de alguma forma limitativas do desempenho do posto de trabalho por razões de ordem estética e se o trabalhador não tiver idade ou aptidão para ser reconvertido profissionalmente.

Quando a incapacidade por cicatriz for limitativa do desempenho do trabalho habitual ou equivalente, adiciona-se à incapacidade do aparelho ou sistema subjacente o valor máximo da zona de variação atribuída à cicatriz.

Sempre que a regra contida no parágrafo anterior não conste, de forma expressa, na Tabela e se a incapacidade por cicatriz for acentuadamente limitativa do desempenho do posto de trabalho habitual, a incapacidade total é a resultante das somas pelo princípio da capacidade restante, e se a integridade estética for factor inerente ao desempenho do posto de trabalho que ocupava ou equivalente, beneficiará da correcção pelo factor 1,5.

1.1. — Crânio:

1.1.1 — Cicatriz que produza deformação não corrigível por penteado	0,01-0,05
1.1.2 — Calvície total de etiologia pós-traumática, pós cirúrgica ou outra acção iatrogénica	0,02-0,10
1.1.3 — Escalpe:	
a) Escalpe parcial com superfície cicatricial viciosa	0,10-0,30
b) Escalpe total com superfície cicatricial viciosa	0,31-0,40
1.1.4 — Afundamento do crânio (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 1.2).	

1.2 — Face.	
1.2.1 — Cicatrizes superficiais, tendo em conta a sua localização, dimensão e aspecto.....	0,01-0,06
1.2.2 — Cicatrizes que atinjam as partes moles profundas:	
a) Pálpebras (v. Capítulo V — Oftalmologia, n.º 1.3)	
b) Nariz, deformação	0,05-0,10
c) Lábios (v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.1.3).	
d) Pavilhões auriculares (v. Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 7.1).	
1.2.3 — Perda global ocular (v. Capítulo V — Oftalmologia, n.º 1.1).	
1.2.4 — Estenose nasal (v. Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 1.2.1).	
1.2.5 — Perda ou deformação do pavilhão auricular (v. Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 7.1).	
1.2.6 — Fractura ou perda de dentes (v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.2.4.2).	
1.3 — Pescoço:	
1.3.1 — Cicatriz que produza deformação ligeira	0,01-0,05
1.3.2 — Torcicolo por cicatrizes ou por retracção muscular com inclinação lateral	0,06-0,015
1.3.3 — Torcicolo por cicatrizes ou por retracção muscular com o queixo sobre o esterno ou sobre o ombro	0,16-0,30
1.4 — Tronco.	
1.4.1 — Cicatrizes que produzam deformação significativa	0,01-0,05
<i>Nota.</i> — Consultar instruções gerais.	
1.4.2 — Ablação da glândula mamária na mulher:	
a) Unilateral	0,05-0,15
b) Bilateral	0,16-0,40
<i>Nota</i> — No homem v. n.º 1.4.1.	
1.4.3 — Perdas e alterações ósseas da parede da caixa torácica (v. Capítulo I — Aparelho Locomotor, números 2.2, 2.3 e 2.4).	
1.4.4 — Deformação ou retracção dos músculos da cintura escapular e torácicos:	
a) Com perturbações funcionais num membro superior e na excursão torácica	0,10-0,20
b) Com repercussões funcionais nos dois membros superiores e na excursão torácica	0,21-0,30
1.4.5 — Rotura, desinserção ou deiscência dos rectos abdominais:	
a) Com correcção cirúrgica	0,00-0,08
b) Sem correcção cirúrgica	0,10-0,30
1.4.6 — Cicatrizes dolorosas objectiváveis pela contractura e alterações da sensibilidade	0,01-0,05
1.5 — Cicatrizes distróficas:	
a) Cicatrizes atróficas ou apergaminhadas na face se forem dolorosas ou facilmente ulceráveis	0,07-0,16
b) Cicatrizes idem noutras zonas do corpo se forem dolorosas ou facilmente ulceráveis	0,02-0,08
c) Cicatrizes atróficas ou apergaminhadas e extensas:	
1) Entre 4,5 % e 9 % da superfície corporal	0,02-0,08
2) Entre 10 % e 18 % da superfície corporal	0,09-0,12
3) Mais de 18 % da superfície corporal	0,13-0,16
d) V. Capítulo I — Aparelho Locomotor, n.º 15.1.1; Capítulo IV — Otorrinolaringologia n.º 1.5	

2 — Hérnias

Instruções específicas. — Entende-se por hérnia a protusão de uma estrutura anatómica através de abertura ou ponto fraco, congénito ou adquirido, da parede que envolve aquela estrutura.

As hérnias da parede abdominal são as mais frequentes pelo que são abordadas em primeiro lugar.

Os elementos anatómicos e teciduais interessados na patogenia de uma hérnia são:

Os músculos, o tecido conjuntivo, as inserções tendinosas e os ligamentos Cooper, fita-iliopúbica, fascia pectinea, fascia transversalis, etc., são os elementos que constituem as estruturas da parede abdominal;

Os músculos e as suas inserções, que, pela sua tonicidade e contração, asseguram a contensão parietal e reforçam as zonas fracas (exemplo:mecanismo de cortina na região inguinal);

O peritoneu, que reveste interiormente a cavidade abdominal, demarca zonas anatómicas onde podem ocorrer hérnias:

Fossetas inguinais (externa, média e interna);

Estruturas congénitas que, pela persistência, originam hérnias (exemplo:canal peritoneovaginal).

Na etiopatogenia das hérnias, consideram-se dois tipos de factores:os causais e os agravantes.

I — Nos factores causais apontam-se:

1 — A persistência de formações congénitas peritoneais que não se obliteraram e das quais a mais importante é o canal peritoneovaginal, origem das hérnias oblíquas externas ou indirectas;

2 — O não encerramento do anel umbilical, que explica as hérnias umbilicais dos jovens;

3 — Aceitam-se também hoje como factores causais importantes a degenerescência e as perturbações metabólicas dos tecidos de suporte abdominal, sobretudo do tecido conjuntivo.

Estas alterações estariam na origem das hérnias dos adultos e idosos, em que não existem factores congénitos imputáveis, como se exemplificará adiante;

4 — A rotura muscular também invocada como mecanismo causal só é aceitável no traumatismo directo com lesão musculo-aponevrótica, já que a contração muscular violenta com rotura só muito excepcionalmente tem sido descrita.

De qualquer modo, esta situação pressupõe um traumatismo e o aparecimento subsequente de hérnia. Neste caso a hérnia manifesta-se com sinais e sintomas que contrastam com o carácter insidioso com que se instalam a maioria das outras hérnias.

II — Como factores agravantes citamos:

1 — Os esforços repetidos mais ou menos intensos:tosse, micção, defecação, etc., que contribuem para as hérnias que surgem nos bronquíticos, prostáticos, obstipados, etc.;

2 — A hipertensão abdominal, que sucede por exemplo na ascite ou gravidez e que é responsável por algumas hérnias umbilicais.

Conjugando os dados acima referidos, podemos admitir o aparecimento de uma hérnia:

a) Quando existe um factor congénito importante que por si só é capaz de a explicar — caso da maioria das hérnias oblíquas externas e das umbilicais;

b) Quando existem alterações metabólicas e degenerativas teciduais que diminuem a resistência e tonicidade parietal, debilitando-a progressivamente. Por exemplo: Adultos com carências várias e doentes desnutridos com doenças crónicas; Idosos;

c) Quando sobrevenham traumatismos provocando lesões teciduais da parede abdominal;

d) Quando existe concorrência de factores causais e agravantes — são os casos de esforços repetidos, não violentos, conjugados com a persistência do canal peritoneovaginal ou com uma oclusão insuficiente do anel umbilical.

Em conclusão, as hérnias da parede abdominal explicam-se por factores causais e agravantes, aqueles essenciais e estes acessórios.

As actividades profissionais, mesmo as que impõem grandes esforços, não podem, por si só, considerar-se causadoras de hérnias. O esforço é desencadeante ou agravante de situações predisponentes. Os acidentes de trabalho apenas podem ser considerados como agravantes de uma situação preexistente, salvo quando ocorre hérnia traumática por traumatismo directo da parede abdominal.

Existem três casos especiais que convém esclarecer:o das eventrações, o das eviscerações e o das diástases musculares.

As eventrações podem aceitar-se como consequência de acidentes por impacto directo quando a cicatriz parietal foi provocada por um acto cirúrgico destinado a tratar uma lesão abdominal causada por esse acidente.

As eviscerações correspondem a feridas da parede abdominal com saída de vísceras e só raramente resultam de acidente de trabalho.

As diástases musculares não devem ser consideradas, já que na sua origem se verificam factores preexistentes, constitucionais ou degenerativos, ou ainda situações de hipertensão abdominal como a gravidez, ascite, etc.

Além das hérnias da parede abdominal externa há também a considerar as hérnias internas. Nestas últimas existem factores congénitos ou adquiridos. Na sua origem os factores congénitos são constituídos por defeitos do diafragma (Bochdaleck, Larrey, etc.), fossetas ou aderências peritoneais, defeitos de posição (fossetas cecais, malposições intestinais).

Os factores adquiridos são em geral imputáveis a bridas peritoneais de intervenções cirúrgicas anteriores ou traumatismos que produziram lacerações (sobretudo nas perdas de continuidade do diafragma).

É evidente que o nexo de causalidade só deve ser considerado quando for possível identificar lesões adquiridas, feridas de intervenções anteriores por acidentes de trabalho (caso das hérnias traumáticas).

2.1 — Hérnias da parede	
2.1.1 — Hérnias parietais abdominais, não corrigíveis cirurgicamente (linha branca, inguinais, crurais)	0,20-0,30
2.1.2 — Hérnias parietais recidivadas (após tratamento cirúrgico):	
a) De pequeno volume (até 2 cm de diâmetro)	0,15-0,30
b) Volumosas	0,31-0,50
2.2 — Eventração:	
a) Conforme o volume	0,20-0,40
b) Idem, com perturbações acessórias (do trânsito intestinal, da micção, da defecação, da posição bípede, da marcha, etc.)	0,30-0,60
2.3 — Hérnias internas (transdiafragmáticas)	
a) Hérnia diafragmática que se mantém após tratamento cirúrgico, sem refluxo ..	0,10-0,20
b) Idem, com refluxo ou queixas por desvio do mediastino	0,21-0,30
c) Hérnia diafragmática com esofagite ou úlcera do terço inferior do esófago	0,31-0,50
d) Hérnia diafragmática com grande protusão de massa abdominal num dos hemitórax provocando dispneia ou alterações por desvio do mediastino	0,51-0,70

CAPÍTULO III

Neurologia e neurocirurgia

Crânio e sistema nervoso

1 — Sequelas de traumatismo da caixa craniana

1.1 — Perda de cabelo, cicatrizes do couro cabeludo (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.1.1).	
1.2 — Sequelas ósseas:	
1.2.1 — Depressão craniana persistente, dependendo da localização (e conforme o grau de depressão da tábua interna):	
a) Depressão até 0,5 cm	0,00-0,02
b) Depressão de 1 cm	0,03-0,05
c) Depressão superior a 1 cm	0,06-0,10
1.2.2 — Perda de substância óssea:	
a) Até 6 cm ² :	
Com prótese	0,00-0,03
Sem prótese	0,04-0,15
b) De 6 a 12 cm ² :	
Com prótese	0,04-0,06
Sem prótese	0,07-0,20
c) Com mais de 12 cm ² :	
Com prótese	0,07-0,09
Sem prótese	0,10-0,30

Notas:

1 — Incluindo as cicatrizes suprajacentes, excepto em caso de notória deformidade causada pela própria cicatriz, situação em que a mesma deve ser desvalorizada separadamente, seguindo-se o princípio da capacidade restante (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.1.1).

2 — As sequelas de trepanação não justificam a atribuição de uma incapacidade, mesmo que haja três ou quatro orifícios de trépano, salvo se existirem cicatrizes dolorosas, situação em que estas deverão ser valorizadas (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.1.1).

1.2.3 — Sequelas de retalhos ósseos (retalho ósseo cicatrizado):	
a) Em boa posição	0,00
b) Em má posição	0,03-0,10

1.2.4 —	Corpos estranhos intracranianos:	
a)	Sem sintomatologia	0,00
b)	Com sintomatologia (aplicar os números seguintes, quando for enquadrável).	
1.2.5 —	Fístula de liquor:	
a)	Curada, sem complicações endocranianas	0,00
b)	Curada, com complicações endocranianas (v. défices funcionais resultantes para desvalorizarpelos respectivos números).	
<i>Nota.</i> — Quando houver risco de reactivação do processo por alterações básicas inerentes ao posto de trabalho, a incapacidade permanente parcial (IPP) é corrigida pelo factor 1,5 se o seu desempenho for difícil ou impossível.		
2 — Sequelas encefálicas		
2.1 —	Estado vegetativo persistente	1,00
2.2 —	A Síndrome pós-traumática (manifestada por cefaleias, sensação de peso na cabeça, instabilidade no equilíbrio, dificuldade de concentração e de associação de ideias, fatigabilidade intelectual, alterações mnésticas, modificações do humor e da maneira de ser habitual, perturbações do sono) (análogo a Capítulo X — Psiquiatria, n.º 3.3, grau I)	0,00-0,19
2.3 —	Epilepsia.	
<i>Nota.</i> — Deve ser avaliada de acordo com a frequência e características das crises, apesar do tratamento regular. As revisões periódicas não devem ocorrer com intervalo superior a cinco anos.		
2.3.1 —	Epilepsia generalizada:	
a)	Controlável com tratamento e compatível com vida normal	0,10-0,15
b)	Não controlável ou dificilmente controlável (necessitando de mudança de posto de trabalho ou precauções especiais), conforme a frequência das crises	0,16-0,50
c)	Não controlável e tornando impossível a actividade profissional	0,51-0,95
2.3.2 —	Epilepsia focal (atender à extensão a importância funcional dos grupos musculares envolvidos):	
a)	Controlável com terapêutica	0,10-0,15
b)	Dificilmente controlável com terapêutica	0,16-0,40
2.3.3 —	Epilepsia psicomotora e pequeno mal:	
a)	Controlável com tratamento regular	0,10-0,15
b)	Dificilmente controlável com tratamento regular	0,16-0,40
2.4 —	Síndrome coreica.	
2.5 —	Disquinésias e distonias.	
2.6 —	Síndromes parkinsonicas	
<i>Nota.</i> — Dado que só muito excepcionalmente estas situações podem ser consequência de acidente de trabalho ou doença profissional, cabe ao perito médico o estabelecimento do nexos de causalidade, podendo utilizar para orientação, por analogia, outras alíneas desta Tabela (por exemplo «Epilepsias», n.º 2.2.2);		
2.7 —	Síndrome cerebelosa (ataxia geralmente associada a outras sequelas):	
a)	Unilateral ou bilateral ligeiro, sem ataxia marcada	0,20-0,40
b)	Bilateral, com ataxia dos movimentos mas com marcha possível	0,41-0,60
c)	Global: impossibilidade de marcha e tornando o trabalho ou vida de relação impossível	0,61-0,95
2.8 —	Disartria (como manifestação isolada e, por isso, não incluída noutras síndromes):	
a)	Ligeira	0,05-0,15
b)	Com manifesta dificuldade da comunicação oral	0,16-0,30

2.9— Afasia:		
a) Forma minor: perturbações da denominação e da repetição, parafasia.		
Compreensão conservada	0,15-0,30	
b) Forma major com jargonofasia, alexia e perturbações da compreensão	0,31-0,60	
2.10 — A praxia e agnosia	0,50-0,60	
2.11 — Síndrome talâmica (dor de tipo queimadura permanente):		
a) Unilateral, aumentada pelos contactos e emoções	0,20-0,40	
b) Com impotência funcional de um membro	0,41-0,60	
2.12 — Défices sensório-motores de origem hemisférica, troncular ou cerebelosa:		
2.12.1 — Tetraparésia ou tetraplegia:		
a) Tetraparésia: a desvalorização deve ser efectuada tendo em conta os défices similares e em função do grau de autonomia.		
b) Tetraplegia completa	0,95	
2.12.2 — Hemiparésia ou hemiplegia:		
2.12.2.1 — Hemiparésia:		
Marcha possível sem utilização de auxiliares, membro superior utilizável com descoordenação de movimentos, sem ou com ligeiras alterações da linguagem	0,50-0,70	0,30-0,50
Marcha possível sem utilização de auxiliares, membro superior utilizável com descoordenação de movimentos, sem ou com ligeiras alterações da linguagem	0,50-0,70	0,30-0,50
2.12.2.2 — Hemiplegia:		
a) Com marcha possível com auxiliares, membro superior inutilizável, sem ou com afasia	0,71-0,80	0,51-0,60
b) Com marcha impossível e com alteração dos esfíncteres:	0,71-0,91	
2.12.3 — Monoparésia ou monoplegia:		
2.12.3.1 — Membro inferior — a desvalorização deve ter em conta a repercussão sobre a função locomotora (v. também Capítulo I — Aparelho Locomotor)	0,20-0,50	
2.12.3.2 — Membro superior:		
a) Preensão possível, mas com diminuição da dexteridade (possibilidade de manipulação)	0,10-0,15	0,08-0,12
b) Preensão possível mas sem dexteridade (sem manipulação)	0,16-0,25	0,13-0,20
c) Movimentos muito difíceis	0,26-0,45	0,21-0,40
d) Movimentos impossíveis	0,46-0,60	0,41-0,50

3 — Síndrome cérvico-cefálica

Manifesta-se por vertigem, dor suboccipital, contractura cervical, rectificação da lordose cervical e limitação dolorosa da mobilidade do pescoço:

3.1 — Síndrome cervical isolada	0,05-0,15
3.2 — Síndrome cervical associada a síndrome pós-traumática encefálica	0,16-0,32

4 — Nervos cranianos

4.1 — I par (olfactivo) — anosmia de origem nervosa	0,05-0,15
4.2 — II par (óptico) a desvalorizar por oftalmologia (v. Capítulo V — Oftalmologia, números 2 e 3).	
4.3 — III par (óculomotor comum) — a desvalorizar por oftalmologia (v. Capítulo V — Oftalmologia, números 5 e 6).	
4.4 — IV par (patético) — a desvalorizar por oftalmologia (v. Capítulo V — Oftalmologia, números 5 e 6).	
4.5 — V par (trigémio):	
4.5.1 — Parte sensitiva:	
a) Anestesia, sem dor, por lesão de um ou mais ramos	0,05-0,10
b) Nevralgia unilateral (conforme a intensidade e extensão da dor)	0,11-0,29
c) Nevralgia bilateral	0,30-0,50

4.5.2 — Parte motora:	
a) Lesão unilateral	0,05
b) Lesão bilateral	0,06-0,20
c) Bilateral com alterações da fonação e mastigação	0,21-0,30
4.6 — VI par (óculomotor externo) — a desvalorizar por oftalmologia (v. Capítulo V — Oftalmologia, números 5 e 6).	
4.7 — VII par (facial):	
a) Parcial (paresia)	0,10-0,20
b) Total (plegia)	0,21-0,30
c) Bilateral	0,31-0,50
<i>Nota.</i> — As eventuais complicações oftalmológicas devem ser valorizadas separadamente e somadas segundo o princípio da capacidade restante;	
4.8 — VIII par (auditivo e vestibular) — a desvalorizar por otorrinolaringologia (v. Capítulo IV — Otorrinolaringologia, números 8 e 9).	
4.9 — IX par (glossofaríngeo) — dificuldade de deglutição, elocução e respiração:	
a) Unilateral	0,08-0,10
b) Bilateral	0,11-0,20
c) Com alteração do gosto	0,21-0,30
4.10 — X par (pneumogástrico) — funções vegetativas, motoras e sensitivas avaliadas conforme os défices funcionais resultantes:	
a) Aparelho digestivo-análogo a grau I (v. Capítulo IX — Gastrenterologia, n.º 1.1);	
b) Aparelho respiratório (v. Capítulo VII — Pneumologia — Diafragma»);	
c) Angiocardiologia — análogo a classe 0 da doença cardíaca;	
d) Otorrinolaringologia:	
Disfagia — análogo a Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 4, alínea b);	
Disfonia — análogo a Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 5, alínea b);	
4.11 — XI par (espinhal) — paralisia do esternocleidomastoideu e do trapézio:	
a) Unilateral	0,01-0,05
b) Bilateral	0,06-0,10
4.12 — XII par (grande-hipoglosso):	
a) Unilateral	0,01-0,05
b) Bilateral (incapacidade avaliada em função da disartria e das perturbações da mastigação e deglutição (v. números 2.7 e 4.9).	
<i>Nota.</i> — Lesões múltiplas. — A incapacidade total é a adição das incapacidades parciais segundo o princípio da capacidade restante.	

5 — Lesões medulares ou equivalentes

5.1 — Lesões hemimedulares (síndrome de Brown-Sequard) (análoga ao n.º 2.11.1):	
a) Com tradução clínica nos membros superior e inferior (conservação de uma actividade reduzida, com marcha possível, sem alterações dos esfíncteres e persistência de uma certa autonomia)	0,50-0,70 0,30-0,50
b) Paralisia completa, com alterações dos esfíncteres	0,71-0,90
5.2 — Lesões medulares (com secção anatómica ou alteração funcional, parcial ou total):	
5.2.1 — Paraparesia crural:	
5.2.1.1 — Com marcha paraparética, com ou sem espasticidade:	
a) Sem alteração dos esfíncteres	0,20-0,50
b) Com alteração dos esfíncteres	0,51-0,70
5.2.1.2 — Paraplegia (força muscular de grau 0 ou 1):	
a) Sem alteração dos esfíncteres	0,60-0,70
b) Com alteração dos esfíncteres	0,71-0,80
5.2.2 — Diparesia ou diplegia braquial (paralisia dos membros superiores conforme grau de força muscular, dexteridade ou possibilidade de manipulação) ...	0,20-0,80

Nota. — A IPP total é a soma das IPP parciais pelo princípio da capacidade restante (previstas nos números 2.11.3.2. ou 6.1.1).

5.2.3— Tetraplegia ou tetraparesia:

5.2.3.1 — Com alguma capacidade funcional (força de grau 4):

a) Sem alterações dos esfíncteres	0,20-0,60
b) Com alteração dos esfíncteres	0,61-0,90

5.2.3.2 — Sem capacidade funcional (força de grau 0 a 3):

a) Sem alterações dos esfíncteres	0,61-0,85
b) Com alteração dos esfíncteres	0,91-0,95

5.2.4 — Paralisia isolada de um membro (monoparesia ou monoplegia) (v. n.º 2.11.3).

5.2.5 — Paralisia de vários membros (paralísias assimétricas, triplegia).

Nota. — A incapacidade total é a soma das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante.

5.2.6 — Perturbações esfíncterianas e genitais:

a) Obstipação rebelde	0,10
b) Incontinência incompleta	0,11-0,20
c) Disfunção eréctil	0,10-0,35
d) Incontinência ou retenção urinária e fecal	0,21-0,45

6 — Sequelas de lesões do sistema nervoso periférico

Instruções específicas. — As taxas de incapacidade que se seguem aplicam-se a paralísias totais e completas. Em caso de paralisia incompleta ou paresia, a taxa de incapacidade sofre uma diminuição proporcional, de acordo com os graus de força muscular.

Distinguem-se seis graus de força muscular:

Grau 0 — Paralisia completa, ausência de contracção;

Grau 1 — Esforço de contracção visível, mas não produzindo movimento;

Grau 2 — Movimento activo possível, mas não vencendo a força de gravidade;

Grau 3 — Movimento activo possível, vencendo a gravidade;

Grau 4 — Movimento activo vencendo a resistência do observador;

Grau 5 — Força normal.

As incapacidades expressas apresentam uma zona de variação entre mínimas e máximas. Para efeitos de avaliação dos casos concretos, na zona de variação, deve ter-se em conta o esquema proporcional que se segue:

Grau de força muscular	Tendência de valoração
Grau 0 a 1	Valor máximo
Grau 2	Tendência para o valor máximo
Grau 3	Tendência para valor médio
Grau 4	Tendência para valor mínimo
Grau 5	0,00

Nota. — As dores e alterações tróficas que acompanham eventualmente as paralísias agravam mais ou menos a impotência e legitimam um aumento da taxa proposta, até um acréscimo de 10 % do défice neurológico (v. n.º 7). Os défices exclusivamente sensitivos: hipostesias, parestesias, disestesias, quando objectiváveis pela clínica ou exames complementares, podem ser considerados como funcionalmente análogos a paresia com força grau 4, devendo portanto ser aplicados os valores mínimos previstos para a paralisia do(s) nervo(s) correspondente(s).

Em caso de lesão simultânea de vários nervos de um mesmo membro, adicionam-se as taxas parciais segundo o princípio da capacidade restante, não se podendo ultrapassar a da paralisia global completa ou de uma desarticulação pela raiz do membro [v. Capítulo I — Aparelho Locomotor», números 3.3.1 ou 10.2.4, alínea c)].

6.1 — Membro superior:

6.1.1 — Paralisia ou paresia de todo o membro superior (v. n.º 2.11.3.2)	0,10-0,60	0,08-0,50
6.1.2 — Paralisia do plexo braquial de tipo superior (tipo Duchene-Erb)	0,20-0,45	0,15-0,40
6.1.3 — Paralisia do plexo braquial de tipo inferior (tipo Déjérine-Klumpke)	0,40-0,50	0,30-0,40
6.1.4 — Paralisia do nervo circunflexo	0,20-0,25	0,15-0,20
6.1.5 — Paralisia do nervo supra-escapular	0,10-0,15	0,05-0,10
6.1.6 — Paralisia do nervo músculo-cutâneo (bicípete e braquial anterior)	0,15-0,25	0,06-0,12
6.1.7 — Paralisia do nervo mediano:		
6.1.7.1 — No braço	0,25-0,35	0,20-0,25
6.1.7.2 — No punho	0,10-0,20	0,08-0,10
6.1.8 — Paralisia do nervo cubital:		
6.1.8.1 — No braço	0,15-0,20	0,10-0,15
6.1.8.2 — No punho	0,07-0,20	0,05-0,15
6.1.9 — Paralisia do nervo radial:		
6.1.9.1 — Acima do cotovelo	0,25-0,35	0,20-0,25
6.1.9.2 — Abaixo do cotovelo	0,25-0,35	0,20-0,25
6.1.9.3 — Lesão isolada do ramo do abductor do polegar e dos extensores dos dedos	0,10-0,20	0,08-0,15
a) Forma menor: sem alterações tróficas importantes; em alterações neurológicas e sem impotência funcional	0,10-0,20	0,06-0,10
b) Forma grave: com alterações tróficas e impotência funcional	0,21-0,35	0,11-0,20
6.2 — Membro inferior:		
6.2.1 — Paralisia total do membro inferior (flácida)	0,20-0,50	
6.2.2 — Nervo grande-ciático	0,20-0,50	
6.2.3 — Nervo ciático poplíteo externo	0,10-0,30	
6.2.4 — Nervo ciático poplíteo interno	0,10-0,30	
6.2.5 — Nervo crural	0,10-0,40	
6.2.6 — Nervo obturador	0,05-0,15	
6.2.7 — Paralisia do membro inferior, com paralisia dos esfíncteres	0,35-0,60	
6.2.8 — Algodistrofias do membro inferior:		
a) Forma menor	0,10-0,20	
b) Forma grave	0,30-0,50	
6.2.9 — Paralisia do nervo frénico	0,10	

7 — Nevralgias e radiculalgias

Persistentes e segundo a localização e a impotência funcional

0,10-0,20

8 — Coluna vertebral

As sequelas apresentadas podem ser consideradas isoladamente ou com somatório, segundo o princípio da capacidade restante:

Rauialgias, com limitação dos movimentos por contractura de defesa, sem compromisso radicular (v. Capítulo I — Aparelho Locomotor, n.º 1.1.1);

Compromisso radicular sensitivo (v. n.º 7, «Radiculalgias»);

Défice motor, por analogia com lesões medulares ou dos nervos periféricos, conforme os casos;

Algodistrofias (v. números 6.1.10 ou 6.2.8).

CAPÍTULO IV

Otorrinolaringologia

Instruções específicas:

1 — Surdez profissional é um conceito médico-legal, e não apenas clínico.

2 — As referências subjectivas, tais como ruído ambiente, ambiente ruidoso, poluição sonora e outras equivalentes, são irrelevantes para caracterizar o ruído como traumático para a cóclea; estas referências só dão a noção de incómodo.

3 — As referências a ambiente e local de trabalho só são relevantes para efeitos de prevenção.

4 — Para avaliar, de forma efectiva, a acção do ruído sobre a cóclea, do ponto de vista lesivo, interessa caracterizá-lo como sonotraumático. O ruído do posto de trabalho só é sonotraumático a partir de Leq 87 dB (A).

5 — A avaliação ou medição da pressão sonora do ruído causal no posto de trabalho deve fazer-se a 10 cm do pavilhão auricular do trabalhador problema, nos termos da NP-1733.

6 — Os silêncios ou locais com ruído com nível não traumático permitem a recuperação da audição, sem lesão da cóclea. Nestes casos trata-se de fadiga auditiva, que é reversível sem sequelas. Por isso a pressão sonora destes locais deve entrar no cálculo do Leq dB (A), quando o posto de trabalho for móvel, para efeitos de reparação.

7 — O Leq dB (A) automático dos sonómetros não tem interesse para efeitos de reparação, por não ter em conta os silêncios.

No caso particular de postos de trabalho fixos, se o número de colheitas for representativo, o Leq dB (A) obtido por este processo pode ser considerado para efeitos de reparação.

8 — O Leq dB (A) do ruído efectivamente suportado pela cóclea do trabalhador para efeitos de reparação deve ter em conta os níveis mais altos, os mais baixos e os quase silêncios na jornada do trabalho (oito horas). Este Leq dB (A) deve ser calculado com as expressões matemáticas contidas na NP-1733 ou na Directiva 2003/10/CE.

Devem ser feitas, pelo menos, três medições a horas diferentes do dia e em três ou cinco dias diferentes, nomeadamente quando são postos de trabalho móveis, para que os valores colhidos sejam representativos do posto de trabalho para efeitos do cálculo do Leq dB (A).

9 — Nos postos de trabalho adjacentes ao da fonte sonora proceder como no número anterior. Considera-se posto de trabalho adjacente o que se situa até 5 m da fonte sonora.

10 — O ruído com Leq 85 dB (A) é considerado cota de alarme para efeitos de prevenção, no âmbito da higiene e segurança do trabalho e da medicina do trabalho. Só o ruído com Leq 87 dB (A) é lesivo para a cóclea.

A ausência do estudo do ruído nos postos de trabalho e a ausência de medidas de prevenção nos locais e ambientes de trabalho responsabilizam os empregadores por quaisquer danos para os trabalhadores.

O não uso de protectores auriculares pelo trabalhador, quando fornecidos pelo empregador, é considerada atitude dolosa do trabalhador.

11 — Só é considerado lesivo para a cóclea o ruído no posto de trabalho com Leq 87 dB (A), calculados de acordo com o n.º 8 destas instruções e usando as expressões matemáticas contidas na NP-1733 ou na Directiva 2003/10/CE.

12 — Só a exposição mínima de um ano a um ruído com nível traumático calculado conforme o n.º 11 e desde que não se usem protectores auriculares adequados é susceptível de provocar lesão da cóclea para efeitos de caracterização como surdez profissional.

No caso particular de turbinas de avião a jacto o prazo mínimo de exposição para ser lesivo é de três meses.

13 — O chamado escotoma, vale ou entalhe centrado nos 4000 Hz, no traçado audiométrico, como dado isolado, não permite o diagnóstico de trauma sonoro, por não ser patognomónico. Este acidente do traçado pode ocorrer noutras situações que nada têm a ver com o ruído.

14 — O diagnóstico de surdez profissional deve basear-se sempre em três factores:

- a) Tempo mínimo de exposição;
- b) Ruído com características sonotraumáticas;
- c) Imagem de lesão no traçado audiométrico.

15 — O processo clínico (para efeitos de reparação) deve ter, como mínimo, as seguintes peças:

- a) Inquérito profissional;
- b) Estudo do Leq dB (A) do posto de trabalho;
- c) História clínica, incluindo o passado óptico e outros correlacionados;
- d) Audiograma tonal (CA e CO) e timpanograma.

16 — Ao Leq dB (A) do posto de trabalho deve ser subtraído o coeficiente de abafamento do protector auricular, efectivamente usado pelo trabalhador, para ser obtido o valor verdadeiro da pressão sonora que atinge ou atingiu a cóclea do trabalhador problema.

17 — As lesões, principalmente ao nível do ouvido médio, ou as suas complicações ao nível do ouvido interno por deslocações bruscas de ar ou por grandes alterações da pressão atmosférica, como por exemplo no blast, são irrelevantes para efeitos de caracterizar a surdez como profissional.

Neste caso são de considerar acidente de trabalho por serem consequência de uma alteração súbita da pressão atmosférica ou pelo efeito do sopro e não terem origem sonotraumática.

18 — Nos traçados audiométricos:

- a) O simples escotoma centrado nos 4000 Hz não permite o diagnóstico de surdez profissional;
- b) O RINNE fechado ou quase fechado não traduz lesão coclear pelo ruído;
- c) A simples inclinação do traçado audiométrico sobre as frequências agudas não traduz surdez profissional, antes senescência da cóclea ou lesão de outra origem e, só por si, nunca permite o diagnóstico de surdez profissional.

19 — Existe nexos de causalidade quando estão reunidos e bem caracterizados:

- a) O tempo mínimo de exposição efectiva ao ruído;
- b) A característica sonotraumática desse mesmo ruído no posto de trabalho, conforme o n.º 11 destas instruções.

Só neste caso o escotoma de 4000 Hz, no traçado audiométrico, pode impor o diagnóstico de surdez profissional, se outra causa não for identificada.

20 — Em certos casos de adultos jovens, a alínea c) do n.º 18, conjugada com o tempo mínimo de exposição e com o ruído bem caracterizado como sonotraumático no posto de trabalho, permite admitir um caso atípico de surdez profissional ou a sobreposição de trauma sonoro a uma situação óptica preexistente.

21 — A forma de calcular a IPP, por hipocúcia, tanto por AT como por DP, precedem as tabelas dos mesmos, como se vê adiante.

A fixação da incapacidade na zona de variação entre o mínimo e o máximo de incapacidade deve ter em conta a idade do trabalhador, a possibilidade de reconversão profissional e o grau de exigência da função diminuída para o desempenho do posto de trabalho.

O limite maior de incapacidade deve ser atribuído aos indivíduos que têm 50 anos ou mais, aos difíceis de reconverter profissionalmente e àqueles cujo posto de trabalho exige a quase integridade da função que está diminuída.

Se a função diminuída for considerada inerente ao desempenho do posto de trabalho ou necessária para a recolocação selectiva, a incapacidade é corrigida pelo factor 1,5.

As cicatrizes ou deformações do pavilhão auricular ou do conduto só são passíveis de atribuição de incapacidade se alterarem a função auditiva ou se forem consideradas prejudiciais ao desempenho do posto de trabalho por razões estéticas.

No segundo caso, a incapacidade é corrigida pelo factor 1,5, desde que a estética ou o visual sejam imprescindíveis ao desempenho do posto de trabalho.

22 — O simples velado dos seios perinasais não permite fazer o diagnóstico de sinusite.

O diagnóstico de sinusite deve basear-se na tríte seguinte:

- a) História clínica concordante com passado rinofaríngeo e recolhendo queixas que possam traduzir o estado inflamatório ou infeccioso das cavidades;
- b) Exame ORL objectivo, nomeadamente rinoscopia;
- c) Exame radiográfico dos seios perinasais.

1 — Nariz

1.1 — Anosmia (v. «Instruções específicas», n.º 21):

- a) Parcial, de causa nasal 0,01-0,03
- b) Total ou quase total, de causa nasal 0,04-0,08

1.2 — Perturbação respiratória:

1.2.1 — Por alteração estrutural (deformação ou sinéquia):

- a) Até 50 % do calibre da narina ou da fossa nasal 0,10-0,20
- b) Mais de 50 % até 75 % da narina ou da fossa nasal 0,21-0,30
- c) Estenose total unilateral da narina ou da fossa nasal 0,31-0,35
- d) Estenose total bilateral da narina ou da fossa nasal 0,36-0,40

1.2.2 — Por edema ou disfunção vascular:

- a) Unilateral, até 50 % da permeabilidade 0,05-0,08
- b) Unilateral, mais de 50 % até 75 % da impermeabilidade 0,09-0,10
- c) Unilateral, total da impermeabilidade 0,11-0,15
- d) Bilateral, até 50 % da impermeabilidade 0,11-0,15
- e) Bilateral, mais de 50 % até 75 % da impermeabilidade 0,16-0,18
- f) Bilateral, total da impermeabilidade 0,19-0,20

1.3 — Perfuração nasal:	
<i>a)</i> Perfuração septal simples	0,03-0,05
<i>b)</i> Perfuração septal com remoinho ou ruído	0,06-0,10
<i>c)</i> Perfuração septal com epistaxe de repetição	0,11-0,20
1.4 — Rinites:	
1.4.1 — Rinites hipertróficas:	
<i>a)</i> Com redução de calibre a 50%	0,05-0,08
<i>b)</i> Com redução do calibre, mais de 50% até 75%	0,09-0,10
1.4.2 — Rinites destrutivas:	
<i>a)</i> Unilateral	0,05-0,10
<i>b)</i> Bilateral	0,11-0,15
<i>c)</i> Ozena (v. «Instruções específicas», n.º 21)	0,16-0,20
1.5 — Pirâmide nasal (estética):	
1.5.1 — Cifoses:	
<i>a)</i> Pequena a moderada cifose	0,01-0,05
<i>b)</i> Cifose pronunciada	0,06-0,10
1.5.2 — Escolioses:	
<i>a)</i> Escoliose ligeira	0,06-0,10
<i>b)</i> Escoliose pronunciada	0,11-0,15
1.5.3 — Cifoescoliose com alteração da fisionomia (v. «Instruções específicas», n.º 21)	0,16-0,20
1.5.4 — Perdas da pirâmide:	
<i>a)</i> Perda parcial, inferior a 50%	0,01-0,05
<i>b)</i> Perda de mais de 50% até 75%	0,06-0,15
<i>c)</i> Perda total da pirâmide	0,16-0,25
<i>d)</i> Perda total da pirâmide nasal com perda do maxilar superior [v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.2.4.1, alínea <i>f</i>]. Nos casos das alíneas <i>a)</i> , <i>b)</i> e <i>c)</i> , acresce o factor estético [v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.2.2, alínea <i>b</i>)].	
<i>Nota.</i> — A incapacidade global resulta do somatório das incapacidades parciais, segundo o princípio da capacidade restante.	
1.6 — Rinorraquias:	
<i>a)</i> Rinorraquia traumática (de origem nasal)	0,20-0,30
<i>b)</i> Rinorraquia com complicações endocranianas (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 1.2.5).	
<i>Nota.</i> — Adicionar o valor da sequela endocraniana segundo o princípio da capacidade restante.	
1.7 — Epistaxe:	
<i>a)</i> Epistaxe de repetição (de origem nasal)	0,01-0,05

2 — Seios perinasais

2.1 — Fístulas de origem traumática	0,05-0,10
2.2 — Sinusites (v. «Instruções específicas» para o diagnóstico):	
<i>a)</i> Sinusite maxilar crónica unilateral	0,05-0,10
<i>b)</i> Sinusite maxilar crónica bilateral	0,11-0,12
<i>c)</i> Poli-sinusite	0,13-0,15
<i>d)</i> Sinusite com alterações do equilíbrio	0,16-0,20

3 — Nasofaringe

<i>a)</i> Rigidez do palato mole e úvula	0,10-0,12
<i>b)</i> Estenoses das choanas	0,08-0,10
<i>c)</i> As alíneas anteriores com alterações da fonação ou regurgitações nasais de alimentos	0,11-0,15
<i>d)</i> Comunicação buconasal (lesão destrutiva) [v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.2.4.1, al. <i>c</i>)]	

4 — Faringe

4.1 — Estenose simples da hipofaringe	0,02-0,10
4.2 — Estenoses com disfagia:	
a) Permitindo apenas passagem de alimentos moles	0,11-0,20
b) Permitindo apenas passagem de alimentos líquidos	0,21-0,30
c) Exigindo entubação ou gastrostomia permanente	0,31-0,50

5 — Laringe

a) Estenose parcial simples	0,05-0,20
b) Estenose parcial com disфонia marcada	0,21-0,30
c) Estenose parcial com disфонia e dispneia	0,31-0,40
d) Estenose total (traqueostomia)	0,50-0,80
e) Laringectomia ou cânula permanente de traqueostomia	0,85

6 — Maxilares

6.1 — Afundamento da região malar (v. «Instruções específicas», n.º 21):	
a) Unilateral	0,05-0,10
b) Bilateral	0,11-0,20
6.2 — Alteração do palato ósseo:	
a) Simples	0,05-0,08
b) Com alterações da fala	0,15-0,20
6.3 — Fenda palatina:	
a) Simples	0,10-0,15
b) Com alteração da fala	0,16-0,20
c) Com regurgitação nasal	0,21-0,30
6.4 — Maxilar superior:	
a) Perda de um maxilar superior	0,20-0,35
b) Perda dos dois maxilares superiores	0,36-0,50
c) Perda dos maxilares superiores, abóbada palatina e esqueleto nasal [v. Capítulo XV — Estomatologia, n.º 1.2.4.1, alínea f)].	
6.5 — Maxilar inferior:	
a) Perda ou deformação com alteração da palavra ou da mastigação	0,30-0,50
b) Idem, com grave dificuldade da ingestão de alimentos (predomina a tabela da estomatologia)	0,51-0,65

7 — Ouvidos

7.1 — Pavilhão auricular:	
a) Deformação acentuada de um só pavilhão (sem perda do pavilhão, com o outro íntegro ou quase)	0,01-0,03
b) Idem, dos dois pavilhões	0,04-0,06
c) Perda de menos de 50% de um pavilhão	0,01-0,03
d) Perda de mais de 50% de um pavilhão	0,04-0,09
e) Perda dos dois pavilhões em mais de 50%	0,10-0,12
7.2 — Estenoses do canal auditivo externo:	
a) Estenoses do conduto a 50%, sem hipoacusia	0,00
b) Idem, com hipoacusia (a incapacidade será a que for atribuída à surdez)	
c) Estenose de um conduto a 100%, com hipoacusia (unilateral)	0,03-0,05
d) Estenose dos dois condutos a 100%, com hipoacusia (bilateral)	0,06-0,10
e) Estenose com infecção crónica	0,01-0,05

Nota. — Às incapacidades das alíneas c) e d) é acrescida a incapacidade por hipoacusia, calculada na condução aérea, segundo o princípio da capacidade restante.

Ouvido Direito
(dB)

< a 35	0	0	0	0	0	0
35 a 44	15	17	20	23	26	30
45 a 54	17	20	23	26	30	35
55 a 64	20	23	26	30	35	40
65 a 74	23	26	30	35	40	45
75 a 79	26	30	35	40	45	52
> a 80	30	35	40	45	52	60

Os acufenos são adicionados aritmeticamente à incapacidade por hipoacusia.

Os acufenos isolados ou sem hipoacusia indemnizável não são valorizados e por isso a incapacidade, neste caso, é sempre 0 % (neste caso os acufenos têm outra origem que não a sonotraumática).

9 — Acufenos

Os acufenos não estão sistematicamente ligados a uma perda auditiva, e a sua intensidade não depende da importância da perda auditiva.

Não há testes que permitam objectivar este distúrbio. O perito pode todavia recorrer a uma acufenometria subjectiva ou a testes de reconhecimento valor como por exemplo o questionário DET que pretende medir o grau de *distress* psicológico ou ao questionário SEV que pretende integrar o zumbido numa escala subjectiva de severidade. Na maior parte dos casos em 12 a 18 meses surge um fenómeno de habituação cerebral.

Os acufenos isolados ou sem hipoacusia indemnizável mas com história de sonotraumatismo ou acidente devem ser também valorizados e portanto indemnizáveis.

A taxa a atribuir aos acufenos pode ir de 0,01 a 0,05.

Nos casos de atingimento psicoafectivo severo a determinação da taxa de incapacidade deve fazer-se num contexto multidisciplinar.

Os acufenos desde que previsivelmente associados à perda auditiva devem ser adicionados aritmeticamente à incapacidade atribuída com base na hipoacusia.

10 — Vertigens

As vertigens não fazem parte do quadro clínico da surdez profissional e por isso, neste caso, não dão origem a incapacidade indemnizável.

As situações vertiginosas podem necessitar de objectivação mediante realização de exames Electrofisiológicos.

De origem não sonotraumática:

a) Ligeira	0,01-0,05
b) Moderada com objectivação electrofisiológica	0,06-0,15
c) Severa com objectivação electrofisiológica e com queda ao solo	0,16-0,25

CAPÍTULO V

Oftalmologia

Instruções específicas. — Aceita-se como princípio básico que as funções relacionadas com o sistema visual se devem resumir a uma só — a função visual —, que, embora tendo vários componentes, não deve ser subdividida, sob pena de, quando somados, se atingirem valores mais elevados do que internacional e usualmente se aceita como valor máximo a atribuir pela perda total desta função; a perda total da função visual não é, todavia, a perda total da capacidade de ganho ou para o trabalho.

Contudo, à desvalorização resultante da perda funcional, que se deve considerar a mais importante, teremos de adicionar aquela que resulta da deformidade ou mutilação do globo ocular ou dos anexos, por exemplo anoftalmia, lagoftalmia, enoftalmia, etc.

Dos pressupostos invocados resulta a procura de parâmetros objectivos e de verificação simples para os critérios de desvalorização, de acordo com os exames complementares de diagnóstico tidos por mais adequados.

Atendendo à evolução dos métodos de correcção da afaquia, as desvalorizações a aplicar nestas circunstâncias foram profundamente modificadas. Considerou-se que a incapacidade resultante da substituição do cristalino por uma lente de contacto de uso prolongado bem tolerada ou por uma lente intraocular é apenas a que resulta da perda da acomodação, pelo que somente será de atribuir desvalorização, por afaquia corrigida por um destes métodos, aos indivíduos com menos de 50 anos.

A perda da fixação bifoveolar pode ser uma incapacidade significativa em certas profissões, por exemplo as que exigem tarefas de precisão, como a de ourives ou as que requerem a utilização de máquinas trabalhando a alta velocidade e potencialmente perigosas (efeito estroboscópio).

Sempre que as lesões a desvalorizar forem bilaterais, a incapacidade é adicionada segundo o princípio da capacidade restante.

1 — Deformações da órbita ou das pálpebras

1.1 — Perda de globo ocular:	
a) Com prótese possível	0,05-0,09
b) Sem prótese possível	0,10
1.2 — Aderências cicatriciais das conjuntivas, causando perturbações ou prejuízo estético	0,01-0,10
1.3 — Ectrópio	0,01-0,10
1.4 — Entrópio	0,01-0,10
1.5 — Lagoftalmia	0,10-0,15
1.6 — Epífora	0,01-0,05
1.7 — Ptose, conforme a pupila estiver mais ou menos descoberta	0,01-0,15
1.8 — Deformidades por lesões da órbita (exoftalmia, enoftalmia, etc.)	0,01-0,05
1.9 — Fístula lacrimal	0,15-0,20

2 — Hipovisão

2.1 — De um lado, visão de 1 a 0,7; do outro:	
a) 1 a 0,6	0,00
b) 0,5	0,01-0,03
c) 0,4	0,04-0,05
d) 0,3	0,06-0,07
e) 0,2	0,08-0,09
f) 0,1	0,10-0,18
g) 0,05	0,19-0,22
h) 0	0,23-0,27
2.2 — De um lado, visão de 0,5 a 0,6; do outro:	
a) 0,5	0,02-0,04
b) 0,4	0,05-0,06
c) 0,3	0,07-0,13
d) 0,2	0,14-0,18
e) 0,1	0,19-0,22
f) 0,05	0,23-0,27
g) 0	0,28-0,31
2.3 — De um lado, visão de 0,4; do outro:	
a) 0,4	0,09-0,13
b) 0,3	0,14-0,18
c) 0,2	0,19-0,22
d) 0,1	0,23-0,27

e) 0,05	0,28-0,36
f) 0	0,37-0,40
2.4 — De um lado, visão de 0,3; do outro:	
a) 0,3	0,27-0,31
b) 0,2	0,32-0,36
c) 0,1	0,37-0,40
d) 0,05	0,41-0,45
e) 0	0,46-0,54
2.5 — De um lado, visão de 0,2, do outro:	
a) 0,2	0,40-0,45
b) 0,1	0,46-0,53
c) 0,05	0,54-0,58
d) 0	0,59-0,63
2.6 — De um lado, visão de 0,1; do outro:	
a) 0,1	0,63-0,67
b) 0,05	0,68-0,71
c) 0	0,72-0,76
2.7 — De um lado, visão de 0,05; do outro visão de 0,05 ou inferior	0,95
2.8 — Quando a acuidade visual for obtida após correcção de afaquia, a desvalorização a atribuir aos sinistrados com menos de 50 anos é o somatório dos valores constantes dos números 2.1 a 2.7 da hipovisão, acrescida dos coeficientes seguintes:	
a) Afaquia unilateral (sem ultrapassar 0,30 de incapacidade total)	0,10
b) Afaquia bilateral (sem ultrapassar 0,95 de incapacidade total)	0,20
2.9 — Na diminuição da acuidade visual para perto (por exemplo opacidades centrais da córnea ou do cristalino e algumas lesões maculares) devem acrescentar-se aos coeficientes previstos nos números 2.1 a 2.7 os valores de 0,03-0,05 sem ultrapassar o máximo de 0,30 de incapacidade total.	

3 — Alterações do campo visual

3.1 — Diminuição concêntrica do campo visual de um olho, com o outro campo normal:	
a) Entre 40° e 50°	0,01-0,05
b) Entre 30° e 40°	0,06-0,10
c) Entre 20° e 30°	0,11-0,15
d) Entre 10° e 20°	0,16-0,20
e) Inferior a 10°	0,21-0,25
3.2 — Diminuição concêntrica do campo visual de um olho, com o outro campo reduzido:	
3.2.1 — Um campo entre 40° e 50°; o outro:	
a) De 40° a 50°	0,10-0,15
b) De 30° a 40°	0,16-0,20
c) De 20° a 30°	0,21-0,25
d) De 10° a 20°	0,26-0,30
e) Inferior a 10°	0,31-0,35
3.2.2 — Um campo entre 30° e 40°; o outro:	
a) De 30° a 40°	0,20-0,25
b) De 20° a 30°	0,26-0,30
c) De 10° a 20°	0,31-0,35
d) Inferior a 10°	0,36-0,40
3.2.3 — Um campo entre 20° e 30°; o outro:	
a) De 20° a 30°	0,40-0,45
b) De 10° a 20°	0,46-0,50
c) Inferior a 10°	0,51-0,55

3.2.4 — Um campo entre 10° e 20°; o outro:	
a) De 10° a 20°	0,60-0,75
b) Inferior a 10°	0,66-0,70
3.2.5 — Os dois campos inferiores a 10°	0,71-0,80
3.3 — Escotomas:	
a) Escotomas unilaterais superiores a 10°	0,01-0,10
b) Escotomas bilaterais superiores a 10°	0,11-0,40
3.4 — Defeitos hemianópsicos:	
a) Horizontal superior	0,20-0,30
b) Horizontal inferior	0,50-0,60
c) Vertical homónimo direito	0,25-0,30
d) Vertical homónimo esquerdo	0,20-0,25
e) Bitemporal	0,50-0,60
f) Binasal	0,15-0,20
3.5 — Defeitos quadrantanópsicos:	
a) Superior	0,07-0,10
b) Inferior	0,20-0,25
3.6 — Defeitos hemianópsicos num olho único:	
a) Superior	0,20-0,25
b) Nasal	0,50-0,60
c) Inferior	0,60-0,70
d) Temporal	0,70-0,80

4 — Perda da fixação bifoveolar

Perda da fixação bifoveolar	0,01-0,10
-----------------------------------	-----------

5 — Paralisias óculo-motoras

5.1 — Intrínsecas	0,05-0,10
5.2 — Extrínsecas. — Para o estudo destas afecções são usados os exames complementares de diagnóstico tidos por mais adequados.	
5.2.1 — Com diplopia (não sobreposição das luzes verde e vermelha) para além dos 30°:	
a) Nos campos superiores	0,00
b) Nos campos inferiores	0,01-0,05
5.2.2 — Com diplopia entre 20° e 30°:	
a) Nos campos superiores	0,10-0,15
b) Nos campos inferiores	0,15-0,20
5.2.3 — Com diplopia até 15°	0,20-0,30

6 — Fotofobia

Lesões permanentes da córnea ou midríase permanente	0,01-0,05
---	-----------

7 — Conjuntivites crónicas

Conjuntivites crónicas	0,01-0,15
------------------------------	-----------

CAPÍTULO VI

Angiocardiologia

Doenças cardiovasculares

1 — Doença cardíaca

Considerações prévias. — A avaliação de incapacidades permanentes para o trabalho de origem cardiovascular envolve, quase sempre, problemas especiais que não existem geralmente na análise de outras situações incapacitantes.

Problemas de graus semelhantes podem surgir também aquando da caracterização da causa, dada a pluralidade dos factores etiológicos das doenças cardíacas, pelo que é sempre necessário um profundo bom-senso no apreciar de cada caso concreto.

Num contexto puramente cardiovascular, pode definir-se incapacidade permanente como a situação clínica que persiste depois de ser atingido o máximo da terapêutica médica e cirúrgica, bem como a consequente e necessária reabilitação, após ter decorrido um período de tempo razoável para permitir o máximo desenvolvimento de circulações colaterais e outras compensações após a situação aguda.

Há que considerar, como critério de cura, para além da evolução clínica e dos diversos exames laboratoriais e complementares, como factor variável o tempo necessário para uma perfeita estabilização da situação.

Todavia, o grau de incapacidade não é estático.

Fisiológica e anatomicamente existe um processo de mudança constante e em evolução — a melhoria da situação tal como a sua deterioração são possíveis. Assim, uma reavaliação da situação clínica deve ocorrer em períodos de tempo fixos, semestrais ou anuais. A revisão periódica também deve ocorrer sempre que surjam novas técnicas de observação para uma melhor avaliação da situação clínica e consequente actualização terapêutica.

Um dos problemas que muitas vezes dificultam a avaliação é a disparidade entre os dados do exame objectivo, dos meios auxiliares de diagnóstico e os sintomas referidos pelo examinando.

Por isso, há que distinguir doença cardíaca com sinais de lesão orgânica e sem sinais de lesão orgânica. Esta, por vezes, é acompanhada de queixas de natureza apenas psicológica.

Assim, não é possível estabelecer uma tabela de incapacidades que funcione tomando como base apenas os dados numéricos dos meios auxiliares de diagnóstico.

Antes de desvalorizar qualquer doente, o médico deve determinar com rigor o diagnóstico clínico, destacando a etiologia, a anatomia e a fisiopatologia em cada situação clínica concreta.

A história clínica colhida cuidadosamente, o exame físico ou objectivo, conjugados com o uso crítico dos exames auxiliares de diagnóstico, permitem ao médico enquadrar o doente numa das classes adiante indicadas, com a atribuição da correspondente incapacidade para o trabalho.

Instruções específicas. — A atitude do médico perante qualquer doença cardíaca deve consistir em:

Determinar a sua etiologia e o nexa de causalidade;

Identificar as estruturas;

Definir as alterações fisiopatológicas;

Avaliar a capacidade funcional remanescente do coração.

O tratamento e o prognóstico dependem de um esclarecimento claro dos factores atrás descritos.

A etiologia é estabelecida considerando a idade do doente, a história clínica, as anomalias específicas e os estudos laboratoriais, imagiológicos, electrofisiológicos e outros apropriados.

O nexa da causalidade é conseguido através de um inquérito no sentido de obter os dados que permitam estabelecer a relação causa-efeito, quando relacionados no tempo.

Os sintomas mais comuns da doença cardíaca são:

Dispneia;

Astenia;

Fadiga;

Pré-cordialgia;

Palpitações;

É sobretudo o reconhecimento destes sintomas e a evolução dos mesmos com as terapêuticas instituídas que permitem classificar cada caso clínico.

A incapacidade permanente por doença cardíaca resulta geralmente de:

a) Insuficiência do miocárdio, que pode conduzir a insuficiência cardíaca congestiva;

b) Insuficiência da circulação coronária: Angina de peito; Insuficiência coronária; Oclusão coronária; Enfarte do miocárdio e suas complicações;

c) Cominação das aléneas a) e b);

d) Pericardites e derrames pericárdios;

e) Traumatismos cardíacos.

Os diagnósticos etiológicos mais comuns são:

a) Congénito;

b) Reumático;

c) Hipertensivo (v. «Doença hipertensiva»);

d) Pulmonar (cor pulmonale).

Gradação da doença cardíaca

A doença cardíaca é dividida em quatro Classes, de acordo com a New York Heart Association. As classes I a IV aplicam-se a doentes com doença orgânica, desde os assintomáticos (classe I) até aos severamente incapacitados (classe IV).

1.1 — Classe I 0,01-0,05

Um doente pertence a esta classe quando:

- a) Existe doença cardíaca orgânica, mas sem sintomas;
- b) As actividades quotidianas como andar, subir escadas não causam sintomas (fadiga ou dispneia);
- c) O esforço prolongado, o stress emocional e o trabalho sob tensão, o subir rampas e o desporto que normalmente pratica não causam sintomas;
- d) Não existem sinais de insuficiência cardíaca congestiva.

1.2 — Classe II 0,06-0,15

Um doente pertence a esta classe quando:

- a) Existe doença cardíaca orgânica, sem sintomas em repouso;
- b) A marcha em terreno plano, subir um lanço de escadas e as actividades normais diárias não se traduzem por sintomas importantes tais como fadiga precoce ou dispneia;
- c) O exercício prolongado, o stress emocional e o trabalho sob tensão, a subida de rampas, o recreio e actividades desportivas habituais ou situações semelhantes já se traduzem por sintomas tais como fadiga e dispneia.

1.3 — Classe III 0,16-0,35

Um doente pertence a esta classe quando:

- a) Existe doença cardíaca orgânica com sintomas em repouso, embora pouco pronunciados, por exemplo dispneia;
- b) Andar mais de um ou dois quarteirões em terreno plano, subir um lanço de escadas ou as actividades normais diárias já produzem alguns sintomas tais como fadiga precoce e dispneia;
- c) O stress emocional, o trabalho sob tensão, a subida de rampas, o recreio, as actividades desportivas habituais ou situações semelhantes produzem sintomas chamativos, tais como fadiga e dispneia marcadas;
- d) Se há sinais de doença cardíaca congestiva, são moderados e reversíveis com a terapêutica e com o repouso.

1.4 — Classe IV 0,36-0,60

Um doente pertence a esta classe quando:

- a) Refere sintomatologia e apresenta sinais mesmo em repouso;
- b) A execução de qualquer actividade da vida diária, para além da toilette pessoal ou equivalente, causa desconforto crescente, por fadiga e dispneia;
- c) Os sinais de insuficiência cardíaca ou de insuficiência coronária podem ocorrer mesmo em repouso;
- d) Os sinais de insuficiência cardíaca congestiva são constantes e resistentes à terapêutica.

2 — Lesões vasculares

Instruções específicas — A apreciação do problema das doenças vasculares baseia-se em alguns princípios básicos:

1.º As lesões vasculares são facilmente redutíveis a alguns tipos fundamentais de patologia ou, antes, de fisiopatologia;

2.º A avaliação dos graus de insuficiência vascular (arterial, venosa e linfática) deve, para além da clínica, socorrer-se de outros exames complementares de diagnóstico julgados adequados, nomeadamente, oscilometria, ultra-sons (Doppler), pletismografia e, se necessário, angiografia (invasiva ou de subtracção digital);

3.º Quando existirem sequelas vasculares provenientes de outras lesões, aquelas devem adicionar-se às incapacidades destas, de acordo com o princípio da capacidade restante.

Tipo de lesões mais frequentes

Arteriais:

- Lesões expansivas (aneurismas);
- Lesões obstrutivas (estenoses e obliterações arteriais);
- Comunicações artério-venosas (fístulas artério-venosas);
- Feridas arteriais, incluindo falsos aneurismas ou hematomas pulsáteis.

Venosas:

- Lesões expansivas (varizes);
- Lesões obstrutivas (tromboflebitis e flebotromboses);
- Feridas (feridas venosas).

Linfáticas:

- Lesões obstrutivas (linfedemas);
- Feridas (fístulas).

Outras:

- Lesões neurovasculares.

Convém considerar que, para além desta divisão esquemática, podem surgir situações complexas devido à incidência de traumatismos no sistema vascular, que já eram sede de patologias que evoluíram insidiosamente.

2.1 — Lesões vasculares arteriais:

2.1.1 — Aorta:

- | | |
|---|-----------|
| a) Aneurisma aórtico assintomático e sem indicação operatória | 0,01-0,10 |
| b) Aneurisma aórtico sintomático e ou com indicação operatória | 0,11-0,60 |
| c) Idem, operado e controlado, sem sequelas funcionais | 0,01-0,20 |
| d) Idem operado com sequelas funcionais a avaliar pelo grau de insuficiência arterial (v. n.º 2.1.4). | |

2.1.2 — Fístulas arteriovenosas:

- a) Aneurismas arteriais periféricos, como consequência de traumatismos abertos ou fechados (a avaliação é feita segundo as sequelas funcionais) (v. n.º 2.3).

2.1.3 — Outras artérias:

- | | |
|---|-----------|
| a) Conforme a localização e a importância dos vasos lesados e as manifestações periféricas | 0,10-0,30 |
| b) Se existe repercussão cardíaca, adicionar ao grau desta a respectiva percentagem correspondente à fístula arteriovenosa, segundo o princípio da capacidade restante. | |

2.1.4 — Estenoses e obliterações arteriais. — Incluem laqueações cirúrgicas e de cirurgia anterior, assim como sequelas pós-traumáticas de feridas. Quando ocorrerem, para além dos sinais tróficos, sintomas e sinais funcionais marcados, tais como claudicação e parestesia, devem ser avaliados pelo capítulo respectivo e adicionados de acordo com o princípio da capacidade restante.

Correlacionando o trofismo, a dor, a parestesia e o resultado dos exames, (v. Instruções específicas), distinguem-se quatro graus:

2.1.4.1 — Grau I:

- | | |
|--|-----------|
| a) Ligeiro — queixas reduzidas e sem compromisso da marcha | 0,10-0,15 |
| b) Moderado — com moderado compromisso da marcha | 0,16-0,20 |
| c) Severo — com claudicação intermitente e dor em repouso | 0,21-0,40 |

2.1.4.2 — Grau II:

- | | |
|---|-----------|
| As lesões do grau anterior e lesões tróficas (ulcerações) | 0,41-0,60 |
|---|-----------|

2.1.4.3 — Grau III:

- Lesões graves: gangrenas exigindo amputação (v. Capítulo I, Aparelho Locomotor).

Nota. — Aconselha-se o estudo pelo Doppler;

2.1.5 — Artérias viscerais. — As lesões das artérias viscerais, nomeadamente as responsáveis pela irrigação do encéfalo, coração, pulmões, rins e demais vísceras abdominais, são avaliadas pelas repercussões funcionais consequentes, em cada sistema (neurologia, gastroenterologia, pneumologia, cardiologia, etc.).

2.1.6 — Próteses vasculares. — Nas situações em que for necessária a colocação de uma prótese vascular artificial, deve a desvalorização ser agravada segundo a importância do segmento arterial em causa [v. números 2.1.3, alínea a), e 2.1.1, alínea c)].

2.2. — Lesões venosas e linfáticas. — As varizes, os síndromos flebíticos e tromboflebíticos, as sequelas de lesões linfáticas traumáticas e também a laqueação de grandes vasos venosos por feridas traduzem-se pela seguinte sintomatologia:

- Peso nos membros inferiores;
 Dor e edema;
 Alterações tróficas (em estado adiantado) como, por exemplo, alterações da coloração cutânea e subcutânea, úlceras e crises de celulolinfangite.
- A avaliação é feita pela clínica e pelos exames auxiliares. Conforme a evolução podem distinguir-se os seguintes graus:
- a) Ligeiro — com sensação de peso e dor 0,05-0,10
 b) Médio — Idem, com edema 0,11-0,20
 c) Grave — idem, com úlceras ou outras alterações tróficas 0,21-0,30
- 2.3 — Lesões mistas:
 Nas lesões arteriovenosas o cálculo da incapacidade deve tomar por base o da componente arterial, ao qual se adiciona o da venosa em termos de capacidade restante;
 A componente venosa oscila entre 0,05-0,15
- 2.4 — Lesões neurovasculares:
 A incapacidade tem em conta a componente neurológica (v. Capítulo III — Neurologia), a componente vascular e, eventualmente, a óssea (v. Capítulo I — Aparelho Locomotor); todavia, a componente vascular nunca excederá 0,20
- 2.5 — Nas situações vasculares, quando operadas, avaliar-se-á a incapacidade pelo défice funcional pós-operatório tendo em vista as sequelas (v. números 2.1.1, 2.1.3 e 2.1.4).

3 — Doença hipertensiva

Instruções específicas. — Antes de classificar o doente nesta categoria, o médico deve estabelecer um nexo de causalidade entre o acidente ou a exposição ao factor de risco e a hipertensão arterial diagnosticada.

A doença vascular hipertensiva não existe ou não se desenvolve, necessariamente, quando um doente apresenta episódios esporádicos de hipertensão ou, melhor, de aumento da tensão arterial; estes episódios estão associados, frequentemente, ao aumento da frequência cardíaca, com algum estímulo mais ou menos óbvio da natureza emocional, ambiental ou ainda com sinais ou sintomas de hiperactividade.

A doença hipertensiva vascular existe quando os valores tensionais são superiores a 140/90 mm de mercúrio.

Quando num doente hipertensivo a tensão arterial é inferior a 140/90 mm de mercúrio por o doente estar medicado, este facto não exclui o doente desta classificação.

Assim, as queixas, os sinais e os valores da tensão arterial permitem distinguir quatro graus de gravidade (incapacidade).

3.1 — Grau de doença hipertensiva:

Independentemente das incapacidades preconizadas nos pontos 3.1.1 a 3.1.4, quando existe sintomatologia ou outra incapacidade sistémica, a mesma deve ser valorizada de acordo com os capítulos específicos e com o princípio da capacidade restante.

3.1.1 — Grau I 0,01-0,05

Um doente pertence a este grau quando os valores tensionais diastólicos são repetidamente superiores a 100 mm de mercúrio e o exame médico não apresenta qualquer dos seguintes dados:

- a) Alterações das análises de urina e testes da função renal;
 b) História de doença vascular cerebral hipertensiva;
 c) Evidência de hipertrofia ventricular esquerda;
 d) Anomalias hipertensivas dos fundos oculares (exceptuando estreitamento mínimo das arteríolas);

3.1.2 — Grau II 0,06-0,15

Um doente pertence a este grau quando os valores das pressões diastólicas medidas são repetidas vezes superiores a 100 mm de mercúrio e o exame médico apresenta qualquer dos seguintes dados:

- a) Proteinúria e alterações do sedimento urinário, mas sem insuficiência renal;
 b) História de alterações hipertensivas cerebrais, sem alterações residuais remanescentes;
 c) Evidência de hipertrofia ventricular esquerda;
 d) Alterações hipertensivas definidas na fundoscopia — arteríolas estreitas com ou sem exsudados ou hemorragias;

- 3.1.3—Grau III 0,16-0,30
 Um doente pertence a este grau quando os valores das pressões diastólicas medidas são repetidas vezes superiores a 100 mm de mercúrio e o exame médico apresenta dois dos seguintes dados:
- a) Proteinúria e outras alterações no sedimento urinário, mas sem lesão renal (função renal normal);
 - b) Sequelas cerebrovasculares hipertensivas com alterações neurológicas residuais permanentes;
 - c) Hipertrofia ventricular esquerda, sem insuficiência cardíaca congestiva;
 - d) Retinopatia hipertensiva com ou sem hemorragias ou exsudados;
- 3.1.4—Grau IV 0,31-0,45
 Um doente pertence a este grau quando os valores das pressões diastólicas são consistentemente acima dos 100 mm de mercúrio e o exame médico apresenta dois dos seguintes dados:
- a) Insuficiência renal;
 - b) Doença cerebrovascular hipertensiva com resíduos neurológicos permanentes;
 - c) Hipertrofia ventricular esquerda, com ou sem insuficiência cardíaca congestiva;
 - d) Retinopatia hipertensiva.

CAPÍTULO VII

Pneumologia

Considerações prévias. — Deve ser considerada como doença profissional respiratória toda a alteração permanente de saúde do indivíduo que resulte da inalação de poeiras, gases, vapores, fumos e aerossóis ou ainda que resulte de exposição a radiações ionizantes e outros agentes físicos, em que se estabeleça uma relação causal com o posto de trabalho ocupado.

A lista de doenças profissionais e dos seus agentes causais deve passar a ter, além dos tempos mínimos de exposição, os limites máximos admissíveis a partir dos quais as concentrações são consideradas lesivas e causa de doença profissional.

A maior parte das doenças de origem inalatória são situações passíveis de evolução clínica, mesmo após evicção do agente causal, pelo que o grau de incapacidade atribuído deve ser passível de actualização periódica.

Instruções específicas:

A) Défice funcional ou estrutural. — A incapacidade clínico-funcional traduz a situação clínica resultante do défice funcional ou estrutural que persiste após terapêutica apropriada, sem melhoria previsível. Pode ou não ser estável no momento da avaliação. A determinação do grau de incapacidade deve fundamentar-se no parecer de pneumologista, quando conjugado com as exigências do posto de trabalho.

A determinação da incapacidade clínico-funcional requer previamente a caracterização da doença profissional ou do acidente de trabalho, tão segura quanto possível, tendo em atenção que dos procedimentos diagnósticos não deve resultar prejuízo clínico previsível para o doente.

A) 1 — Factores correctores de incapacidade. — No diagnóstico é ponto essencial uma história clínica e profissional pormenorizada, contemplando uma anamnese exaustiva e cronológica das exposições no ambiente de trabalho (concentrações dos agentes causais), uma análise do posto de trabalho e dos processos produtivos e uma listagem dos produtos finais e intermediários da produção para identificar riscos acessórios. Devem também ser valorizados os elementos semiológicos que podem contribuir para corrigir os graus de incapacidade previstos na alínea E): grau de dispneia, existência de cianose, hipocratismo digital, evidência de *cor pulmonale*, deformações físicas, alterações estéticas (a avaliar por «Dismorfias»), etc.

Deve fazer-se uma história dos hábitos tabágicos, incluindo tipo de tabaco, número de cigarros/dia, número de anos de fumador e número de anos de cessação do tabagismo, para tentar distinguir a quota-parte da IPP de origem não profissional.

Outros dados como a tosse, a expectoração e a pieira devem ser caracterizados, bem como a frequência e duração dos episódios. Igualmente é determinante caracterizar a existência ou não de relação dessas queixas com o desempenho das actividades profissionais, bem como o tempo decorrido entre o início da actividade num determinado posto de trabalho e o início das queixas, no sentido de corrigir o grau inicial de incapacidade a atribuir.

A dispneia, sendo, por definição, uma sensação subjectiva, é de difícil caracterização. Há no entanto, alguns elementos clínicos que devem ser valorizados e que são indicadores razoáveis do grau de dispneia. Como critério de definição dos graus de dispneia podemos usar os seguintes:

- Grau 0 — Sem dispneia a não ser no exercício físico violento;
- Grau 1 — Ligeira — dispneia objectivável por taquipneia na marcha acelerada em plano ou numa subida ligeira;
- Grau 2 — Moderada — o doente é obrigado, pela dispneia (objectivável por taquipneia), a caminhar, em plano, mais lentamente do que as pessoas da mesma idade;
- Grau 3 — Grave — a dispneia obriga à suspensão da marcha após andar, em plano, 90 m a 100 m;
- Grau 4 — Muito grave — actos simples como vestir e despir implicam dispneia; incapacidade de sair de casa por causa da dispneia.

Estes graus de dispneia são mais um elemento de correcção do grau da incapacidade a atribuir na zona de incapacidade respectiva que consta na Tabela, na alínea E).

A avaliação radiológica baseia-se na interpretação da radiografia do tórax convencional. Na valorização da evolução radiográfica, sempre que aplicável, deve usar-se a classificação ILO (UICC). A tomografia computadorizada é uma técnica útil na caracterização da extensão da doença pleuro-pulmonar e mediastínica. As alterações radiográficas, por si, podem justificar um grau de invalidez de 0,05 a 0,15. Se não houver lugar a IPP pelos graus de incapacidade previstos na alínea E), a IPP tende para o valor menor.

Os elementos histopatológicos valorizam o diagnóstico. A ausência destes, se por razões de ordem clínica, não deve prejudicar a caracterização de doença profissional desde que os restantes elementos de diagnóstico permitam uma conclusão segura.

O estudo funcional respiratório é um elemento essencial na avaliação da função respiratória destes doentes e na determinação da incapacidade funcional, conforme alínea E). O somatório dos factores correctores faz que o valor da IPP tenda para o maior valor da zona de variação da respectiva incapacidade (grau).

Deste estudo devem constar a determinação da capacidade vital forçada, o volume expiratório máximo no 1.º segundo, o volume residual e a gasimetria arterial. Se a situação clínica o justificar, devem ser efectuadas determinações da distensibilidade pulmonar, das vias aéreas, transferência, alvéolo-capilar do CO, provas de esforço e provas de provocação inalatória, específicas e inespecíficas (hiper-reatividade brônquica).

Se o estudo funcional respiratório é normal em repouso ou sempre que for julgado clinicamente adequado, pode haver lugar à realização de provas de esforço, as quais, pela determinação da PaO₂ no sangue arterial antes e durante o esforço, podem determinar a existência de incapacidade funcional, por tornarem patente uma insuficiência respiratória latente. O grau de incapacidade a atribuir é ponderado de acordo com os valores da PaO₂ atingida e o grau de esforço efectuado.

A prova de esforço é realizada com cargas sucessivas de 30 W, 60 W e 90 W (ciclo ergómetro ou tapete rolante) e considera-se como positiva a queda da PaO₂ de 10 mmHg.

A caracterização da situação clínica deve ser completada com outros exames complementares, sempre que justificável e possível, por forma a quantificar-se correctamente a incapacidade clínico-funcional do doente.

De facto, se o estudo da função respiratória é uma forma objectiva de avaliar o grau de incapacidade, não é menos verdadeiro que nem sempre existe uma correlação exacta entre as alterações funcionais existentes no momento da determinação e outros elementos clínicos igualmente importantes.

Pode mesmo haver lugar à atribuição de incapacidade na ausência de alterações da função respiratória, como seja o mínimo a atribuir na simples alteração radiográfica.

Quando as alterações funcionais respiratórias predominarem, a IPP a atribuir é apenas dada por estas. Se além do predomínio das alterações funcionais ocorrerem imagens radiográficas de lesões extensas, estas têm uma IPP entre 0,05 e 0,15, que se adiciona, segundo o princípio da capacidade restante, à incapacidade funcional, cuja soma nunca ultrapassa o limite máximo do respectivo grau da incapacidade respiratória previsto na alínea E). Igualmente as sequelas operatórias ou traumáticas resultantes de tratamento de doença profissional ou acidente de trabalho, mesmo com uma repercussão funcional mínima, implicam a atribuição de incapacidade clínica funcional por causarem sempre diminuição da reserva respiratória [mínimo do grau I da alínea E)].

B) Algumas situações incapacitantes não exclusivamente relacionadas com a diminuição da função respiratória são de ter em conta com outras variáveis médicas na correcção do grau de incapacidade, conforme os graus da alínea E), no sentido de a IPP tender para o máximo previsto no respectivo grau.

1 — Asma

Os doentes portadores de asma profissional (situação clínica resultante da sensibilização no local de trabalho a substâncias implicadas ou resultantes dos processos de produção) são passíveis de atribuição de incapacidade de acordo com as normas adiante estabelecidas.

Nesta situação a componente clínica é valorizada pela demonstração da queda do VEMS após exposição ao ambiente de trabalho, quer seja possível detectar uma reacção imediata quer tardia. A utilização de debitómetros (*peak flow meter*) no local de trabalho, com registo dos valores durante o dia de trabalho, os fins-de-semana e os períodos de férias, facilita este diagnóstico.

As provas de provocação inalatória inespecíficas são valorizáveis quando, sendo previamente negativas, se tornam positivas algum tempo após o início da actividade laboral.

O diagnóstico de asma profissional recomenda o afastamento do trabalhador da área da laboração com os poluentes incriminados e seus intermediários de produção.

Se o afastamento leva à ausência de queixas clínicas e a um restabelecimento da função respiratória nasal, deve proceder-se à reconversão profissional ou à recolocação selectiva, não havendo neste caso, lugar à atribuição de incapacidade.

O grau de incapacidade é um dos previstos na alínea E), corrigido pela persistência de hiper-reatividade brônquica, pelo número de crises de broncoespasmo, devidamente documentadas, necessitando de assistência em serviços de urgência ou de medicina do trabalho, bem como pela existência ou não de sintomatologia entre as crises, apesar de uma terapêutica optimizada. A avaliação funcional é efectuada após afastamento do local de trabalho.

2— Doenças inalatórias por poeiras orgânicas (alveolites alérgicas extrínsecas/pneumonias de hipersensibilidade)

O grau de incapacidade é o previsto na alínea E), corrigido pelos factores seguintes:

Na atribuição do grau de incapacidade há que ter em consideração que estes doentes, para além da incapacidade clínico-funcional que da doença tenha resultado, devem ser afastados do posto de trabalho que lhe deu origem pelo risco de novas agudizações da doença, com progressão da mesma;

Deve ser tido em conta que se trata de doença que, em regra, tem um carácter crónico, podendo ter uma progressão insidiosa mesmo após o afastamento, pelo que deve ser feita a avaliação periódica, mesmo ao deixar de ser trabalhador activo;

Tal como na asma, existe o risco de sensibilização posterior a agentes inalados e deve valorizar-se a persistência de uma hiper-reatividade brônquica após o afastamento, para efeito de reavaliação.

3— Doenças inalatórias por poeiras ou fibras minerais (pneumoconioses)

O grau de IPP a atribuir é o previsto na alínea E). Na atribuição de um grau de incapacidade há que ter em consideração que o diagnóstico de doença deste grupo deve acarretar a proibição de ocupar um posto de trabalho onde exista o agente causal, com a consequente recolocação selectiva.

Em casos especiais, quando a concentração do agente causal não ultrapassar o máximo admissível e quando o trabalhador atingido for adulto jovem, desde que a doença tenha uma expressão clínica ligeira ainda não incapacitante, pode ser recomendada uma proibição relativa desde que o trabalhador use, com permanência, o equipamento de protecção individual adequado e seja sujeito, periodicamente, a vigilância médica.

Deve ter-se em conta, para correcção dos graus de IPP, o risco acrescido de doenças infecciosas (nomeadamente tuberculose) e de cancro do pulmão ou da pleura, supervenientes a algumas pneumoconioses.

4— Parede torácica e diafragma

A correcção do grau de incapacidade baseia-se na existência ou não de dor, de dificuldade respiratória, de dificuldade na execução de tarefas laborais (directamente relacionada com a lesão da parede) e no grau de alterações da função respiratória. Esta incapacidade está contemplada no capítulo do tórax e Capítulo II — Dismorfias, n.º 2.

Destas alterações clínicas resulta um prejuízo que deve ser somado ao eventual prejuízo funcional. Este, se coexistir, é atribuído de acordo com os graus previstos na alínea E). Quando houver lugar à soma de IPP parciais, esta faz-se segundo o princípio da capacidade restante.

5— Doenças da pleura (doença profissional ou acidente de trabalho)

Podem dar lugar a reparação se delas resultarem paquipleurite, espessamento ou calcificação pleural.

Esta reparação deve basear-se na eventual incapacidade funcional respiratória e no prognóstico. Nos casos em que não haja alteração da função respiratória, a IPP a atribuir por critérios radiográficos tende para o valor menor.

No caso de pneumotórax, se não há sequelas funcionais ou radiológicas, não há lugar a reparação, ou seja, à atribuição de IPP diferente de 0.

6 — Estenoses da traqueia

As estenoses traqueiais traumáticas ou pós-traqueostomia dão um grau de incapacidade conforme Capítulo IV — Otorrinolaringologia, n.º 5.

7 — Miscelânea (situações a caracterizar no respectivo capítulo da tabela)

Há um conjunto de doenças respiratórias capazes de reforçar a incapacidade, pela sua repercussão sistémica, para além do eventual défice respiratório que causam.

É o caso das neoplasias malignas do pulmão, doenças infecciosas crónicas, vasculites, supurações broncopulmonares crónicas graves, etc., que podem corrigir o grau de incapacidade a atribuir pela alínea E), ou seja, orientar o sentido na zona de variação dos coeficientes do respectivo grau.

C) Situações incapacitantes de origem não profissional (incapacidades a atribuir pelos Serviço de Verificação de Incapacidade Permanente e outros da segurança social). — Existem situações clínicas que, não sendo doenças profissionais, são incapacitantes para todas ou algumas profissões.

É o caso da síndrome de apneia do sono, que pode ser causa de invalidez pela sonolência diurna e perturbações da função cognitiva, particularmente em determinados grupos laborais (motoristas, pessoal de voo, operadores de máquinas, etc.).

Acresce que a síndrome pode induzir alterações funcionais condicionantes de invalidez: grave hipoxemia, hipertensão pulmonar, cor pulmonale.

É também o caso das bolhas de enfisema, que devem ser consideradas situações invalidantes dentro de determinados grupos profissionais (mergulhadores, pessoal de voo, músicos de instrumentos de sopro, etc.) ou situações em que a actividade profissional se desenvolva em locais afastados dos serviços médicos de urgência.

D) Estudo da função respiratória. — No estudo da função respiratória, para atribuição de um grau de incapacidade devem ser ponderados entre si todos os dados do estudo funcional respiratório.

Isoladamente só as alterações da gasimetria arterial implicam incapacidade, se baseadas em duas determinações com intervalo mínimo de duas semanas.

E) Graus de incapacidade clínico-funcional. — Na atribuição da incapacidade clínico-funcional consideram-se quatro graus, que vão discriminados a seguir. Para cada grupo foram atribuídos limites superiores e inferiores de incapacidade.

Em cada caso o índice a atribuir deve estar contido nos limites de determinado grau e baseia-se na gravidade do défice funcional respiratório, conjugado com a importância das outras variáveis médicas. Ressalvam-se as situações referidas na alínea B), em que outras variáveis médicas podem corrigir os valores atribuídos pelas alterações da função respiratória e ser reparadas por valor do grau seguinte, quando for devidamente justificado.

Os chamados «factores correctores», difíceis de quantificar, servem para corrigir os valores base atribuídos como grau de incapacidade clínico-funcional, conforme escala que se segue, no sentido do mínimo ou do máximo da zona de variação do respectivo grau.

Portanto, a ausência ou insignificância destas variáveis médicas inclinam a IPP a atribuir para o valor menor dos limites do grau a atribuir e a predominância das mesmas variáveis inclinam no sentido do limite maior do respectivo grau.

Quando, por excepção, alguma das variáveis médicas, só por si, determinar a atribuição de IPP parcial, esta somar-se-á à IPP base atribuída por incapacidade clínico-funcional. Esta soma faz-se sempre segundo o princípio da capacidade restante.

Em qualquer dos casos, de soma ou de correcção, o valor final nunca ultrapassa o limite máximo previsto para o respectivo grau de incapacidade clínico-funcional, salvo o caso das situações referidas na alínea B), quando for devidamente justificado.

Tabela de incapacidades (a corrigir por outras variáveis médicas na zona de variação dos coeficientes de cada grau)

Grau I — Função respiratória:

Capacidade vital forçada (CVF) > -80%;

Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) > -80%;

Débitos expiratórios máximos (DEM):

DEM 50 > 60 % < 80%;

DEM 25-75 > 60 % < 80%;

Distensibilidade pulmonar (compliance estática) ≥ 70%;

Difusão do CO ≥ 70%; PaO₂ ≥ 75 mmHg;

PaCO₂ ≤ 45 mmHg;

Hiper-reactividade brônquica positiva (IPP resultante da conjugação dos diversos factores) 0,05-0,15
 Outras variáveis médicas ou factores correctores (para corrigir o valor base de IPP por incapacidade clínico-funcional):

Asma brônquica: existência de crises comprovadas obrigando ao recurso a serviço de urgência (superior a três por ano). Persistência de sinais e sintomas apesar do afastamento;
 Alterações radiográficas de doença profissional sem repercussão funcional;
 Existência de dor que objectivamente limita os movimentos respiratórios ou a actividade profissional sem repercussão funcional;
 Estenoses da traqueia, traumáticas ou pós-traqueostomia, com repercussão funcional ligeira;
 Lobectomia (lígula e lobo médio) mesmo se não houver repercussão funcional.

Grau II — Função respiratória:

Capacidade vital forçada (CVF) > 60 % < 79%;
 Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) > 60 % < 79%;
 Distensibilidade pulmonar (*compliance* estática) > 60% < 69%;
 Difusão do CO > 60% < 69%;

$PaO_2 \geq 75 \text{ mmHg}$;

$PaCO_2 \leq 45 \text{ mmHg}$;

Hiper-reactividade brônquica positiva (IPP resultante da conjugação dos diversos factores) 0,16-0,30

Outras variáveis médicas ou factores correctores (para corrigir o valor base de IPP por incapacidade clínico-funcional):

Asma brônquica: necessitando, mesmo após o afastamento, de terapêutica broncodilatadora e anti-inflamatória local permanente ou por períodos prolongados de tempo;
 Estenoses da traqueia traumáticas ou pós-traqueostomia com *cornage* ou estudos com valores de função respiratória que estejam dentro dos referidos para este grau ou para o grau I;
 Lobectomia (excepto lobo médio ou lígula) ainda que os valores da função respiratória sejam superiores a este grau.

Grau III — Função respiratória:

Capacidade vital forçada (CVF) < 59% > 50%;
 Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) < 59% > 41%;
 Distensibilidade pulmonar (*compliance*) < 59% > 50%;
 Difusão do CO < 59% > 50%;

$PaO_2 < 75 \text{ mmHg} > 65 \text{ mmHg}$;

$PaCO_2 \leq 45 \text{ mmHg}$;

Prova de esforço positiva a 90 W: 30%-34 % ou 0,30-0,34

Prova de esforço positiva a 60 W: 35%-44 % ou 0,35-0,44

Prova de esforço positiva a 30 W: 45%-60 % ou 0,45-0,60

IPP a atribuir pela conjugação dos diversos factores 0,31-0,60

Outras variáveis médicas ou factores correctores (para corrigir o valor base de IPP por incapacidade clínico-funcional):

Asma brônquica: necessitando de corticoterapia sistemática prolongada (corticodependente), independentemente da função respiratória;

Estenoses da traqueia traumáticas ou pós-traqueostomia com *cornage* ou estridor com limitação das actividades do doente;

Pneumectomia, quaisquer que sejam os valores da função respiratória.

Grau IV — Função respiratória:

Capacidade vital forçada (CVF) $\leq 49\%$;
 Volume expiratório máximo no 1.º segundo (VEMS) $\leq 40\%$;
 Distensibilidade pulmonar (*compliance*) $\leq 49\%$;
 Difusão do CO $\leq 49\%$;

$PaO_2 < 64 \text{ mmHg}$;

$PaCO_2 > 45 \text{ mmHg}$;

IPP a atribuir pela conjugação dos diversos factores 0,61-0,95

Outras variáveis médicas ou factores correctores (para corrigir o valor base de IPP a atribuir por incapacidade clínico-funcional):

Estenoses traumáticas da traqueia traumática ou pós-traqueostomia, necessitando de cânula permanente;

Existência de *cor pulmonale*, se não permite mais do que vida de relação dá incapacidade de 100%.

Se a incapacidade respiratória for decisiva para o desempenho do posto de trabalho, a IPP é corrigida pelo factor 1,5 no caso de o trabalhador ter mais de 45 anos de idade e se não for reconvertível profissionalmente. A incapacidade não pode, em nenhum caso, ultrapassar os 95%, excepto no grau IV com *cor pulmonale*.

CAPÍTULO VIII Nefrologia/urologia

Instruções específicas. — As doenças ou lesões podem atingir as funções parenquimatosas renais e das vias urinárias. A definição do grau de incapacidade devido a lesão das funções parenquimatosas renais deve basear-se na avaliação do filtrado glomerular pela *clearance* da creatinina (ou qualquer outro método mais fiável que venha ser introduzido na prática clínica para o mesmo efeito).

Seja qual for o grau de deterioração da função renal existente à altura da atribuição da incapacidade, o doente deve ser sempre reavaliado a intervalos máximos de dois anos, nomeadamente no caso dos transplantados renais.

1 — Rim

1.1 — Na insuficiência renal crónica, que implica hemodiálise regular em fase avançada, a avaliação desta deve ser feita de dois em dois anos, através do filtrado glomerular:

a) 60ml/m a 80ml/m	Até 0,10
b) 30ml/m a 59ml/m	0,11-0,30
c) 10ml/m a 29ml/m	0,31-0,40
d) Inferior a 10ml/m	0,41-0,60
e) Sob hemodiálise	0,61-0,70

1.2 — Transplantação renal. — Os doentes transplantados devem ser avaliados de dois em dois anos de acordo com o quadro clínico (filtrado glomerular, tensão arterial, etc.), no centro responsável pelo tratamento e seguimento dos transplantados, para apreciação da evolução e assim melhor precisar a incapacidade.

1.3 — Sequelas de traumatismo renal:

a) Dores residuais (Murphy positivo)	0,01-0,05
b) Cicatrizes viciosas sem alteração da função (v. Capítulo II — Dismorfias).	
c) Insuficiência renal de politraumatizados (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).	
d) Anúria transfusional irreversível (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).	
e) Litíase pós-traumática (v. n.º 2.2).	
f) Infecção urinária com insuficiência renal (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).	
g) Hipertensão arterial secundária a traumatismo renal (v. Capítulo VI — Angiocardiologia, n.º 3.1).	

1.4 — Nefrectomia:

1.4.1 — Norim restante:

a) Sem insuficiência renal significativa	0,01-0,05
b) Com insuficiência renal (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).	

1.5 — Sequelas da região lombar:

a) Sequelas de lombotomia — dores residuais, alterações da sensibilidade (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.4.7).	
b) Eventração lombar (traumática ou pós-operatória)	0,20-0,30
c) Cicatrizes viciosas (v. Capítulo II — Dismorfias, n.º 1.4.1).	

2 — Bacinete e ureter

2.1 — Hidronefrose:

2.1.1 — Bem tolerada:

a) Unilateral	0,01-0,05
b) Bilateral	0,06-0,10

2.1.2— Complicada de insuficiência renal (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).	
2.2— Litíase:	
2.2.1 — Com infecção ou com sequelas de tratamento cirúrgico:	
a) Unilateral	0,10-0,20
b) Bilateral	0,21-0,30
2.2.2— Complicada de insuficiência renal (v. «Filtrado glomerular», n.º 1.1).	
2.3 — Sequelas traumáticas ou cirúrgicas do ureter:	
a) Nefro ou ureterostomia cutânea definitiva unilateral	0,31-0,60
b) Idem, bilateral ou sobre rim único	0,46-0,60
c) Derivação urétero-intestinal	0,46-0,60
d) Com reimplantação vesical eficaz	0,20-0,30
e) Ureteroplastia com segmento ileal	0,30-0,45

3 — Bexiga

O coeficiente a fixar é função de lesões vesicais intrínsecas ou extrínsecas. Estas podem ser da bacia, dos órgãos pélvicos, da coluna lombo-sagrada ou da espinal-medula.

As lesões da bexiga podem ter repercussão sobre o sector superior do aparelho urinário e sobre a esfera sexual.

3.1 — Lesões orgânicas pouco incapacitantes simples:	
a) Alteração da capacidade vesical, evidenciável por: polaquiúria, disúria e moderada redução da capacidade vesical objectivada por exames complementares	0,01-0,05
b) Lesões orgânicas da bexiga, tais como telangiectasias vesicais, sem complicações ...	0,06-0,08
c) Idem, complicadas com eritrocitúria, piúria e cristalúria	0,09-0,10
3.2 — Lesões orgânicas ou funcionais pouco incapacitantes, requerendo tratamento continuado ou periódico:	
a) Infecção crónica ou de repetição (cistites)	0,05-0,08
b) Cistite intersticial, documentada com exames complementares de diagnóstico	0,09-0,15
3.3 — Alteração significativa da capacidade vesical por espasticidade ou retracção vesical, necessitando de aparelho colector ou de correcção cirúrgica	0,16-0,25
3.4 — Alteração da capacidade vesical com retenção crónica de urina exigindo algaliação permanente ou derivação cirúrgica:	
a) Sem repercussão sobre o sector superior do aparelho urinário	0,30-0,45
b) Com infecções de repetição e repercussão no sector superior do aparelho urinário (pielonefrites)	0,46-0,60
c) Entero ou colicistoplastia de aumento da capacidade vesical	0,25-0,40
d) Idem, com complicações infecciosas	0,36-0,50
3.5 — Fístulas vesicais, não curáveis por tratamento médico ou cirúrgico:	
a) Vesico-púbica	0,25-0,35
b) Vesico-intestinal	0,50-0,60
c) Vesico-rectal	0,55-0,65
d) Vesico-vaginal	0,40-0,50
e) Idem, com graves fenómenos infiltrativos	0,51-0,70
3.6 — Tumor vesical (de acordo com sequelas operatórias) (v. do n.º 3.1 ao n.º 3.5).	
3.7 — Tumor vesical maligno, infiltrante ou com metástases generalizadas (v. Capítulo XVI — Oncologia).	

4 — Uretra

Na avaliação das sequelas das lesões uretrais deve atender-se:

À sintomatologia: disúria, jacto enfraquecido, retenção urinária, incontinência urinária ou outras equivalentes;

Aos dados objectivos colhidos na exploração clínica, tais como: estenose, fístulas ou outras alterações cicatríciais e ainda aos recolhidos na observação instrumental, como uretoscopia, uretrografia retrógrada e miccional, fluxometria, etc.

Às repercussões sobre a bexiga, sector superior do aparelho urinário, bacia e seu conteúdo e ainda no aparelho reprodutor.

4.1 — Lesões uretrais não complicadas, exigindo apenas terapêutica intermitente	0,05-0,10
4.2 — Sequelas de lesões menores não compensáveis ou não curáveis por tratamento médico ou cirúrgico	0,11-0,20
4.3 — Sequelas de lesões maiores que alteram a permeabilidade da uretra	0,10-0,20
4.4 — Destruição parcial da uretra anterior	0,20-0,30
4.5 — Idem, uretra posterior	0,31-0,40
4.6 — Sequela operatória de uretroplastia perineal definitiva por destruição da uretra anterior	0,30-0,50

CAPÍTULO IX

Gastrenterologia

Aparelho digestivo

Preâmbulo. — Considera-se neste capítulo que o eixo ou tubo digestivo se inicia no esófago e termina no ânus. Não se considera a boca, apesar de ser o local da primeira fase da digestão (salivar), porquanto esta é tratada na estomatologia. Também não se considera neste capítulo a faringe, por ser abordada na otorrinolaringologia. Considera-se incluso neste capítulo, conforme esquema clássico de sistematização, os chamados «anexos», ou seja, o conjunto de funções exócrinas e endócrinas do sistema hepatobiliar e pancreático, excluindo deste a diabetes.

Assim, as funções do tubo digestivo e anexos são complexas mas redutíveis às seguintes:

- Funções de transporte;
- Funções de secreção e digestão (ácido, muco, etc.);
- Funções de secreção das glândulas anexas (árvore biliar e pancreática);
- Funções de absorção;
- Funções de armazenamento;
- Funções de excreção.

Como corolário, qualquer lesão ou perda tecidual do tubo digestivo pode produzir alterações de uma das funções ou do seu conjunto, traduzindo-se ou não em limitações organofuncionais mais ou menos importantes.

Instruções específicas:

- 1 — Completa-se o exame clínico com os exames complementares de diagnóstico aconselháveis e disponíveis, no tempo, para cada situação clínica, num estudo que deve ser exaustivo e completo.
- 2 — Devem ser hierarquizadas as lesões encontradas tendo em vista um modelo homogêneo que integre os diversos componentes, a fim de serem ultrapassadas as dificuldades de sistematização.
- 3 — O modelo deve integrar os seguintes componentes:
 - a) Sintomas e sinais característicos de doença do órgão ou sistema em causa;
 - b) Alterações anatómicas subjacentes ou consequente ao acidente ou à intervenção cirúrgica (sequelas cirúrgicas ou défices funcionais);
 - c) As perdas maiores ou menores do volume tecidual resultante do acidente ou da intervenção cirúrgica;
 - d) Os dados dos exames complementares de diagnóstico: laboratoriais (invasivos ou não invasivos) ;
 - e) A existência ou não de perda ponderal e sua avaliação por tabelas aceites pela maioria dos autores;
 - f) A necessidade de restrições dietéticas ou de uso de fármacos para controlar sintomas ou deficiências nutricionais ou para controlar ou compensar défices funcionais (nomeadamente no pós-operatório imediato ou tardio).

Conjugando estes componentes do modelo homogêneo, é possível distinguir graus de gravidade, atribuindo a cada um deles uma incapacidade parcial permanente em termos relativos.

Assim, distinguem-se quatro graus de gravidade:

Grau I 0,00-0,10

- a) Sintomatologia escassa ou descontínua do órgão ou do sistema atingido;
- b) Ausência ou pequena perda tecidual que não ocasione sequelas cirúrgicas com disfunção relevante;
- c) Conservação do peso normal, sem restrições dietéticas e sem necessidade de correcção ou de compensação pelos fármacos de forma continuada.

Grau II	0,11-0,30
<ul style="list-style-type: none"> a) Sintomatologia relevante e mais ou menos persistente do défice do órgão ou sistema; b) Perda tecidual ou sequelas anátomo-cirúrgicas que se traduzem por disfunção e que carecem de cuidados dietéticos ou de correcção ou de compensação pelos fármacos, de forma continuada; c) Perda de peso até 20%; d) Exames auxiliares de diagnóstico com alterações detectáveis. 	
Grau III	0,31-0,50
<ul style="list-style-type: none"> a) Sinais e sintomas marcados, contínuos e que traduzem disfunção permanente; b) Perdas anatómicas moderadas que determinam disfunção (sequelas cirúrgicas que se traduzem por diminuição do volume ou superfície do órgão ou por alterações da disposição anatómica de qualquer dos seus segmentos em relação ao normal); c) Sintomas que traduzem disfunção acentuada, só controláveis ou compensáveis com fármacos e com carácter permanente; d) Exigências dietéticas permanentes; e) Perda ponderal entre 20% e 30%; f) Exames auxiliares de diagnóstico que revelam alterações marcadas e dificilmente controláveis. 	
Grau IV	0,51-0,70
<ul style="list-style-type: none"> a) Sinais e sintomas permanentes que traduzem grave disfunção; b) Perdas anatómicas extensas ou importantes que se traduzem por grave défice funcional (traumáticas ou cirúrgicas); c) Sintomatologia dificilmente controlável ou compensável com fármacos; d) Exigências dietéticas contínuas com marcada perturbação da vida de relação; e) Perda ponderal superior a 30%; f) Exames auxiliares de diagnóstico com alterações intensas, dificilmente controláveis e irreversíveis. 	

CAPÍTULO X

Psiquiatria

Instruções específicas. — As presentes instruções têm por objectivo proporcionar aos peritos médicos um quadro de referência e critérios de avaliação do défice funcional decorrente da perturbação mental resultante de acidente de trabalho ou de doença profissional.

As incapacidades reflectem as sequelas da perturbação ou os défices funcionais para o desempenho do trabalho habitual.

Numa área como a da psiquiatria, onde coexistem quadros conceptuais, formulações diagnósticas e terminologias diversas, importa, naturalmente, acautelar a objectividade, o rigor e a clareza possíveis, a fim de reduzir o risco de arbitrariedades.

Neste sentido, a referência adoptada é a Classificação das Perturbações Mentais e Comportamentais (CID), da OMS, fixada no ordenamento jurídico interno, na versão que vigorar à data da observação pericial, o que não impede, todavia, a possibilidade de recurso ou de remissão para outros sistemas de classificação internacionalmente reconhecidos, como o *DSM — Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, da Associação Americana de Psiquiatria.

Os princípios aqui definidos constituem um quadro de referência privilegiado, embora com carácter indicativo, devendo ser utilizado com a indispensável prudência e tendo em conta que os valores máximos dos intervalos correspondem a situações clínicas limite.

À luz dos princípios gerais atrás delineados, a avaliação da incapacidade permanente que traduz o défice funcional resultante de perturbação mental com origem em acidente de trabalho ou em doença profissional, constitui uma tarefa delicada e não isenta de alguma subjectividade. E isto porque o conceito de normalidade, bastante vago e impreciso em psiquiatria, a natureza peculiar da perturbação mental, a interacção dinâmica entre a personalidade e o meio ambiente, a predisposição individual e os factores exógenos, constituem uma teia complexa e difícil de traduzir em termos de causalidade. Tal não significa, porém, que não devam ser utilizados, sistematicamente, os exames clínicos e complementares de diagnóstico tidos por necessários ao esclarecimento do nexos de causalidade.

Na ausência de uma distinção nítida entre saúde mental e perturbação mental, adjacentes ao conceito de normalidade, a avaliação de uma incapacidade permanente, em termos de compromisso fisiológico, psicológico ou

psicopatológico para o desempenho do trabalho habitual e, eventualmente, o compromisso no relacionamento social, deve atender-se, sobretudo, ao nível de adaptação individual anterior à ocorrência do acidente ou da doença.

É este o quadro de referência no qual se inserem os vários níveis de gravidade adiante enunciados, a maior ou menor regressão da personalidade do sujeito, a deterioração do seu comportamento, a diminuição da autonomia individual e, eventualmente, o grau de desajustamento social.

Reconhecendo-se, por um lado, a relatividade dos sistemas de classificação e dos coeficientes de desvalorização, e, por outro, as dificuldades que, na prática, se deparam ao médico quando solicitado a situar o resultado da sua avaliação pericial sobre uma escala convencional de gravidade, admite-se que, em certos casos, o perito possa atribuir o valor máximo de incapacidade previsto, desde que devidamente fundamentado à luz das regras gerais atrás referidas e dos resultados dos exames complementares de diagnóstico tidos por convenientes.

Na avaliação pericial, deve ainda ter-se em conta o conceito de consolidação, i.e., a altura em que, na sequência de um processo transitório de cuidados terapêuticos, a situação clínica (lesão ou défice funcional) se fixa e adquire um carácter permanente ou, pelo menos, duradouro, persistindo por um período de tempo indefinido.

A partir de então, a manutenção do tratamento, quando necessária, destina-se, sobretudo, a prevenir eventuais recidivas ou um possível agravamento da situação clínica de que resultou um certo grau de incapacidade permanente, os quais não devem, todavia, ser confundidos com possíveis flutuações em torno da linha de base.

A aplicação dos coeficientes de desvalorização representa apenas a derradeira etapa de um processo laborioso, que inclui a realização de um minucioso exame clínico e dos exames complementares considerados necessários, bem como a elaboração de um relatório exaustivo onde constem todos os elementos apurados e as conclusões periciais devidamente fundamentadas. Cabe aqui assinalar que a solicitação dos exames complementares deverá ser justificada por razões de ordem clínica, limitando-se àqueles que, à luz dos conhecimentos e experiência psiquiátrica, possam contribuir de forma reconhecidamente útil para uma correcta formulação diagnóstica ou confirmação de um quadro psicopatológico que se afigure significativamente incapacitante (p. ex., testes psicológicos).

I — Glossário das perturbações mentais mais frequentes no domínio da avaliação pericial do dano em direito do trabalho

Ainda que a referência adoptada tenha sido a CID-10, Classificação das Perturbações Mentais e Comportamentais (OMS, 1992), entendeu-se, por razões de ordem prática, apresentar aqui uma breve síntese das entidades nosológicas mais frequentes neste domínio da avaliação pericial, com indicação dos respectivos códigos.

1 — Perturbações da adaptação (F43.2). Reacção depressiva prolongada (F43.21)

A ocorrência dos sintomas deve verificar-se durante o mês subsequente à exposição a um factor de stress psicossocial identificável, que não seja de natureza rara ou catastrófica. O indivíduo manifesta sintomas ou alterações do comportamento do tipo dos encontrados em qualquer das perturbações afectivas (F30-F39) (excepto delírios e alucinações), perturbações neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes (F40-F48) ou perturbações da conduta (F91), sem que, todavia, preencham os critérios de uma destas perturbações. Os sintomas podem variar quer na forma, quer na gravidade.

Na reacção depressiva prolongada verifica-se um quadro depressivo moderado em resposta à exposição prolongada a uma situação geradora de stress, cuja duração não exceda os dois anos. Se a duração for superior, o perito pode, ainda assim, considerar tratar-se da síndrome classicamente conhecida por neurose pós-traumática, que mantém a sua relevância médico-legal e cujo diagnóstico, a ser formulado, é enquadrável na perturbação neurótica não especificada (F48.9).

Recorde-se que a neurose pós-traumática caracteriza-se, sobretudo, por ansiedade, humor deprimido, desânimo, astenia, lentificação psicomotora e irritabilidade fácil. Trata-se de um quadro de natureza funcional que envolve um certo sofrimento, ampliado pelo sujeito através de uma focagem cognitiva desproporcionada, com considerável vivência emocional e colorido histero-depressivo, que não aparenta resultar de uma simulação de incapacidades, mas de uma personalidade prévia em que avultam os traços neuróticos.

2 — Perturbação de stress pós-traumático (F43.1)

O sujeito deve ter estado exposto a um acontecimento ou situação (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, susceptível de gerar reacções de stress na esmagadora maioria das pessoas. Deve haver recordação ou «revivência» persistente do agente de stress sob a forma flashbacks intrusivos, memórias vívidas, sonhos recorrentes ou experimentação de reacções de stress quando exposto a circunstâncias semelhantes ou associadas ao agente de stress. O indivíduo deve evidenciar um evitamento actual ou preferencial de circunstâncias semelhantes ou associadas ao agente de stress, conduta esta inexistente antes da exposição ao

agente de stresse. Além disso, devem estar presentes sintomas integrantes de uma das seguintes condições: (1) incapacidade de recordar, total ou parcialmente, aspectos importantes do período de exposição ao agente de stresse; (2) sintomas persistentes de aumento da sensibilidade e do estado de alerta (ausentes antes da exposição ao agente de stresse), evidenciados por, pelo menos, dois dos seguintes: (a) dificuldade em adormecer ou em dormir; (b) irritabilidade ou acessos de raiva; (c) dificuldade de concentração; (d) hipervigilância; (e) resposta de susto exagerada. As condições atrás referidas devem ocorrer no decurso dos seis meses subsequentes ao acontecimento gerador de stresse ou no termo do período de stresse.

3 — Perturbações da personalidade e do comportamento devidas a doença, lesão ou disfunção cerebral (F07).
Perturbação orgânica da personalidade (F07.0)

(1) A nosologia desta síndrome não se encontra claramente estabelecida, devendo existir sinais objectivos evidenciáveis através da observação física e neurológica e de exames complementares de diagnóstico, e ou história de doença, lesão ou disfunção cerebral; (2) Não existe turvação do campo da consciência ou défice significativo da memória; (3) Não existem elementos bastantes que permitam classificar as alterações da personalidade ou do comportamento na rubrica das alterações da personalidade e do comportamento adultas (F60-F69).

Além dos critérios gerais atrás definidos, para o diagnóstico de perturbação orgânica da personalidade (F07.0), devem estar presentes pelo menos três das seguintes condições durante um período de, pelo menos, seis meses: (1) Redução consistente da capacidade para manter actividades visando a concretização de objectivos, especialmente as que envolvem períodos de tempo relativamente prolongados e o adiamento de gratificações. (2) Uma ou mais das seguintes alterações emocionais: (a) labilidade emocional (expressão incontrolada, instável e flutuante das emoções); (b) euforia e jovialidade superficial e inapropriada face às circunstâncias; (c) irritabilidade e ou acessos de raiva e agressividade; (d) apatia. (3) Expressão desinibida de necessidades ou impulsos sem consideração das consequências ou das convenções sociais (o indivíduo pode envolver-se em actos dissociados como o roubo, ataques de natureza sexual, excessos alimentares ou negligência extrema pela higiene pessoal); (4) alterações cognitivas, tipicamente sob a forma de: (a) desconfiança excessiva e ideias paranóides; (b) preocupação excessiva com um único assunto, tais como religião ou a categorização rígida do comportamento das outras pessoas em termos de «certo» ou «errado». (5) Alteração marcada da forma e ritmo do discurso, caracterizada por circunstancialidade, sobre-inclusão, viscosidade e hipergrafia. (6) Alteração do comportamento sexual (por exemplo, hipossexualidade ou mudança na preferência sexual).

4 — Perturbações da personalidade e do comportamento devidas a doença, lesão ou disfunção cerebral (F07).
Síndrome pós-concussional (F07.2)

Além dos critérios gerais definidos no ponto 3, deve existir uma história de traumatismo craniano com perda de consciência precedendo a eclosão dos sintomas por um período até quatro semanas. Devem ainda estar presentes pelo menos três das seguintes condições: (1) queixas de sensações incómodas e dores, tais como cefaleias, tonturas, mal-estar geral, fadiga excessiva ou intolerância ao ruído; (2) alterações emocionais, tais como irritabilidade, labilidade emocional ou um certo grau de depressão e ou ansiedade; (3) queixas de dificuldade de concentração ou de realização de tarefas mentais e problemas de memória, sem evidência objectiva (p. ex., testes psicológicos compatíveis com um marcado compromisso funcional); (4) insónia; (5) reduzida tolerância ao álcool; (6) preocupação com os sintomas atrás referidos e receio de dano cerebral permanente, sobrevalorização de ideias hipocondríacas e assunção do papel de doente.

II — Critérios de avaliação das incapacidades

Grau I — Perturbações funcionais ligeiras, com nula ou discreta diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional	0,01-0,05
Grau II — Perturbações funcionais moderadas, com ligeira a moderada diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional	0,06-0,15
Grau III — Perturbações funcionais importantes, com manifesta diminuição do nível de eficiência pessoal ou profissional	0,16-0,30
Grau IV — Perturbações funcionais importantes, com acentuada modificação dos padrões de actividade diária (*)	0,26-0,60
Grau V — Perturbações funcionais muito graves, envolvendo uma importante regressão da personalidade e profunda modificação dos padrões de comportamento (*)	0,61-0,95

(*) A fundamentação clínica destes graus de gravidade deve apoiar-se nos resultados dos exames complementares de diagnóstico tidos por convenientes (p. ex., testes psicológicos), nomeadamente, testes psicológicos e exames periciais.

CAPÍTULO XI

Dermatologia

Instruções específicas. — De entre a dermatologia patológica, merecem especial realce os eczemas alérgicos. Nestes casos, o afastamento de um doente do seu posto de trabalho pode determinar a sua cura clínica, ainda que possa manter uma reactividade latente, que se manifesta ao menor contacto com a substância causadora da sua dermatose.

Os valores que se seguem são de atribuir atendendo aos seguintes factores:

- a) Extensão e gravidade das lesões;
- b) Evolução clínica sob terapêutica;
- c) Complicações e sequelas, com incapacidades adicionais.

1 — Eczemas

1.1 — Eczemas de contacto alérgico:	
1.1.1 — Impedindo parcialmente o desempenho da actividade profissional	0,10-0,15
1.1.2 — Impedindo por completo o desempenho da actividade profissional	0,16-0,25
1.2 — Eczemas de contacto irritativos ou traumáticos:	
1.2.1 — Eczemas curados	0,00
1.2.2 — Impedindo parcialmente o desempenho da actividade profissional (tendo em conta as características do posto de trabalho)	0,05-0,15
1.2.3 — Impedindo por completo o desempenho da actividade profissional	0,16-0,25

2 — Urticária de contacto

De acordo com as exigências e as características da actividade profissional e atendendo à evolução clínica	0,10-0,30
--	-----------

3 — Radiodermites agudas e crónicas

Conforme a extensão e o grau de impedimento para o desempenho do posto de trabalho	0,10-0,30
--	-----------

4 — Ulcerações cutâneas

4.1 — Ulceração por produtos químicos ou outros: Dependendo da localização e extensão da ulceração e das sequelas, com esta relacionada	0,01-0,10
4.2 — Ulcerações cutâneas crónicas pós-traumáticas dos membros inferiores, consoante a dificuldade da marcha	0,05-0,40

5 — Infecções, infestações, parasitoses

Dependendo das sequelas e capacidade funcional restante:	
5.1 — Erisipela	0,00-0,15
5.2 — Tuberculose cutânea	0,00-0,15
5.3 — Dermatofitias	0,00-0,15
5.4 — Candidíases	0,00-0,15
5.5 — Estafilococcia	0,00-0,15
5.6 — Micoses profundas	0,05-0,30
5.7 — Virozes (quando tiverem tradução cutânea recidivante ou permanente)	0,00-0,15

6 — Discromias

Dependendo da extensão e gravidade	0,01-0,05
--	-----------

7 — Fístulas crónicas pós-traumáticas

Fístulas dérmicas pós-traumáticas	0,01-0,10
---	-----------

8 — Acne, foliculites

Dependendo da extensão e gravidade das lesões e da incapacidade para o exercício do posto de trabalho	0,00-0,10
---	-----------

9 — Neoplasias cutâneas

Nota. — Para as neoplasias, v. Capítulo XVI — Oncologia.

CAPÍTULO XII

Órgãos de reprodução

A) Aparelho genital feminino

Introdução. — Neste capítulo são apenas abrangidos: vulva, vagina, útero, trompas-de-falópio e ovários.

As alterações endócrinas são consideradas no Capítulo XIV — Endocrinologia.

As alterações da função urinária causadas por lacerações da vulva e que atinjam o meato urinário são consideradas no Capítulo VII — Urologia.

Na atribuição de um coeficiente de desvalorização tem de se ter em linha de conta a contribuição do órgão para a função reprodutora e ou sexual, ponderando o passado obstétrico e ginecológico da mulher na idade fértil, quando as lesões ou as disfunções impedirem a reprodução ou a satisfação sexual, as incapacidades encontradas são multiplicadas pelo factor 1,5.

1 — *Vulva e vagina.* — Na vagina são de considerar as lacerações que causem alterações de sensibilidade com prejuízo ou dificuldade no coito e as estenoses que impeçam o coito ou o parto por via vaginal.

2 — *Útero.* — No útero há duas partes a valorizar: o colo e o corpo.

a) No colo há que considerar as lesões que originam:

a.1) Estenoses que prejudiquem ou impeçam a drenagem do fluxo menstrual;

a.2) Incompetências cérvico-ístmicas que necessitam de correcção cirúrgica para viabilizar uma gravidez;

a.3) Perdas parciais ou totais do colo;

b) O corpo do útero é fundamental para a reprodução. Como tal, há que atender que a sua perda origina esterilidade e que as cicatrizes do mesmo podem comprometer o futuro obstétrico da mulher.

b.1) As sinéquias uterinas resultantes de curetagem também são objecto de desvalorização, caso não exista possibilidade de tratamento.

3 — *Trompas-de-falópio.* — Nestas há que considerar as obstruções uni ou bilaterais e as salpingectomias uni ou bilaterais que tenham resultado de traumatismo.

4 — *Ovários.* — A ooforectomia bilateral origina, além da esterilidade, a menopausa precoce, que prejudica a curto e a longo prazo a vida da mulher.

A disfunção ovária, pode ter graves consequências: o hiperestrogenismo, resultante da anovulação, e aumento da incidência da patologia do endométrio.

5 — *Mamas.* — As lesões mamárias que originam deformidade ou alteração da superfície prejudicam estética e psiquicamente a mulher.

No coeficiente de desvalorização há ainda a considerar o factor do aleitamento, se a mulher se encontrar em idade fértil.

1 — Vulva e vagina

a) Deformidade da vulva e vagina, sem alterações do clítoris e que não requerem tratamento continuado, com relações sexuais possíveis e com possibilidade de parto vaginal	0,01-0,10
b) Lesões da vulva e vagina, interessando o clítoris, ainda com relações sexuais possíveis, mas com dificuldade para o parto vaginal, que requerem tratamento frequente ou continuado	0,11-0,15
c) Como na alínea anterior, mas não controláveis pelo tratamento, com relações sexuais impossíveis e parto vaginal impossível	0,16-0,35
d) Lesões himeniais, como sequela de acidente ou sevícia	0,05-0,10

2 — Útero

2.1 — Colo:

a) Estenose cervical ligeira a moderada, perda parcial do colo ou alterações do muco cervical (que não sejam factor de esterilidade secundária)	0,01-0,05
---	-----------

b) Incompetência cérvico-ístmica ou alterações do muco que causem infertilidade secundária	0,06-0,10
c) Estenoses que exijam dilatação periódica	0,11-0,15
d) As lesões das alíneas anteriores quando não forem controláveis por tratamento ou quando se traduzirem em estenoses completas ou perda total do colo	0,16-0,20
2.2 — Corpo:	
Sinéquias uterinas	0,01-0,10
Cicatriz do corpo do útero que implique risco de rotura no decurso duma gravidez	0,11-0,20
Histerectomia com conservação dos ovários	0,15-0,25
Histerectomia com anexectomia bilateral	0,26-0,35
Prolapso uterino de origem traumática:	
1) 1.º grau	0,02-0,08
2) 2.º grau	0,09-0,12
3) 3.º grau	0,13-0,20

3 — Trompas-de-falópio

a) Obstrução ou salpingectomia unilateral	0,01-0,05
b) Obstrução ou salpingectomia bilateral, com conservação da ovulação	0,06-0,15

4 — Ovários

a) Ooforectomia parcial ou unilateral, com conservação da ovulação	0,05-0,10
b) Perda da ovogénese ou Ooforectomia bilateral:	
b.1) Pós idade fértil	0,01-0,04
b.2) Em idade fértil	0,11-0,25

5 — Mama

Cicatriz que deforme o mamilo e impeça a amamentação	0,01-0,10
--	-----------

Nota. — Para as restantes lesões mamárias, v. Capítulo II — Dismorfias.

B) Aparelho genital masculino

Condições prévias. — O aparelho genital masculino no seu sentido estrito deve ser considerado como constituído pelas partes seguintes:

Pénis;
Testículos;
Epidídimo;
Cordão espermático;
Vesículas seminais;
Bolsas escrotales.

No caso do homem, há que distinguir esterilidade e disfunção erétil; enquanto a primeira é decisiva para a reprodução, a segunda é imprescindível no homem para a prática sexual, porquanto sem erecção não há coito integral.

Por isso, as incapacidades resultantes de lesões relacionadas com a reprodução ou de perturbações funcionais do aparelho genital relacionadas com a erecção que constam na tabela que se segue são corrigidas com a multiplicação pelo factor 1,5.

Quando às incapacidades do aparelho genital se associarem as do aparelho urinário, procede-se ao cálculo da incapacidade total seguindo o princípio da capacidade restante.

1 — Pénis

1.1 — Dificuldade na erecção, na ejaculação ou perturbações do orgasmo com função reprodutora conservada	0,05-0,15
1.2 — Erecção suficiente, com coito possível, mas sem ejaculação	0,16-0,20
1.3 — Ausência total de erecção (disfunção erétil neurológica ou vascular pós-traumática)	0,21-0,35
1.4 — Perda parcial ou total do pénis, com conseqüente meato ectópico	0,36-0,45
1.5 — Perda do pénis e dos testículos	0,46-0,60

2 — Testículos

- 2.1 — Perda de um testículo por atrofia ou destruição pós-traumática ou por orquidectomia terapêutica 0,10-0,20
- 2.2 — Perda de dois testículos, a graduar de acordo com o resultado do tratamento cirúrgico plástico e a compensação hormonal conseguida 0,21-0,35

3 — Epidídimo, cordão espermático e vesículas seminais

- 3.1 — Sinais ligados a pequenas alterações anatómicas que perturbem a ejaculação mas, que não exigem tratamento continuado, sem repercussão da função hormonal 0,01-0,05
- 3.2 — Sinais que traduzem alterações anatómicas que perturbam a função seminal, com ligeira a moderada repercussão da função hormonal 0,06-0,14
- 3.3 — Alterações graves da integridade do cordão espermático ou das vesículas seminais com repercussão grave da função hormonal 0,15-0,30

4 — Próstata

- 4.1 — Alterações da uretra prostática que perturbem a ejaculação, sem, todavia, a impedir 0,01-0,05
- 4.2 — Sequelas de tratamento endoprostático ou prostatectomia com ejaculação retrógrada 0,10-0,20

5 — Bolsas Escrotais

- 5.1 — Mau posicionamento testicular por lesões das bolsas escrotais pós-acidente ou pós-doença profissional 0,01-0,05
- 5.2 — Sequelas dolorosas locais resultantes de acidente ou acto cirúrgico por doença profissional 0,06-0,10
- 5.3 — Perda total das bolsas escrotais como sequela de acidente ou resultante de acto cirúrgico por doença profissional, com reimplantação ectópica dos testículos 0,11-0,20
- 5.4 — Hematocelos ou hidrocelos crónicos ou recidivantes pós-acidente ou pós-doença profissional 0,10-0,15

Nota. — Às incapacidades previstas neste capítulo, que sejam acompanhadas por alterações psico-patológicas, é adicionado o coeficiente de desvalorização decorrente de avaliação psiquiátrica, segundo o princípio da capacidade restante.

CAPÍTULO XIII**Hematologia**

Considerações prévias. — É extremamente difícil estabelecer o grau de incapacidade real resultante das alterações hematopoiéticas em consequência de agressão de natureza profissional sobre os órgãos responsáveis pela manutenção quantitativa e qualitativa do compartimento sanguíneo.

Os progressos feitos no domínio da bioquímica, imunologia, citologia, etc., vieram pôr em destaque uma variedade de situações clínicas e laboratoriais até há poucos anos quase desconhecidas e que têm hoje plena actualidade. É de referir muito particularmente o compartimento do tecido hematopoiético responsável pela vigilância imunológica e cuja deterioração é muitas vezes de causa profissional e pode conduzir a situações muito graves de imunodepressão ou supressão, só detectáveis anos depois do evento que lhes deu origem. A extraordinária labilidade das células histaminais totipotentes e ainda a falta de conhecimentos completos acerca de todos os factores com influência importante no seu processo de maturação e diferenciação tornam por vezes difícil estabelecer o grau de incapacidade.

1 — Anemias

Instruções específicas. — Aquilo que actualmente tem de ser tomado em consideração é:

- 1) A percentagem de hemoglobina;
 - 2) A necessidade de compensação transfusional e o tempo da sua duração, pelas implicações que acarreta (a percentagem normal de hemoglobina é de, pelo menos, 12 g/dl para a mulher e 13 g/dl para o homem).
- A indicação para terapêutica transfusional só se põe actualmente para valores inferiores a 8 g/dl. A razão mais importante seria não deprimir a medula na sua actividade mercê do fornecimento externo do sangue. Outro factor importante a ter em consideração é o tempo de evolução do estado patológico para a cura.

Quanto mais prolongado for o estado patológico, piores as perspectivas de cura completa ou parcial. Será bom não esquecer que a maior parte das anemias crónicas relacionadas com a actividade laboral são as anemias aplásticas ou hipoplásticas resultantes de radiações ionizantes, produtos químicos e tóxicos, hiperpressão, etc., frequentemente mortais ou incapacitantes a quase 100%, fisicamente.

Deve ser tomado em consideração que as hemopatias de causa profissional são quase sempre de gravidade acima da média, tendo em consideração que na base delas está o contacto com produtos tóxicos, radiações, fármacos, venenos, compostos benzénicos, etc., de que resultam perturbações maturativas e dismielopoieticas (alterações qualitativas) não raras vezes mortais a médio ou longo prazo: anemias aplásticas puras ou complicadas com agranulocitose e leucocitopenia, ou seja, que às perturbações próprias das anemias (adinamia, dispneia, traquicardia, etc.) se juntam as infecções repetidas e graves, próprias da agranulocitose, e as hemorragias mais ou menos intensas, das trombocitopenias e trombocitopatias.

Tendo em consideração que as anemias de causa profissional provocam aplasias ou disfunções medulares qualitativas tipo SMD (síndrome mielodisplásica), e que em ambas as situações a evolução é lenta e de recuperação imprevisível, assume-se que a avaliação do grau de anemia poderá inicialmente ser mensal, podendo, segundo a evolução laboratorial, ser este período encurtado ou alongado, variando entre as duas semanas e os dois meses num ou noutro caso. Não é frequente neste tipo de patologia existirem grandes oscilações da hemoglobina globular, a não ser quando se inicia a evolução gradual para a cura.

Parece, pois, que existem razões mais do que suficientes para acabar definitivamente com as considerações sobre «frequência das transfusões» e «quantidade transfundida» para atribuir percentagens de incapacidade.

Finalmente, não se pode deixar de recordar a grande percentagem de leucemias secundárias à exposição às radiações ionizantes e aos derivados benzénicos e anilinas que podem surgir anos após o contacto com estes agentes cancerígenos.

1.1:

Homem > 11 g/dl < 12g/dl	0,05-0,10
Mulher > 10 g/dl < 11g/dl	0,05-0,10

1.2:

Homem > 10 g/dl < 11g/d	0,11-0,20
Mulher > 9 g/dl < 10g/dl	0,11-0,20

1.3:

Homem > 8 g/dl < 10g/d	0,21-0,60
Mulher > 7 g/dl < 9g/dl	0,21-0,60

Abaixo destes valores a incapacidade é de 0,61-0,70 para tarefas que não exijam esforço físico importante.

2 — Policitemias

Instruções específicas. — A policitemia vera é uma doença mieloproliferativa tal como as leucemias e pode ser mesmo a forma inicial de apresentação desta última. Estabelecer um nexo de causalidade entre a doença e a actividade laboral pode não ser fácil, mas haverá sempre tendência para a relacionar com radiações, compostos benzénicos, substâncias tóxicas, etc.

O estabelecimento do nexo de causalidade entre a policitemia vera e o factor de risco é, sem dúvida, muito mais difícil do que o relacionamento de uma policitemia secundária com a profissão exercida. As causas fundamentais estão em relação íntima com a hipoxemia: lesões cardíacas congénitas, fístulas arteriovenosas, insuficiência respiratória (bronquite crónica, asma, enfisema, pneumoconioses, fibrotórax pós-traumático, pneumectomia, etc.), maior afinidade da hemoglobina para o oxigénio (constitucional), permanência prolongada em altitude (acima de 1500 m), défice constitucional de 2,3 difosfo-glicerato- mutase, para citar as realmente mais importantes do grupo das chamadas «por secreção apropriada» de eritropoietina, mas haverá também que considerar as que acompanham os tumores do rim e do fígado, os quistos renais e hemangioblastoma do cerebello.

De entre as etiologias das policitemias secundárias, as de causa pulmonar são as que têm uma relação mais íntima e segura com a actividade profissional, com grande destaque para as pneumoconioses pelo pó do carvão, serradura, cortiça, amianto, sílica, etc., como os traumatismos torácicos e nas complicações (fracturas de costelas com perfuração e infecção secundária, podendo conduzir ao empiema e ao fibrotórax). As outras causas não podem ser imputáveis à actividade laboral ou a acidentes no seu desempenho.

2.1 — Graus de incapacidade:

- 2.1.1 — O máximo de hemoglobina não deve exceder 18 g/dl, o que, por vezes, só é possível controlar com terapêutica adequada 0,15-0,20
- 2.1.2 — Se tiver de ser instituída terapêutica por aparecimento de trombocitemia com trombopatia, a incapacidade varia, consoante a intensidade da diátese hemorrágica, entre 0,40-0,50

Mas, frequentemente, será difícil manter a hemoglobina abaixo de 20 g/dl, mesmo com tratamento intensivo, e a sintomatologia, resultante do grande aumento de viscosidade pode ser muito grave: flebite dos membros inferiores, cegueira por trombose dos vasos da retina, acidentes vasculares cerebrais, etc.

Nota. — Estado vegetativo persistente 1,00 (v. Capítulo III — Neurologia)

3 — Leucitopatias

Instruções específicas. — As agranulocitoses puras (granulócitos inferiores 1000/mm³) são raras e geralmente são provocadas por drogas tóxicas e medicamentosas.

Geralmente as agranulocitoses surgem associadas a alterações das outras séries (pancitopenias) e já foram consideradas nas anemias.

As hiperleucocitoses são geralmente transitórias e associadas a infecções. As leucemias são já alterações quantitativas e qualitativas dos leucócitos; na realidade, mais qualitativas porque existem leucemias com número normal ou baixo de leucócitos: leucemias paucileucocitárias ou aleucémicas. Sendo ainda polémica, entende-se que se a leucemia é, ou pode ser, imputada ao meio em que a actividade profissional se desenvolve, pouco importa se ela é crónica ou aguda, porque quase sempre se trata de uma doença muito incapacitante pela natureza dos sintomas que ocasiona, quer pela terapêutica por citostáticos quer pelas transplantações de medula a que obriga, que os torna ainda mais incapacitantes do que a própria doença.

Graus de incapacidade:

3.1 — Leucemia linfática crónica (LLC) — incurável:

- a) Estádio A — sem anemia nem trombocitopenia, imunidade deprimida, o que predispõe a infecções fáceis 0,20-0,30
- b) Estádio B — adenopatias múltiplas, leucositose entre 50 000 e 100 000 e linfócitos superiores 80% 0,31-0,50
- c) Estádio C — com anemia, trombocitopenia e outros sintomas 0,80-0,95

3.2 — Leucemia mielóide crónica (LMC):

- a) Estádio A — sem anemia, sem mieloblastos no sangue periférico, sem diátese hemorrágica:
 1) Com leucócitos < 100 000/mm³ 0,15-0,20
 2) Complicações — enfarte esplénico ou esplenomegalia dolorosa 0,30-0,50
- b) Estádio B — com anemia variável, diátese hemorrágica e leucócitos > 100 000, apesar de tratamento 0,60-0,90

3.3 — Leucemias agudas: deve ser atribuída uma incapacidade temporária absoluta, durante a fase aguda, após a qual deve ser atribuída incapacidade de acordo com os n.ºs 3.1 ou 3.2.

3.4 — Síndrome mielodisplásica (SMD). — O grau de incapacidade nestas situações resulta fundamentalmente do grau de anemia, trombocitopenia e granulocitopenia, no seu todo ou separadamente, podendo aplicar-se a estas situações a mesma percentagem de incapacidade já referida para as citopenias.

4 — Neutropenias de causa laboral

Instruções específicas. — São bem conhecidas as neutropenias graves produzidas por tóxicos vários, insecticidas, radiações e medicamentos manuseados sem protecção ou ingeridos. Em termos práticos, é costume considerar a barreira dos 1000 granulócitos como limite abaixo do qual podem surgir infecções bacterianas graves.

Graus de incapacidade:

- Granulocitos < 2000/mm 0,40-0,60
- Granulocitos < 1000/mm 0,80-0,90

5— Trombocitopenias e trombopatias

5.1— Trombocitopenias:

Instruções específicas. — Estas situações traduzem-se pela diminuição do número ou da qualidade das plaquetas, que podem resultar directamente da actividade laboral ou não. Entre as causas laborais mais importantes contam-se as radiações ionizantes, as tóxicas (clorato de potássio, benzenos, anilinas, etc.), as medicamentosas (hipnóticos, digitálicos, anti-inflamatórios, tranquilizantes, etc.). A trombocitopenia e a trombopatia podem estar associadas a um quadro de aplasia medular com pancitopenia.

Graus de incapacidade. — Os graus de incapacidade das trombocitopenias são os seguintes (de acordo com os parâmetros de aplasia medular ou pancitopenia):

Plaquetas entre 100 000 e 150 000	0,10-0,15
Plaquetas entre 70 000 e 100 000	0,16-0,25
Plaquetas entre 50 000 e 70 000	0,26-0,50
Plaquetas < 50 000	0,51-0,95

5.2— Trombopatias:

Instruções específicas. — As alterações qualitativas podem surgir como consequência de doenças mieloproliferativas de causa laboral, possíveis leucemias e SMD mas também por causas tóxicas, químicas ou por radiações.

O tempo de hemorragia é o principal parâmetro laboratorial na apreciação da gravidade da trombopatia, além dos sinais clínicos que são quase semelhantes aos das trombocitopenias, com o aspecto particular da menor frequência e extensão das petéquias.

Graus de incapacidade:

T. de hemorragia até 12 minutos	0,00
T. de hemorragia de 12 a 20 minutos	0,50-0,60
T. de hemorragia superior a 20 minutos	0,61-0,95

6— Esplenectomia pós-traumática

6.1 — Sem complicações cirúrgicas, hematológicas ou infecciosas (défices do pós-operatório tardio) 0,00-0,05

6.2 — Com complicações cirúrgicas, hematológicas ou infecciosas (défices do pós-operatório tardio) (consoante as sequelas v. os respectivos capítulos para efeitos de IPP).

Nota. — O principal problema da esplenectomia resulta da alta percentagem de infecções graves que atinge os indivíduos jovens até cerca dos 14 anos.

CAPÍTULO XIV

Endocrinologia

Glândulas endócrinas

Instruções específicas. — São muito raras as desvalorizações por lesões traumáticas das glândulas endócrinas porque estas, graças à sua situação anatómica protegida, só muito raramente são afectadas de forma directa pelos acidentes. Além disso, como uma pequena parte do parênquima endócrino é suficiente para manter uma função hormonal satisfatória, só se verificam perturbações metabólicas importantes após uma destruição maciça, em grandes politraumatizados. Assim distinguiremos sequelas das glândulas:

- Hipotálamo-hipofisária;
- Supra-renais;
- Tiroideia;
- Paratiroideias;
- Pâncreas endócrino;
- Testículos;
- Ovários.

Em relação à glândula hipofisária, distinguiremos a diabetes insípida e o hipopituitarismo anterior.

O quadro da diabetes insípida pode ocorrer entre algumas horas e alguns dias após o acidente (admite-se como intervalo máximo os três meses). Este quadro caracteriza-se por polidipsia e poliúria, mas o diagnóstico deve ser confirmado pelo estudo endocrinológico.

O quadro do hipopituitarismo anterior é o de todo o hipopituitarismo, associando: sinais de insuficiência tiroideia sem mixedema verdadeiro; sinais de insuficiência supra-renal sem pigmentação e sinais de hipogonadismo. O diagnóstico exacto baseia-se nas provas funcionais que exploram as estimulinas: tiroideia, supra-renal e gonadal.

Este quadro pode aparecer tardiamente, pois que o período de latência deste síndrome pode ir de algumas semanas a vários meses e até mesmo anos.

A afecção pode ser satisfatoriamente controlada mas o tratamento tem de ser prosseguido indefinidamente. Quanto mais jovem for o doente mais importantes são as repercussões.

Deve supervalorizar a incapacidade nos trabalhadores adultos jovens, ou seja, conceder-lhes o limite máximo da margem de flutuação.

O quadro de insuficiência supra-renal por destruição traumática das supra-renais é extremamente raro.

A insuficiência supra-renal é sempre confirmada por estudo laboratorial adequado.

Esta insuficiência pode ser satisfatoriamente compensada mas o tratamento tem de prosseguir toda a vida.

No que respeita à glândula tiroideia, o hipotiroidismo primário pós-traumático parece ser extremamente improvável.

Pelo contrário, é geralmente admitida a possibilidade de uma relação entre uma doença de Graves — Basedow e um traumatismo. Têm sido descritos casos de hemorragia intratiroideia em doentes portadores de bócio após um traumatismo.

O acidente actuaria como factor desencadeante num terreno predisposto. Entre o acidente e a síndrome clínica pode mediar um lapso de tempo de poucos dias a algumas semanas e até um máximo de dois meses. Dada a evolução da doença, a decisão não deve ser precipitada e é baseada em revisões regulares para avaliar a melhoria ou a cura ou, pelo contrário, o agravamento ou o aparecimento de complicações.

Em relação às glândulas paratiróides, não são conhecidos casos de hiperparatiroidismo de origem traumática.

Não é possível excluir que, em casos excepcionais, possa surgir um hipoparatiroidismo em relação com determinados traumatismos.

O hipoparatiroidismo ligeiro caracteriza-se por crises tetânicas e espasmos dos músculos viscerais, embora raros. No estudo laboratorial encontramos poucas modificações das provas biológicas.

Quanto ao pâncreas endócrino, admite-se que, excepcionalmente, uma diabetes possa ter origem num traumatismo do pâncreas.

Estes casos raros de diabetes mellitus declaram-se logo a seguir à destruição traumática do pâncreas ou à sua remoção cirúrgica parcial ou total em relação com o traumatismo.

A diabetes insulino-dependente e a desvalorização é encarada em função do grau de compensação ao longo das revisões e da presença ou não de várias complicações: retinopatia, insuficiência renal, neuropatia e complicações cerebro-cardio-vasculares.

No que respeita aos traumatismos sobre as gónadas, não há dúvida de que os testículos são mais vulneráveis que os ovários. Quaisquer destas gónadas serão estudadas no capítulo do aparelho genital respectivo e por isso aqui só afloraremos o défice hormonal testicular e ovário.

Tabela das disfunções hormonais

1 — Sequelas hipofisárias

1.1 — Diabetes insípida pós-traumática	0,05-0,20
1.2 — Hipopituitarismo (segundo o grau de insuficiência e o resultado do tratamento de compensação)	0,20-0,45

2 — Sequelas supra-renais

Sequelas supra-renais (de acordo com o grau de compensação conseguido com tratamento	0,10-0,25
--	-----------

3 — Sequelas tiroideias

Sequelas tiroideias (conforme o grau de compensação conseguido com o tratamento e o predomínio ou intensidade dos sintomas):

- | | |
|--|-----------|
| a) Hipertiroidismo, com alteração dos parâmetros biológicos, tremores e alterações visuais | 0,05-0,10 |
| b) Idem, com repercussões sobre outros órgãos e ou funções | 0,11-0,30 |
| c) Hipotiroidismo — a graduar de acordo com o exercício da actividade profissional | 0,05-0,10 |

4 — Sequelas paratiroideias

- | | |
|--|-----------|
| 4.1 — Hipoparatiroidismo (conforme o grau de compensação conseguido com o tratamento) | 0,05–0,15 |
| 4.2 — Hipoparatiroidismo complicado (catarratas, convulsões, calcificações cerebrais, perturbações das faneras). — Às incapacidades do n.º 4.1, acrescentar as resultantes do défice funcional dos órgãos afectados, conforme o respectivo capítulo, de acordo com o princípio da capacidade restante. | |

5 — Sequelas do pâncreas endócrino

- | | |
|---|-----------|
| 5.1 — Diabetes regularmente equilibrada com o emprego da insulina. — A graduar de acordo com a exigência do exercício da actividade profissional | 0,15-0,40 |
| 5.2 — Diabetes insulino-dependente e com complicações — A desvalorizar conforme os défices funcionais no respectivo capítulo e que respeitam a retinopatia, insuficiência renal, neuropatia e complicações cardio-vasculares. | |

6 — Sequelas das gónadas

- | | |
|---|-----------|
| 6.1 — Testículos: de acordo com o resultado da terapêutica hormonal de substituição.. | 0,10-0,25 |
| 6.2 — Ovários: de acordo com o resultado da terapêutica hormonal de substituição | 0,10-0,25 |
| 6.3 — Quando a lesão das gónadas se traduzir noutros distúrbios funcionais ou em alterações estéticas, ou ainda em esterilidade, desvalorizar de acordo com o capítulo do aparelho genital. | |

CAPÍTULO XV

Estomatologia

Instruções específicas. — O conjunto dos dentes forma duas arcadas: a superior e a inferior.

A descrição metódica começa pelos dentes do quadrante superior direito, seguida dos do superior esquerdo, dos do lado inferior esquerdo e dos do lado inferior direito.

A incapacidade temporária parcial por lesões dentárias só pode resultar de:

- Fracturas coronais;
- Fracturas das raízes em que o traço de fractura esteja ao nível do terço coronal e terço médio;
- Luxação dentária.

Nas situações das alíneas *a)* e *c)* pode haver restauração do dente *in situ*, enquanto na segunda a evolução é para a extracção dentária e, neste caso, aplica-se a taxa correspondente à perda de dente.

1 — Face

1.1 — Partes moles:

- | | |
|---|-----------|
| 1.1.1 — Mutilação da língua. — A incapacidade por mutilação agrava-se da frente para trás, sendo as lesões posteriores mais graves do que as anteriores em cerca de um terço: | |
| a) Mutilação parcial da língua no seu terço anterior | 0,05-0,15 |
| b) Idem, abrangendo os dois terços anteriores (anteriores ao V lingual) | 0,16-0,25 |
| c) Idem, incluindo o terço posterior (perda total da língua) | 0,26-0,40 |

1.1.2 — Paralisia da língua:

- Unilateral;
- Bilateral.

As incapacidades são atribuídas conforme coeficientes do nervo glossofaríngeo (v. Capítulo III — Neurologia, n.º 4.9).

1.1.3 — Mutilação do lábio:	
a) Quando não for reparada cirurgicamente e produza dificuldade na sucção ou ingestão de alimentos	0,05
b) Idem, se não depende da vontade do sinistrado, com prejuízo estético, a incapacidade será corrigida pelo factor 1,5.	
1.1.4 — Fístula salivar — Caso não possa ser corrigida cirurgicamente, e produza dificuldade notória na insalivação dos alimentos	0,05-0,15
1.2 — Esqueleto	
1.2.1 — Fracturas:	
a) Deformação da arcada dentária com dificuldade da mastigação	0,05-0,15
b) Idem, com perturbação estética e quando esta for importante para o desempenho do posto de trabalho	0,16-0,20
1.2.2 — Artrose da articulação temporomaxilar:	
a) Unilateral	0,25-0,30
b) Bilateral	0,31-0,35
1.2.3 — Mobilidade da mandíbula — A abertura da boca é medida pela distância que separa os incisivos dos ois maxilares, sem queixas do observando. O afastamento normal é de 40 mm. Este afastamento pode ser corrigido cirurgicamente, mas nos casos em que tal é difícil ou impossível a incapacidade é:	
a) Afastamento entre 21 mm e 30 mm.	0,05
b) Idem, entre 11 mm e 20 mm	0,10
c) Idem, entre 0 mm e 10 mm	0,20
1.2.4 — Perda de segmentos (mutilações):	
1.2.4.1 — Vastas mutilações:	
a) Perda facial da mandíbula (maxilar inferior)	0,10-0,20
b) Perda total da mandíbula (maxilar inferior)	0,30-0,40
c) Perda parcial de um maxilar superior, com conservação do esqueleto nasal	0,20-0,25
d) Perda de um maxilar superior com comunicação buconasal	0,26-0,30
e) Perda de um maxilar superior com perda extensa da mandíbula (maxilar inferior) ..	0,31-0,40
f) Perda dos dois ossos maxilares superiores e respectiva arcada dentária, da abóbada palatina e do esqueleto nasal	0,41-0,50
1.2.4.2 — Mutilações limitadas. — Para avaliar a incapacidade funcional determinada pela mutilação dos maxilares deve ter-se em conta três elementos: O número de dentes definitivos conservados interligáveis; A possibilidade de prótese susceptível de restabelecer a mastigação; O estado da articulação dentária (têmporo-maxilar).	
<i>Nota.</i> — O grau de mastigação resulta de os dentes restantes de um maxilar terem como oponentes os homólogos correspondentes no outro maxilar.	
A perda dos dentes definitivos pode ser superada por prótese. A prótese fixa supera dois terços dos prejuízos e a prótese móvel, apenas, um terço do dano ocorrido pela perda de dentes.	
A perda dos oitavos dentes (siso) produz uma incapacidade de 0 %. Os restantes dentes produzem uma incapacidade de 0,01 a 0,06, sendo de atribuir maior incapacidade pelos molares, incisivos e caninos. A perda de um ou dois dentes não prejudica a capacidade de mastigação ou da fonação, salvo para determinadas profissões, tais como cantores, músicos de instrumentos de sopro e, eventualmente, locutores, em especial se forem os dentes anteriores.	
Assim, se o défice ultrapassar a perda de dois dentes, a incapacidade é o somatório, de acordo com o princípio da capacidade restante, dos seguintes coeficientes:	
a) Perda dos oitavos dentes (dentes do siso)	0,00
b) Por cada dente incisivo	0,01
c) Por cada dente canino	0,06
d) Por cada dente pré-molar	0,0125
e) Por cada dente molar	0,05

f) Quando ocorrer a perda total ou parcial dos dentes, e se estes forem substituídos por prótese, a incapacidade resulta do somatório das perdas calculadas pelas alíneas anteriores, dividindo-se a soma aritmética por três ou por dois, conforme se trate de prótese fixa ou móvel.

Assim:

$$\frac{\text{Somatório de perdas}}{3} = \text{incapacidade de prótese fixa}$$

$$\frac{\text{Somatório de perdas}}{2} = \text{incapacidade de prótese móvel}$$

CAPÍTULO XVI

Oncologia

É um capítulo difícil de sistematizar, porquanto a neoplasia pode aparecer em qualquer órgão ou sistema. Por isso as incapacidades devem ser fixadas de acordo com as alterações anatómicas ou funcionais dos mesmos, cotejando os défices, caso a caso, com os índices dos respectivos capítulos.

I — Instruções específicas

A) *Caracterização.* — A identificação do cancro profissional fundamenta-se no nexo de causalidade, ou seja, na relação inequívoca entre a lesão e os factores de risco existentes no exercício da actividade profissional.

Em Portugal são conhecidas como substâncias cancerígenas as constantes da legislação aplicável.

Além dos factores cancerígenos relacionados com o trabalho, há que ter em conta os factores co-cancerígenos de vária natureza:

a) Relacionados com o trabalhador: estilo de vida, nutrição, nomeadamente consumo exagerado de álcool e tabagismo;

b) Relacionado com o ambiente nos locais de trabalho: a poluição;

c) Factores de ordem cultural e sócio-económica, tais como: vícios e hábitos, tipicismo e tradição alimentar (alimentos fumados e outros).

Ao ponderar cada caso de cancro há que ter em conta:

Risco relacionado com o trabalho (agentes cancerígenos legalmente reconhecidos);

Importância e interferência de agentes co-cancerígenos;

Duração de exposição aos diversos agentes cancerígenos; O tipo de lesão: benigna ou maligna;

O tipo de lesão: benigna ou maligna.

B) *Etiologia.* — Actualmente, não está cientificamente demonstrado o nexo de causalidade entre traumatismo e o aparecimento de um cancro profissional. Quando muito é de aceitar que os traumatismos podem dar origem à emergência clínica de metástases, se estas se encontram em fase subclínica ou até mesmo sob a forma de metástases microscópicas, no ponto de incidência do traumatismo.

No caso das radiações ionizantes, a dose e a duração da exposição são suficientes para caracterizar e vincular as lesões malignas ao trabalho (doses de exposição accidental, dose terapêutica repetida de isótopos ou radioexposição com fins diagnósticos).

Estas situações têm um largo período de latência entre a exposição e o aparecimento da lesão maligna.

Nestes casos não deve haver um período fixo, como prazo de caracterização.

Outra causa de lesões malignas de índole laboral são os agentes químicos.

Para efeitos médico-legais, são reconhecidas como agentes cancerígenos as substâncias reconhecidas e publicadas nos diplomas legais.

C) *Patogenia do cancro profissional.* — Em certas actividades profissionais o contacto prolongado com agentes ou factores cancerígenos pode provocar o aparecimento:

a) De uma lesão pré-cancerosa;

b) De um quadro clínico de cancro.

O quadro clínico de cancro tem de ser estabelecido com base na história clínica e profissional e confirmada laboratorialmente e ou por imagiologia. Por isso as neoplasias relacionadas com as substâncias legalmente reconhecidas em Portugal como cancerígenas carecem da demonstração do nexo de causalidade para as lesões serem reconhecidas como cancro de origem profissional.

Sabe-se hoje que o cancro diagnosticado precocemente e tratado conduz à situação de doença crónica (doença oncológica crónica).

Não se conhece ainda, devidamente fundamentada, a cura biológica do cancro, mas é bem conhecido que muita localização de neoplasia tem uma cura clínica com ausência de tumor e ou de sintomas.

Embora teoricamente possível em alguns casos, não é fácil, com rigor, estabelecer o nível de exposição aos agentes cancerígenos que determinam necessariamente a doença. É de admitir uma susceptibilidade individual aos agentes ou factores cancerígenos que possam existir no local de trabalho e a sua relação estreita com a eclosão da doença ou lesão.

Daqui a dificuldade em estabelecer o nexo de causalidade se determinada substância não está legalmente reconhecida como cancerígena.

Por outro lado e nalguns casos o agente causal poderia estar relacionado com uma profissão ou posto de trabalho anterior àquele em que é diagnosticada a lesão ou doença. Neste caso deve ser alargado o prazo de caracterização.

Quando isto se verifique deve ser feito um inquérito profissional exaustivo no sentido de ser estabelecido, com o maior rigor possível, o nexo de causalidade.

II — Das incapacidades

Não é de mais repetir que as neoplasias relacionadas com as substâncias legalmente reconhecidas em Portugal como cancerígenas carecem da demonstração do nexo de causalidade para serem reconhecidas como cancro de origem profissional.

No caso das lesões malignas provocadas por agentes físicos (radiações) ou químicos, mesmo que suspeitos de influência profissional, o estabelecimento, com rigor, do nexo de causalidade é imprescindível, o que nem sempre é fácil porque, no que respeita à etiologia do cancro relacionado com os agentes inerentes ao trabalho podem interferir outros factores situados ou originados fora do ambiente de trabalho, tais como poluição do ambiente em geral, poluição na residência do trabalhador (tabagismo, alcoolismo, desvios alimentares, etc.).

No caso de irradiação ou de exposição à acção de radionuclidos, a dose e a duração da exposição devem ser suficientes para os relacionar com as lesões malignas (dose terapêutica ou exposições repetida, ao longo dos anos, com fins diagnósticos). As doses inferiores e as exposições pouco duradouras só são de considerar em situações de sensibilidade muito especial e desde que não restem dúvidas sobre o nexo de causalidade.

No caso dos tumores benignos, porque em princípio, não põem a vida em causa, são de avaliar apenas as sequelas terapêuticas, conforme os défices previstos nos diversos capítulos da tabela.

Quanto à avaliação das sequelas de um tumor maligno de origem profissional deve ter-se em conta, para além das sequelas anatómicas e dos défices funcionais, a natureza histológica conjugada com a gravidade do diagnóstico anátomo-patológico e o prognóstico quanto à vida, se não ocorrer a cura clínica (caso da doença oncológica crónica).

A avaliação das incapacidades deve ser sempre personalizada, levando em conta a localização, o grau de malignidade e o insucesso imediato ou diferido das terapêuticas.

III — Guião para exame pericial

Quando for de caracterizar o cancro profissional e de avaliar a incapacidade que determina, aconselha-se os seguintes procedimentos:

1 — Identificar a área profissional que, pelas suas características comporta o contacto do trabalhador com agentes ou factores cancerígenos, nomeadamente agentes químicos, físicos ou biológicos.

2 — Identificar os riscos:

2.1 — Cálculo do risco;

2.2 — Avaliação do risco;

2.3 — Controlo do risco por meios técnicos e médicos.

- 3 — Avaliar a relação causa e efeito, referindo a natureza e especificação do agente cancerígeno:
- 3.1 — Em Portugal são reconhecidas como substâncias cancerígenas as constantes da legislação aplicável;
- 3.2 — No caso de afecções malignas provocadas por agentes físicos (radiações) ou químicos, a relação de causa-efeito é imprescindível;
- 3.3 — No caso de irradiação ou de exposição à acção dos radionuclidos, a dose e a duração da exposição devem ser suficientes para provocar lesões malignas:
- a) Dose;
- b) Exposição repetida ao longo de anos e de diagnóstico;
- 4 — Identificação de factores não relacionados com o trabalho, mas que interferem como agentes co-cancerígenos:
- 4.1 — Tabaco — tipo e quantidade;
- 4.2 — Consumo de bebidas alcoólicas;
- 4.3 — Alimentação;
- 4.4 — Higiene pessoal.
- 5 — Exposição:
- 5.1 — Quantificação da exposição;
- 5.2 — Via ou vias de penetração;
- 5.3 — Órgão alvo.
- 6 — Identificação das lesões précancerosas ou cancro clínico:
- 6.1 — Órgão ou sistema;
- 6.2 — Comprovação laboratorial e ou imagiológica;
- 6.3 — Duração dos sinais ou sintomas clínicos;
- 6.4 — Lesão loco-regional;
- 6.5 — Lesão sistémica — localização de metástases.
- 7 — Terapêuticas efectuadas:
- 7.1 — Cirurgia — deformação ou mutilação;
- 7.2 — Deficiência anatómica ou funcional (transitória);
- 7.3 — Sequelas.
- 8 — Recidiva de cancro profissional:
- 8.1 — Local;
- 8.2 — Metástases;
- 8.3 — Doença intercorrente.

IV — Tabela de Incapacidades

Não pode haver mais que critérios genéricos cuja graduação e aplicabilidade depende de cada caso, onde são conjugados e ponderados os factores cancerígenos e os co-cancerígenos.

Apenas como orientação geral referimos:

- 1) Nos tumores benignos, avaliar os défices anatómicos e funcionais resultantes da terapêutica, das compressões ou deteriorações de estruturas adjacentes ao tumor. Para isso, conforme a localização das sequelas, recorrer ao respectivo capítulo da tabela.
- 2) Na doença oncológica crónica (tumor maligno com estabilização clínica) 0,10-0,25
- 3) Nos tumores malignos sem metástases e permitindo uma vida de relação 0,26-0,60
- 4) Nos tumores malignos com insucessos terapêuticos e com curta esperança de vida ... 0,80-0,95

Nota. — Em caso de perturbações mentais associadas, v. Capítulo X — Psiquiatria.

ANEXO II

Tabela de avaliação de incapacidades permanentes em direito civil

A presente tabela não constitui um manual de patologia sequelar nem um manual de avaliação. Foi concebida para utilização exclusiva por verdadeiros peritos, isto é, por médicos conhecedores dos princípios da avaliação médico-legal no domínio do Direito Civil, e das respectivas regras, nomeadamente no que se refere ao estado anterior e a sequelas múltiplas.

Instruções gerais

1 — Na pontuação a atribuir a cada sequela, segundo o critério clínico, deve o perito ter em conta a sua intensidade e gravidade, do ponto de vista físico e bio-funcional, bem como o sexo e a idade, sempre que estas duas variáveis não estiverem contempladas em eventual tabela indemnizatória.

2 — Cada sequela deve ser valorizada apenas uma vez, mesmo que a sua sintomatologia se encontre descrita em vários capítulos da tabela, excepção feita à valorização do dano estético. Não se valorizam as sequelas que estejam incluídas ou derivem de outra, ainda que descritas de forma independente.

3 — Nas sequelas múltiplas sinérgicas, isto é, envolvendo a mesma função, deve proceder-se ao somatório directo da pontuação de cada uma delas, ajustando o seu valor final por comparação com a pontuação mais elevada correspondente à perda total da função ou órgão, que não poderá ser superada.

4 — Nos casos de sequelas não sinérgicas, isto é, envolvendo órgão(s) e/ou funções distintas, é a afectação global do(s) órgão(s) ou função (ões) que deve ser avaliada, devendo o perito optar pela pontuação de sequela equivalente à perda do(s) órgão(s) e/ou da(s) função(ões) decorrentes daquelas. A pontuação obtida tem necessariamente de ser inferior à soma das pontuações isoladas.

5 — Quando no âmbito da valorização de sequelas múltiplas, não sinérgicas, não for possível proceder da forma assinalada no ponto anterior, deve o perito recorrer à utilização do cálculo da capacidade restante (regra de Balthazard).

6 — Em casos devidamente fundamentados, pode o perito ajustar os valores obtidos, através do cálculo da capacidade restante, por comparação com as pontuações correspondentes à perda dos órgãos ou funções em causa.

7 — As situações sequelares não descritas na tabela, são avaliadas por analogia, isto é, por comparação com as situações contempladas e quantificadas.

CAPÍTULO I

Sistema nervoso e psiquiatria

I — Sistema nervoso (N)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

Nas situações em que a tabela apenas contempla o défice completo, a avaliação de sequelas que impliquem apenas um défice parcial, deve ser feita tendo em consideração a taxa correspondente à perda total.

Relativamente aos graus de força muscular, utiliza-se a escala seguinte:

Grau 0 — Paralisia completa, ausência de contracção;

Grau 1 — Esforço de contracção visível mas não produzindo movimento;

Grau 2 — Movimento activo possível mas não vencendo a força da gravidade;

Grau 3 — Movimento activo possível vencendo a força da gravidade;

Grau 4 — Movimento activo vencendo a resistência do observador;

Grau 5 — Força normal.

No caso de existirem grupos musculares com graus de força diferentes, valoriza-se o mais grave.

A) Neurologia

1 — Sequelas motoras e sensitivo-motoras de origem central e medular:

Código		Valorização em pontos
Na0101	Estado vegetativo persistente	100
Na0102	Tetraplegia:	
Na0103	Com necessidade de respiração assistida	95
	Segundo a capacidade funcional	90 a 94
Na0104	Tetraparésia:	
Na0105	Grau de força muscular 1 ou 2	71 a 90
Na0106	Grau de força muscular 3	56 a 70
	Grau de força muscular 4	20 a 55
	(segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha e da manipulação, bem como o compromisso sexual e dos esfínteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD).	

Código		Valorização em pontos
Na0107	Hemiplegia (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha e da manipulação, tendo em conta o lado dominante e as repercussões nas AVD).	70 a 80
Na0108 Na0109 Na0110	Hemiparésia: Grau de força muscular 1 ou 2 Grau de força muscular 3 Grau de força muscular 4 (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha e da manipulação, bem como o compromisso sexual e dos esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD.)	41 a 70 26 a 40 10 a 25
Na0111	Paraplegia (segundo o compromisso funcional, relacionado com o nível, e tendo em conta as suas repercussões nas AVD).	70 a 75
Na0112 Na0113 Na0114	Paraparésia: Grau de força muscular 1 ou 2 Grau de força muscular 3 Grau de força muscular 4 (segundo o compromisso funcional, motor e sensitivo, a nível da marcha, bem como o compromisso sexual e dos esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD.)	51 a 70 41 a 50 15 a 40
Na0115	Síndrome da cauda equina (segundo o compromisso sensitivo, sexual e dos esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD; nos casos em que houver paraparésia, valorizar de acordo com o artigo 1.7.)	15 a 30
Na0116 Na0117	Monoplegia: Membro superior (em função do lado dominante) Membro inferior	45 a 50 50 a 55
Na0118 Na0119 Na0120 Na0121 Na0122 Na0123	Monoparésia: Membro superior Grau de força muscular 1 ou 2 Grau de força muscular 3 Grau de força muscular 4 Membro inferior Grau de força muscular 1 ou 2 Grau de força muscular 3 Grau de força muscular 4 (segundo o compromisso funcional, tendo em conta o predomínio distal ou proximal, e o lado dominante, no caso do membro superior, bem como as suas repercussões nas AVD.)	31 a 45 21 a 30 5 a 20 31 a 50 21 a 30 5 a 20
Na0124	Parésia de grupo muscular (envolve apenas o compromisso de um grupo muscular clinicamente identificável e não contemplado em qualquer outro artigo da tabela, designadamente nos relativos aos nervos cranianos) (segundo o compromisso funcional.)	1 a 15
Na0125 Na0126 Na0127	Ataxia: Com impossibilidade de marcha e graves repercussões nas AVD Com marcha possível e repercussões moderadas nas AVD Com marcha possível e repercussões ligeiras nas AVD	71 a 80 31 a 70 10 a 30
Na0128	Apraxia	10 a 35
Na0129	Disartria (como manifestação isolada não contemplada noutras síndromes.)	5 a 20

2 — Sequelas motoras e sentivo-motoras de origem periférica:

A lesão nervosa provoca paralisia, parésia e ou alterações da sensibilidade (neste artigo excluem-se, contudo, as perturbações algicas, contempladas no artigo 8). Deve ser avaliada em consonância com a sua repercussão clínica e os resultados dos exames complementares.

Os nervos cranianos não contemplados neste artigo constam nos artigos correspondentes aos respectivos aparelhos e sistemas. No caso de bilateralidade os coeficientes variam entre o coeficiente mínimo e o dobro dos coeficientes máximos previstos.

Face

Código		Valorização em pontos
Na0201	Afectação do nervo trigémio (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor.)	2 a 10
Na0202 Na0203	Afectação do nervo facial: Paralisia (no caso excepcional de bilateralidade poderá atingir os 50%) Parésia (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso motor.)	11 a 20 2 a 10
Na0204 Na0205	Afectação do nervo glossofaríngeo: Paralisia (no caso excepcional de bilateralidade poderá atingir os 50%) Parésia (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/ motor; pode incluir a afectação associada do nervo vago.)	6 a 10 1 a 5
Na0206 Na0207	Afectação do nervo grande hipoglosso (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor): Paralisia Parésia	6 a 10 1 a 5

Membro superior

Código		Valorização em pontos
Na0208	Paralisia total (lesão completa do plexo braquial) (em função do lado dominante.)	45 a 50
Na0209	Parésia de todo o membro superior (em função do lado dominante.)	Veja-se artigo 1.10.1
Na0210 Na0211	Afectação do nervo sub-escapular: Paralisia Parésia (em função do lado dominante.)	6 a 10 1 a 5
Na0212 Na0213	Afectação do nervo circunflexo: Paralisia Parésia (em função do lado dominante.)	6 a 10 1 a 5
Na0214 Na0215	Afectação do nervo músculo-cutâneo: Paralisia Parésia (em função do lado dominante.)	6 a 12 1 a 5
Na0216 Na0217 Na0218	Afectação do nervo mediano: Paralisia a nível do braço Paralisia a nível do antebraço/punho Parésia (em função do lado dominante.)	30 a 35 16 a 20 10 a 15
Na0219 Na0220 Na0221	Afectação do nervo radial: Paralisia a nível do braço Paralisia a nível do antebraço/punho Parésia (em função do lado dominante.)	30 a 35 20 a 25 10 a 15

Código		Valorização em pontos
Na0222	Paralisia do nervo cubital: Paralisia a nível do braço	20 a 25
Na0223	Paralisia a nível do antebraço/punho	16 a 20
Na0224	Parésia	10 a 15
	(em função do lado dominante.)	
Na0225	Parestesias de partes moles	1 a 3
Na0226	Paralisia do nervo espinal	10 a 12
	(incluída neste capítulo considerando as consequências que têm sobre o membro superior; em função do lado dominante.)	
Na0227	Paralisia do nervo torácico superior	4 a 5
	(incluída neste capítulo considerando as consequências que têm sobre o membro superior; em função do lado dominante.)	

Membro inferior

Código		Valorização em pontos
Na0228	Afectação do nervo ciático comum: Paralisia	45
Na0229	Parésia	10 a 20
Na0230	Afectação do nervo femoral: Paralisia	30
Na0231	Parésia	5 a 15
Na0232	Afectação do nervo obturador:	5
Na0233	Paralisia	1 a 3
Na0234	Afectação do nervo glúteo superior: Paralisia	4
Na0235	Parésia	1 a 2
Na0236	Afectação do nervo glúteo inferior: Paralisia	6
Na0237	Parésia	1 a 3
Na0238	Afectação do nervo ciático poplíteo externo: Paralisia	20
Na0239	Parésia	5 a 12
Na0240	Afectação do nervo musculo-cutâneo: Paralisia a nível do braço	3
Na0241	Parésia	1
Na0242	Afectação do nervo tibial anterior: Paralisia	8
Na0243	Parésia	2 a 4
Na0244	Afectação do nervo ciático poplíteo interno: Paralisia	22
Na0245	Parésia	5 a 12
Na0246	Parestesias de partes moles	1 a 3

3 — Perturbações cognitivas:

A análise das síndromes deficitárias neuropsicológicas deve fazer referência a uma semiologia precisa. A síndrome dita «frontal» corresponde efectivamente a entidades agora bem definidas cujos défices associados, mais ou menos importantes, originam quadros clínicos muito polimórficos.

A avaliação da incapacidade deve, portanto, basear-se imperativamente sobre observações médicas precisas e especializadas, correlacionando as lesões iniciais e os dados dos exames clínicos e para-clínicos.

Síndrome frontal

Código		Valorização em pontos
Na0301	Perturbação grave (com apragmatismo e alterações graves da inserção social e familiar.)	61 a 85
Na0302	Perturbação importante (com alteração das condutas instintivas, perda da iniciativa, perturbações do humor, inserção familiar e social precária.)	36 a 60
Na0303	Perturbação moderada (com bradipsiquismo relativo, dificuldade de memorização, perturbações do humor e repercussões na inserção social e familiar.)	21 a 35
Na0304	Perturbação ligeira (com distractibilidade, lentificação, dificuldades de memorização e de elaboração de estratégias complexas; escassas ou nulas perturbações da inserção social e familiar.)	10 a 20

Perturbações da comunicação

Código		Valorização em pontos
Na0305	Afasia grave (com jargonofasia, alexia e perturbações da compreensão.)	60 a 75
Na0306	Disfalias (perturbações da nomeação e repetição, parafalias, estando a compreensão conservada.)	10 a 30

Perturbações da memória

Perturbações associando esquecimentos frequentes, condicionando a vida corrente com necessidade de auxiliares de memória, falsos reconhecimentos, eventualmente fabulações, dificuldades de aprendizagem e alterações da capacidade de evocação:

Código		Valorização em pontos
Na0307	Grau I (perturbações graves, com reduzida ou nula capacidade para as AVD, requerendo vigilância e cuidados permanentes)	41 a 60
Na0308	Grau II (perturbações moderadas, com manifesta diminuição do nível da eficiência pessoal, social e laboral)	11 a 40
Na0309	Grau III (perturbações ligeiras, com discreta diminuição do nível da eficiência pessoal, social e laboral)	1 a 10

Problemas cognitivos menores

Na ausência de síndrome frontal ou de afectação isolada de uma função cognitiva, alguns traumatismos cranianos mais ou menos graves podem condicionar a persistência de queixas objectiváveis constituindo uma síndrome diferente da síndrome pós comocional, associando:

Código		Valorização em pontos
Na0310	Labilidade da atenção, lentificação ideativa, dificuldades de memorização, fatigabilidade intelectual, intolerância ao ruído, instabilidade do humor, persistindo para além de 2 anos	1 a 10

Demências

Código		Valorização em pontos
Na0311	Na ausência de elementos científicos que permitam reconhecer a existência de demências pós-traumáticas, a avaliação clínica de um eventual agravamento de demência pré-existente, deve ter em consideração os défices mistos cognitivos e sensitivo-motores e o estado anterior. A sua ponderação pericial deve ser concretizada em consonância com o estipulado no Grupo B deste capítulo (Psiquiatria)	

4 — Défices mistos cognitivos e sensitivo-motores:

Estes défices mistos constituem as sequelas características de traumatismos cranianos graves. Associam frequentemente disfunções frontais, défices cognitivos, perturbações do comportamento, síndromes piramidais e/ou cerebelosos, perturbações sensoriais (hemianópsias, paralisias óculo-motoras) correspondendo a lesões visualisáveis por imagiologia.

Estas associações originam quadros clínicos variáveis de pessoa para pessoa, de tal forma que não é possível propor uma taxa precisa, como acontece por exemplo para sequelas perfeitamente individualisáveis. Estes défices devem ser objecto de uma avaliação global.

É todavia possível reconhecer no contexto da avaliação médico-legal vários níveis de gravidade em função do défice global.

Código		Valorização em pontos
Na0401	Ausência de toda a actividade voluntária útil (perda de toda a possibilidade relacional identificável.)	100
Na0402	Défices sensitivo-motores severos (limitando gravemente a autonomia, associados a défices cognitivos incompatíveis com a vida relacional.)	86 a 95
Na0403	Perturbações cognitivas severas (caracterizadas fundamentalmente pela desinibição e perturbações graves do comportamento, comprometendo a socialização, com défices sensitivo-motores incompatíveis com a autonomia para as AVD.)	61 a 85
Na0404	Perturbações cognitivas associando uma perturbação permanente da atenção e da memória, perda relativa ou total da iniciativa e/ou da autocrítica, incapacidade de gestão das situações complexas, com défices sensitivo-motores evidentes mas compatíveis com autonomia para as AVD	41 a 60
Na0405	Perturbações cognitivas associando lentificação ideativa evidente, défice evidente da memória e dificuldade de elaboração de estratégias complexas com défices sensitivo-motores menores	10 a 40

5 — Epilepsia:

Não é possível propor uma taxa de incapacidade na ausência de demonstração prévia de traumatismo crânio-encefálico e da ocorrência de crises, nem antes do período de tempo indispensável para a estabilização da evolução espontânea das perturbações e ou adaptação ao tratamento.

As anomalias isoladas do EEG, na ausência de crises confirmadas, não permitem o diagnóstico de epilepsia pós-traumática.

Epilepsias com perturbações da consciência (crises generalizadas e complexas)

Código		Valorização em pontos
Na0501	Epilepsias refractárias (com crises quase diárias confirmadas, determinando dificuldades nas AV, apesar de uma terapêutica adaptada e continuada.)	36 a 70
Na0502	Epilepsias dificilmente controláveis (com crises frequentes, várias por mês, e efeitos secundários dos tratamentos, com ligeira a moderada repercussão nas AVD.)	16 a 35
Na0503	Epilepsias controladas (com tratamento bem tolerado, com nula ou discreta repercussão nas AVD.)	10 a 15

Epilepsias com crises sem perturbações da consciência (simples)

Código		Valorização em pontos
Na0504	Epilepsias parciais (devidamente confirmadas, segundo o tipo e frequência das crises e os efeitos secundários dos tratamentos.)	5 a 15

6 — Síndrome pós-comocional:

Código		Valorização em pontos
Na0601	Queixas não objectiváveis após uma perda de conhecimento confirmada e com persistência de pelo menos seis meses	2

7 — Nevralgias:

As nevralgias são consecutivas à afectação de um nervo craniano ou periférico, desde que a dor referida seja sustentada por elementos clínicos e ou exames complementares objectivos, necessitando o diagnóstico de certeza de uma opinião especializada. A avaliação tem em consideração a frequência das crises e a eficácia da terapêutica.

Código		Valorização em pontos
Na0701	Trigémio (exclui-se aqui a nevralgia essencial do trigémio): Nevralgia intermitente	5 a 15
Na0702		20 a 25
Na0703	Facial	1 a 8
Na0704	Cervico-braquial	1 a 12
Na0705	Intercostal	1 a 3
Na0706	Femuro-cutâneo	1 a 3
Na0707	Femoral	1 a 12
Na0708	Ciático	1 a 20

8 — Dores de desaferentação:

Código		Valorização em pontos
Na0801	As dores de desaferentação estão associadas a uma lesão do sistema nervoso periférico, afastada que seja toda a simulação nociceptiva e apresentando diversas manifestações clínicas: anestesia dolorosa, sensação de “choque eléctrico”, hiperpatias (dores do tipo membro «fantasma» das amputações, por exemplo). São dores de ocorrência excepcional que não integram o quadro sequelar habitual e que não são por isso incluídas nas taxas previstas nesta tabela, constituindo pois um prejuízo suplementar. Nestas situações pode atribuir-se uma taxa de compensação	2 a 10

B) Psiquiatria

(de acordo com as classificações da CID-10 e do DSM-IV)

9 — Perturbações persistentes do humor:

No caso de lesões físicas pós-traumáticas geradoras de sequelas graves e necessitando de tratamento complexo e de longa duração, pode subsistir um estado psíquico permanente doloroso caracterizado por perturbações persistentes do humor (superior a dois anos), com repercussão a nível do funcionamento social, laboral ou de outras áreas importantes da actividade do indivíduo.

Código		Valorização em pontos
Nb0901	Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	16 a 25
Nb0902	Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	11 a 15
Nb0903	Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	14 a 10

10 — Perturbação de stresse pós-traumático:

São manifestações psíquicas, mediadas pela ansiedade e provocadas pela ocorrência súbita e imprevisível, de um evento traumático que excede os mecanismos de defesa do indivíduo. O factor de stresse deve ser intenso e ou prolongado. A sintomatologia inclui condutas de evitamento (de situações ou pensamentos que evoquem o trauma), reexperiência penosa do acontecimento traumático, sintomas de hiperactivação fisiológica e alterações do padrão de comportamento. A sua valorização pericial só deve ter lugar após, pelo menos, dois anos de evolução.

Código		Valorização em pontos
Nb1001	Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	16 a 25
Nb1002	Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional.....	11 a 15
Nb1003	Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	4 a 10

11 — Perturbações mentais decorrentes de lesão cerebral orgânica.

V. artigo 3 (Perturbações cognitivas) do sub-capítulo «Neurologia».

12 — Outras perturbações mentais:

Outras perturbações psíquicas não especificadas, como por exemplo, estados fóbicos, estados obsessivos, quadros psicóticos, desde que estabelecido um nexo de causalidade com o acontecimento traumático podem ser objecto de valorização pericial.

Código		Valorização em pontos
Nb1201	Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	16 a 25
Nb1202	Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional.....	11 a 15
Nb1203	Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	4 a 10

II — Sistema sensorial e estomatologia (S)

A) Oftalmologia

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

1 — Acuidade visual.

Perda total da visão:

Código		Valorização em pontos
Sa0101	Perda da visão dos dois olhos (amaurose bilateral)	85
Sa0102	Perda da visão de um olho (amaurose unilateral)	25
Sa0103	Perda da acuidade visual dos dois olhos — visão de longe e de perto	Resultado tabela 1 e 2

TABELA 1
Visão para longe

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

TABELA 2
Visão para perto

	P 1,5	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 8	P 10	P 14	P 20	< P 20	Amaurose
P 1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P 2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P 3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P 4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P 5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P 6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P 8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P 10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P 14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P 20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
< P 20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
Amaurose	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

Utilizar a tabela 2 apenas em caso de distorção importante entre a visão de perto e a visão de longe. Neste caso convém fazer a média aritmética das duas taxas.

Campo visual

Em traumatologia as diminuições concêntricas dos campos visuais são frequentemente resultantes de manifestações funcionais e não justificam a atribuição de incapacidade permanente.

Torna-se necessário utilizar várias provas de controlo e avaliar de forma integrada o quadro clínico e o resultado dos exames imagiológicos e neurológicos. Não se pode contudo ignorar as diminuições campimétricas bilaterais orgânicas resultantes de duplas hemianópsias.

Código		Valorização em pontos
Sa0104	Hemianópsia: Homónimas	12
Sa0105	Heterónimas: Nasal	15
Sa0106	Temporal	5
	(segundo o tipo, a extensão e o compromisso ou não da visão central) Se houver perda da visão central adicionar às taxas anteriores 65.	
Sa0107	Quadrantanópsia	2 a 20
	(segundo o tipo.)	
Sa0108	Escotoma central: Bilateral	21 a 60
Sa0109	Unilateral	1 a 20
Sa0110	Escotoma justacentral ou paracentral	1 a 15
	(segundo o carácter uni ou bilateral, com acuidade visual conservada)	

Oculomotricidade

Código		Valorização em pontos
Sa0111	Diplopia: Nos campos superiores — menos de 10ª de desvio	1 a 10
Sa0112	No campo lateral — menos de 10º de desvio	5 a 15
Sa0113	Nos campos inferiores — menos de 10º de desvio	1 a 10
Sa0114	Em todas as direcções, obrigando a ocluir um olho — mais de 10º de desvio (segundo as posições do olhar, o carácter permanente ou não, e a necessidade de fechar um olho em permanência)	20 a 25

Sa0115	Paralisia oculomotora (se existir diplopia, valorizar a incapacidade permanente de acordo com o tipo da mesma. Ver quadro acima)	1 a 15
Sa0116	Motricidade intrínseca	1 a 5
Sa0117	Heteroforia, paralisia completa da convergência	1 a 5

Cristalino

Código		Valorização em pontos
Sa0118	Perda (afaquia) corrigida por equipamento óptico externo	
	(valorizar em função da taxa correspondente à perda de acuidade visual corrigida — Sa0103)	
Sa0119	Perda corrigida por implante do cristalino (pseudofaquia)	
	(adicionar 5% por olho pseudofáquico à taxa correspondente à perda da acuidade visual; note-se que a partir dos 50 anos este aspecto pode não constituir factor de desvalorização)	

Anexos do olho

Código		Valorização em pontos
	Segundo o tipo de afectação (entrópio, ectrópio, cicatrizes viciosas, má oclusão palpebral, ptose, etc), sendo a mais grave a ptose com défice campimétrico e alacrimia bilateral:	
Sa0120	Afectação unilateral	1 a 8
Sa0121	Afectação bilateral	2 a 16

B) Otorrinolaringologia

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

2 — Audição.

Acuidade auditiva:

No caso de existirem associadamente perturbações do equilíbrio, avalia-se o dano de acordo com os resultados da Audiometria Tonal e Vocal, Potenciais Evocados Auditivos, Oto-emissões e Impedanciometria.

Surdez total

Código		Valorização em pontos
Sb0201	Bilateral	60
Sb0202	Unilateral	15

Surdez parcial

Código		Valorização em pontos
Sb0203	Surdez parcial	Resultado da tabela 3 e 4

A avaliação faz-se em 2 tempos: com a ajuda das tabelas 3 e 4 da perda auditiva e percentagem de discriminação

Perda auditiva média

Estabelece-se por referência ao défice tonal em meio de condução aérea medida em decibéis sobre 500, 1000, 2000 e 4000 hertz, atribuindo coeficientes de ponderação de 2, 4, 3 e 1, respectivamente. A soma é dividida por 10. Toma-se por referência à tabela 3.

TABELA 3
Perdas auditivas

Perda auditiva média em dB	0 – 19	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79	≥ 80
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	40	45
70 – 79	12	14	20	25	30	40	50	55
≥ 80	14	18	25	30	35	45	55	60

Distorções auditivas:

A avaliação deve ser feita por confrontação da taxa bruta com os resultados de uma audiometria vocal para apreciar eventuais distorções auditivas (recobro em particular) que agravem a perturbação funcional.

A tabela 4 propõe as taxas de incapacidade que podem ser discutidas por confronto com os resultados de audiometria tonal liminar.

TABELA 4
Percentagem de discriminação

Discriminação	100%	90%	80%	70%	60%	< 50%
100%	0	0	1	2	3	4
90%	0	0	1	2	3	4
80%	1	1	2	3	4	5
70%	2	2	3	4	5	6
60%	3	3	4	5	6	7
< 50%	4	4	5	6	7	8

Em caso de prótese auditiva, a melhoria é determinada pela comparação das curvas auditivas sem e com prótese, podendo assim reduzir-se a taxa, que deve, no entanto, ter em conta o incómodo gerado pela prótese, especialmente em ambientes ruidosos.

Acufenos isolados

Código		Valorização em pontos
Sb0204	Valorizável apenas se for admissível o nexo de causalidade com o traumatismo e se não estiverem já sido considerados no âmbito da síndrome pós-comocional	1 a 2

3 — Perturbações do equilíbrio.

Valorizar estas alterações tendo em conta os resultados da Videonistagmografia e da Posturografia Dinâmica Computorizada.

Código		Valorização em pontos
Sb0301	Afectação vestibular:	
Sb0302	Bilateral (com perturbações destrutivas objectivas, segundo a importância)	11 a 25
Sb0302	Unilateral	4 a 10
Sb0303	Vertigens paroxísticas benignas	1 a 3

4 — Perturbação da ventilação nasal.

Código		Valorização em pontos
Sb0401	Alteração da permeabilidade nasal não corrigível pela terapêutica: Bilateral	2 a 8
Sb0402	Unilateral	1 a 4

5 — Perturbações olfactivas (compreende as alterações das percepções gustativas):

Código		Valorização em pontos
Sb0501	Anosmia	15
Sb0502	Disosmia	1 a 10

6 — Perturbações da fonação:

Código		Valorização em pontos
Sb0601	Afonia	25
Sb0602	Disfonia: (em função da diminuição da eficácia da emissão vocal para a comunicação) Grau I (perturbações que afectam acentuadamente)	11 a 20
Sb0603	Grau II (rouquidão e outras perturbações que afectam ligeira ou moderadamente)	1 a 10

C) Estomatologia

7 — Estomatologia:

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

No caso da aparelhagem móvel, reduzir as taxas propostas em 50%. No caso de aparelhagem fixa, reduzir as taxas propostas em 75%. A colocação de implantes determina apenas a atribuição de uma taxa entre 1 e 3.

Código		Valorização em pontos
Sc0701	Edentação completa insusceptível de correcção por prótese	20 a 28
Sc0702	Perda de dente insusceptível de correcção por prótese: Incisivo ou canino	1
Sc0703	Prémolar ou molar	1,5
Sc0704	Disfunções mandibulares	21 a 30
Sc0705	Limitação da abertura bucal igual ou inferior a 10 mm	6 a 20
Sc0706	Limitação da abertura bucal entre 10 e 30 mm	
	Limitação da abertura bucal entre 31 e 40 mm	até 5
	(atendendo à bilateralidade, fenómenos dolorosos e perturbação da função)	
Sc0707	Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação temporo-mandibular	2 a 10
	(segundo a repercussão sobre a mastigação, a fonação e as algias)	
Sc0708	Amputação da parte móvel da língua	3 a 30
	(tendo em consideração a repercussão sobre a palavra, a mastigação e a deglutição, segundo a importância das perturbações)	

III — Sistema musculoesquelético (M)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

Quer se trate de uma articulação ou do próprio membro, quando existir mais do que uma sequela, a taxa global não é a soma de taxas isoladas mas a resultante da sua sinergia; a soma das taxas correspondente à anquilose em boa posição de todas as articulações do membro ou segmento não pode ter um valor superior ao da respectiva perda anatómica total ou funcional.

As taxas justificadas por rigidez acentuada não contempladas de maneira sistemática devem ter em conta o valor correspondente à anquilose da respectiva articulação.

Relativamente às endopróteses das grandes articulações, é necessário admitir que nenhuma restabelece por completo a sensibilidade proprioceptiva e que todas são acompanhadas de algumas limitações na vida do sinistrado. Nestas circunstâncias, a presença de uma endoprótese justifica, por si só, uma taxa de 5%.

Quando o resultado funcional objectivo não for satisfatório, estes inconvenientes de princípio da endoprótese estão contemplados no défice funcional, não se justificando esta taxa complementar.

Acrescenta-se no final deste capítulo uma relação de algumas das doenças pós-traumáticas mais frequentemente decorrentes de lesões traumáticas do sistema ósteo-articular. Situações não contempladas, nomeadamente artroplastias, são como sempre avaliadas de acordo com o acima referido.

A) Membro superior (excepto a mão e os dedos)

Nos casos em que exista um intervalo para os coeficientes propostos, deve ser considerado, entre outros aspectos, o lado dominante e o prejuízo funcional e para as AVD.

1 — Amputações.

As possibilidades protéticas ao nível dos membros superiores não asseguram actualmente uma verdadeira função, perdendo-se designadamente a sensibilidade. Se se verificar uma melhoria, o perito deve ponderar em concreto uma diminuição das taxas abaixo indicadas.

No caso de amputação bilateral o valor máximo é de 70, sendo os restantes valores calculados em função do nível de amputação.

Código		Valorização em pontos
Ma0101	Amputação total do membro superior	51 a 55
Ma0102	Amputação do braço (cintura escapular móvel)	46 a 50
Ma0103	Amputação do antebraço	40 a 45

2 — Anquiloses e rigidez.

Cintura escapular.

Existem 6 movimentos elementares da cintura escapular que se associam para assegurar a função. Cada um destes movimentos contribui para as AVD.

Os 3 movimentos essenciais são a flexão (antepulsão), a abdução e a rotação interna, seguidos pela rotação externa, a extensão (retropulsão) e a adução. Isoladamente, os compromissos da extensão e da adução apenas justificam pequenas taxas, não compreendidas nesta tabela, o que deve levar a ponderar a taxa em função das limitações dos outros movimentos.

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Ma0201	Omoplata fixa	21 a 25
Ma0202	Omoplata móvel	18 a 20

Rigidez.

Código		Valorização em pontos
Ma0203	Limitação da flexão e/ou da abdução a 60°: Com perda total das rotações	15 a 17
Ma0204	Restantes movimentos completos	13 a 14
Ma0205	Limitação da flexão e/ou da abdução a 90°: Com perda total das rotações	11 a 13
Ma0206	Restantes movimentos completos	6 a 8
Ma0207	Limitação da flexão e/ou da abdução a 130°	2 a 5
Ma0208	Perda isolada da rotação interna	3 a 5
Ma0209	Perda isolada da rotação externa	2 a 4

Cotovelo.

Apenas a mobilidade entre 20° e 120° de flexão (em baixo designadas por extensão útil e flexão útil) tem relevância funcional no contexto das AVD, tendo os valores situados fora deste arco de movimento uma reduzida repercussão sobre as mesmas.

As taxas abaixo indicadas referem-se aos défices no arco útil.

O perito deve ter em conta o défice da extensão e da flexão, sendo as respectivas taxas ponderadas mas não adicionadas, excepto no que se refira a um défice da pronosupinação, em que tal se pode justificar.

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Ma0210	Pronosupinação conservada	15 a 20
Ma0211	Pronosupinação abolida	21 a 25

Rigidez.

Código		Valorização em pontos
	Flexão útil possível e extensão:	
Ma0212	Com arco de movimento que se detém acima de 90°	10 a 12
Ma0213	Com arco de movimento entre 60° a 90°	6 a 9
Ma0214	Com arco de movimento de 20° a 60°	1 a 5
	Extensão útil possível e flexão:	
Ma0215	Com arco de movimento que se detém abaixo de 60°	10 a 12
Ma0216	Com arco de movimento que se detém entre 60° e 90°	6 a 9
Ma0217	Com arco de movimento que se detém entre 90° e 120°	1 a 5

Compromisso da pronosupinação.

Anquilose.

Código		Valorização em pontos
Ma0218	Em posição funcional	6 a 8

Rigidez.

Código		Valorização em pontos
Ma0219	Rigidez na pronação	1 a 5
Ma0220	Rigidez na supinação	1 a 5

Punho.

O arco útil de movimento situa-se entre 0° e 45° para a flexão e entre 0° e 45° para a extensão. Os movimentos fora deste arco têm apenas uma ligeira repercussão nas AVD, o mesmo se verificando relativamente ao desvio radial.

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Ma0221	Pronosupinação conservada	6 a 8
Ma0222	Pronosupinação abolida	13 a 16

Rigidez.

Código		Valorização em pontos
	Rigidez no sector útil:	
Ma0223	Défice de flexão	1 a 3
Ma0224	Défice de extensão	1 a 5
Ma0225	Perda de desvio cubital e ou radial	1

No caso de haver compromisso conjugado das articulações do ombro, cotovelo e punho, não sendo possível levar a mão ao pavilhão auricular homolateral, à região inter-glútea e à crista ilíaca contra-lateral, a taxa a atribuir, tendo em conta o estudo da sinergia destas articulações, deve variar entre 15 e 24, não sendo de considerar as taxas correspondentes a cada uma das articulações envolvidas.

B) Mão

A preensão constitui a principal função da mão, a qual depende da eficácia das pinças (finas e grossas), pressupondo a conservação do comprimento, mobilidade e sensibilidade dos dedos.

O exame objectivo da mão deve ter em conta a possibilidade de realização das principais modalidades de pinças (Fig. 1).

Nos casos de sequelas múltiplas, em que a utilização desta tabela não se adegue, pode justificar-se uma eventual correcção da taxa de incapacidade permanente proposta, tendo em conta as repercussões funcionais e nas AVD, sendo o limite absoluto correspondente ao valor da perda dos segmentos em causa.

Quando existir um intervalo para os coeficientes propostos, deve ser considerado, entre outros aspectos, o lado dominante e o prejuízo funcional e para as AVD.

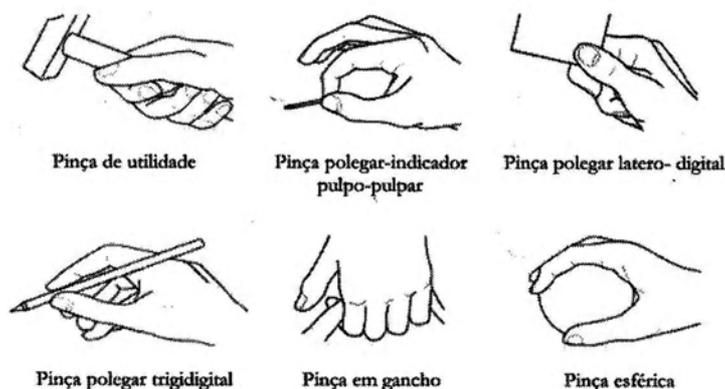


Fig. 1 — Principais pinças

3 — Amputações.

Amputação da mão.

Código		Valorização em pontos
Mb0301	Amputação total	35 a 40
Mb0302	Amputação transmetacárpica com conservação do polegar	18 a 20
Mb0303	Amputação metacarpo-falângica com conservação do polegar	15 a 17

Amputação dos dedos.

As amputações parciais de cada dedo deverão ser proporcionais aos valores da amputação total, tendo em conta as repercussões funcionais (incluindo as perturbações na sensibilidade) e nas AVD.

Código		Valorização em pontos
	Polegar:	
Ma0304	Perda do metacárpico e das 1.ª e 2.ª falanges	17 a 20
Mb0305	Perda das 1.ª e 2.ª falanges	11 a 15
Mb0306	Perda da 2.ª falange	5 a 10
	Segundo e terceiro dedos:	
Mb0307	Perda do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges	5 a 8
Mb0308	Perda da 2.ª e 3.ª falanges	3 a 4
Mb0309	Perda da 3.ª falange	1 a 2
	Quarto dedo e quinto dedos:	
Mb0310	Perda do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges	4 a 5
Mb0311	Perda da 2.ª e 3.ª falanges	2 a 3
Mb0312	Perda da 3.ª falange	1

4 — Anquiloses e rigidez.

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

O valor da anquilose dos dedos, em posição funcional, deve corresponder a cerca de metade dos valores atribuídos para as amputações. No que se refere às anquiloses em posição não funcional, pode o perito propor uma taxa superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como valor máximo o da amputação.

TABELA 5
Taxas relativas à anquilose na mão

	Articulação carpo- -metacárpica (CM)	Articulação metacarpo- -falângica (MCF)	Articulação inter- falângica proximal (IFP)	Articulação inter- falângica distal (IFD)
Polegar	(Mb0401) 2	(Mb0402) 4	(Mb0407) 3	—
2º dedo	—	(Mb0403) 1	(Mb0408) 1	(Mb0412) 1
3º dedo	—	(Mb0404) 1	(Mb0409) 1	(Mb0413) 1
4º dedo	—	(Mb0405) 1	(Mb0410) 1	—
5º dedo	—	(Mb0406) 1	(Mb0411) 1	—

Rigidez.

A taxa a atribuir no caso de rigidez articular deve ser proporcional à taxa prevista para a anquilose, em posição funcional, tendo em conta o arco de movimento útil de cada articulação (MCF e IFP — para o 2.º e 3.º dedos: 20 a 80º; para os 4.º e 5.º dedos: 30 a 90º; IFD — 20 a 70º).

TABELA 6
Códigos de rigidez

	Articulação carpo- -metacárpica (CM)	Articulação metacarpo- -falângica (MCF)	Articulação inter- falângica proximal (IFP)	Articulação inter- falângica distal (IFD)
Polegar	(Mb0414)	(Mb0415)	(Mb0420)	—
2º dedo	—	(Mb0416)	(Mb0421)	(Mb0425)
3º dedo	—	(Mb0417)	(Mb0422)	(Mb0426)
4º dedo	—	(Mb0418)	(Mb0423)	—
5º dedo	—	(Mb0419)	(Mb0424)	—

Sinergia.

Quando haja compromisso de mais de um dedo, existindo entre eles um efeito sinérgico, a valorização tem sempre de atender a que no caso da pinça fina, um dos dedos tem de ser sempre o polegar.

Se os dedos afectados estão amputados, o valor sinérgico deve ser superior à soma aritmética dos dedos perdidos, e inferior ao valor da perda da mão.

Se os dedos afectados estão anquilosados, o valor da sinergia deve ser superior à soma aritmética das anquiloses, mas inferior à soma aritmética das amputações desses dedos.

Alterações da sensibilidade palmar.

As alterações da sensibilidade do dorso da mão não têm repercussão funcional e não justificam a atribuição de qualquer taxa de incapacidade.

As taxas previstas integram as parestesias ligeiras, as disestesias e as discretas alterações tróficas que podem ocorrer, nomeadamente o pequeno neuroma que pode resultar de uma secção nervosa.

Nos compromissos associados de vários dedos, há que ter em conta a afectação sensitiva dependente de cada um dos nervos, considerando que ao território do mediano corresponde 15 %, ao do cubital 3 % e ao do radial 2 %.

Anestesia.

A taxa corresponde a 66 % da taxa prevista para a perda anatómica do ou dos segmentos do(s) dedo(s) atingido(s).

TABELA 7
Códigos de anestesia

Mb0427 Mb0428 Mb0429	Polegar: Anestesia do metacárpico e das 1.ª e 2.ª falanges. Anestesia das 1.ª e 2.ª falanges. Anestesia da 2.ª falange.
Mb0430 Mb0431 Mb0432	Segundo e terceiro dedos: Anestesia do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges. Anestesia da 2.ª e 3.ª falanges. Anestesia da 3.ª falange.
Mb0433 Mb0434 Mb0435	Quarto e quinto dedos: Anestesia do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges. Anestesia da 2.ª e 3.ª falanges. Anestesia da 3.ª falange.

Disestesia e hipostesia.

A taxa a atribuir varia entre 50 % e 66 % da prevista para a perda anatómica do ou dos segmento(s) do(s) dedo(s) atingido(s) segundo a intensidade, localização e dedo(s) atingido(s) (de acordo com a função — realização das pinças).

TABELA 8
Códigos de disestesia e hipostesia

Mb0436 Mb0437 Mb0438	Polegar: Disestesia e hipostesia do metacárpico e das 1.ª e 2.ª falanges. Disestesia e hipostesia das 1.ª e 2.ª falanges. Disestesia e hipostesia da 2.ª falange.
Mb0439 Mb0440 Mb0441	Segundo e terceiro dedos: Disestesia e hipostesia do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges. Disestesia e hipostesia da 2.ª e 3.ª falanges. Disestesia e hipostesia da 3.ª falange.
Mb0442 Mb0443 Mb0444	Quarto e quinto dedos: Disestesia e hipostesia do metacárpico e ou das 1.ª, 2.ª e 3.ª falanges. Disestesia e hipostesia da 2.ª e 3.ª falanges. Disestesia e hipostesia da 3.ª falange.

C) Membro inferior

Nos casos em que exista um intervalo para os coeficientes propostos, deve ser considerado, entre outros aspectos, o prejuízo funcional e para as AVD.

5 — Amputações.

Uma amputação do membro inferior, excepto se localizada ao nível do pé, não permite nem a marcha nem o ortostatismo.

Os pontos propostos são por isso correspondentes a um indivíduo correctamente aparelhado. Se a prótese não for a mais indicada, os pontos a atribuir devem à tolerância à mesma e ao seu resultado funcional. Os pontos não podem, contudo, ultrapassar o valor correspondente à amputação a um nível superior.

No caso de amputação bilateral o valor máximo é de 65 pontos, sendo os restantes valores calculados em função do nível de amputação.

Código		Valorização em pontos
Mc0501	Desarticulação da anca ou amputação alta da coxa não aparelhada	60
Mc0502	Desarticulação unilateral da anca ou amputação alta da coxa sem apoio isquiático	55
Mc0503	Amputação da coxa	50
Mc0504	Desarticulação do joelho	40
Mc0505	Amputação da perna	30
Mc0506	Amputação da tíbio-társica (Syme)	25
Mc0507	Amputação tarsica	20
Mc0508	Amputação médio-társica (Chopart)	12
Mc0509	Amputação tarso-metatársica (Lisfranc)	10
Mc0510	Amputação dos 5 dedos do pé e do 1.º metatársico	8
Mc0511	Amputação do 1.º dedo e do 1.º metatársico	4
Mc0512	Amputação de uma ou das duas falanges do 1.º dedo	2 a 3
Mc0513	Amputação de um ou mais dos outros dedos	1 a 2

6 — Anquiloses e rigidez.

Anca.

Na avaliação destas sequelas há que atender à mobilidade articular útil:

Flexão: 90° permitem a realização da grande maioria das AVD; 70° permitem a posição sentada e a utilização de escadas; 30° permitem a marcha;

Abdução: 20° permitem praticamente todas as AVD;

Adução: tem pouca importância prática;

Rotação externa: a importância funcional assenta principalmente nos primeiros 30°;

Rotação interna: 10° são o necessário para a maioria das AVD;

Extensão: 20° têm importância funcional na marcha e na utilização de escadas;

A dor é um elemento essencial condicionando a utilização da anca na vida diária (marcha e posição ostostática), pelo que se encontra já contemplada nos pontos propostos;

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

No que se refere às anquiloses em posição não funcional, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

Código		Valorização em pontos
Mc0601	Anca (de acordo com o compromisso da marcha)	30 a 35

Rigidez.

No que se refere à rigidez cerrada, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

Código		Valorização em pontos
Mc0602	Perda total da flexão	17
	Flexão:	
Mc0603	Limitada a 30°	13
Mc0604	Limitada a 70°	7
Mc0605	Limitada a 90°	4
Mc0606	Perda total da extensão	2
Mc0607	Flexão irreductível a 20°	4
Mc0608	Perda total da abdução	6
Mc0609	Perda total da adução	1
Mc0610	Perda total da rotação externa	3
Mc0611	Perda total da rotação interna	1

Joelho.

Na avaliação destas sequelas há que atender à mobilidade articular útil:

Flexão: 90° permitem a realização das funções mais importantes (deslocar-se, colocar-se na posição sentada, etc.) e das AVD (utilizar escadas, etc.); 110° permitem a realização da maioria das AVD e 135° permitem a realização de todas elas;

Extensão: um défice de extensão inferior a 10° é compatível com a maioria das AVD.

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

No que se refere às anquiloses em posição não funcional, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

Código		Valorização em pontos
Mc0612	Joelho (de acordo com o compromisso da marcha)	23 a 25

Rigidez.

No que se refere à rigidez cerrada, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

Código		Valorização em pontos
	Flexão (arco possível a partir da extensão completa):	
Mc0613	Limitada a 30°	20
Mc0614	Limitada a 50°	15
Mc0615	Limitada a 70°	10
Mc0616	Limitada a 90°	5
Mc0617	Limitada a 110°	2
	Extensão (arco em défice):	
Mc0618	De 10°	3
Mc0619	De 15°	5
Mc0620	De 20°	10
Mc0621	De 30°	20

Instabilidades.

Código		Valorização em pontos
Mc0622	Lateral	1 a 10
Mc0623	Anterior	2 a 10
Mc0624	Posterior	3 a 12
Mc0625	Instabilidade mista (com compromisso simultâneo de vários grupos ligamentares)	10 a 17

Desvios axiais.

Código		Valorização em pontos
	Genu valgum:	
Mc0626	Até 10°	1 a 3
Mc0627	De 10 a 20°	4 a 10
Mc0628	Acima de 20° (raramente é funcional)	11 a 20
	Genu varum:	
Mc0629	Até 10°	1 a 3
Mc0630	De 10 a 20°	4 a 10
Mc0631	Acima de 20° (raramente é funcional)	11 a 20

Síndromes fémuro-patelares.

Código		Valorização em pontos
Mc0632	Síndromes fémuro-patelares	1 a 8

Sequelas de lesões meniscais.

Código		Valorização em pontos
Mc0633	Sequelas de lesões meniscais	1 a 5

Tibio-társica e pé.**Articulação tibio-társica.**

Na avaliação destas sequelas há que atender a que 20° de flexão plantar permitem a realização da maioria das AVD, 35° permitem a realização de todas e 10° de flexão dorsal permitem a realização de praticamente todas as AVD.

A perda de alguns graus de flexão dorsal é mais incapacitante do que a perda da mesma amplitude na flexão plantar, devido à menor amplitude da flexão dorsal.

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Mc0634	Em função do compromisso da marcha	8 a 10

Rigidez.

Código		Valorização em pontos
Mc0635	Perda total da flexão plantar	5
Mc0636	Perda total da flexão dorsal	5
	Flexão plantar:	
Mc0637	De 0 a 10°	5
Mc0638	De 0 a 20°	4
Mc0639	De 0 a 30°	2
	Flexão dorsal:	
Mc0640	De 0 a 5°	5
Mc0641	De 0 a 10°	3
Mc0642	De 0 a 15°	1
Mc0643	Equinismo ou pé talo irredutível	1 a 12

Laxidez.

Código		Valorização em pontos
Mc0644	Se documentada	2 a 5

Articulação sub-talar.

Na avaliação destas sequelas há que atender à mobilidade articular útil:

Valgo: com 5° é possível realizar praticamente todas as AVD;

Varo: com 5° é possível realizar a maioria das AVD e com 15° é possível realizar todos.

A perda do valgo é mais invalidante que a do varus já que a anquilose em varo é pior tolerada.

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Mc0645	Em função do compromisso da marcha e do ortostatismo	7 a 9

Rigidez.

Código		Valorização em pontos
Mc0646	Em função do compromisso da marcha e do ortostatismo	2 a 3

Articulações médio-társica (Chopart) e tarso-metatarsica (Lisfranc).

Artrodese ou anquilose em posição funcional.

Código		Valorização em pontos
Mc0647	Em função do compromisso da marcha	4 a 6

Rigidez.

Código		Valorização em pontos
Mc0648	Em função do compromisso da marcha	2 a 3

Articulações metatarso-falângicas — dedos do pé.

Anquiloses e rigidez.

Código		Valorização em pontos
Mc0649	Para determinar os pontos, o perito deve ter em conta que o limite máximo corresponde à amputação pelo nível respectivo.	

Anquiloses e rigidez combinadas.

Código	
Mc0650	No que se refere a estas sequelas, quando associadas, os pontos a atribuir podem ter um valor superior, de acordo com as repercussões funcionais e nas AVD, tendo como valor limite o da amputação do segmento superior.

7— Dismetrias.

A avaliação de alongamentos e encurtamentos dos membros inferiores é efectuada sem ter em conta a compensação por ortótese.

Código		Valorização em pontos
Mc0701	Igual ou superior a 5 cm	6 a 8
Mc0702	Superior a 3 cm e inferior a 5 cm	4 a 5
Mc0625	Superior a 1 cm e até 3 cm	2 a 3

D) Coluna vertebral

8— Coluna cervical.

Código		Valorização em pontos
Md801	Sem lesão óssea ou disco-ligamentar documentada (dores intermitentes, implicando medicação analgésica e ou antiinflamatória, com reduzido compromisso da mobilidade)	1 a 3
Md802	Com lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas: Dores muito frequentes e ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada	10 a 15
Md803	Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional	4 a 9
Md804	Artrose ou anquilose sem outras queixas, segundo o número de níveis	3 a 10

9— Coluna torácica (dorsal), lombar e charneira lombo-sagrada.

Código		Valorização em pontos
Md901	Sem lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas (dores intermitentes, implicando medicação analgésica e/ou antiinflamatória, com reduzido compromisso da mobilidade)	1 a 3
Md0902	Com lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas Coluna torácica ou dorsal: Dores muito frequentes e/ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada	7 a 10
Md0903	Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional	3 a 6
Md0904	Coluna lombar e charneiras toraco-lombar e lombo-sagrada: Dores muito frequentes e/ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada	8 a 12
Md0905	Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional	3 a 7

10— Coccix.

Código		Valorização em pontos
Md1001	Coccicodínia	1 a 2

E) Bacia

11 — Bacia-Dores.

Código		Valorização em pontos
Mc1101	Dores pós-fracturárias de um ramo isquio-púbico	1 a 2
Mc1102	Dores e/ou instabilidade da sínfise púbica	2 a 5
Mc1103	Dores relacionadas com diastase ou fractura sacro-ílica	2 a 5
Mc1104	Dores e instabilidade da sínfise púbica e da articulação sacro-ílica associadas: Sem alteração da estática da bacia nem compromisso da marcha	5 a 8
Mc1105	Com alteração estática da bacia e compromisso da marcha	9 a 15

F) Outros quadros sequelares

As situações contempladas neste grupo só podem ser valorizadas enquanto entidades independentes, não devendo ser adicionadas às previstas nos outros grupos.

12 — Membro superior.

Cintura escapular.

Código		Valorização em pontos
Mf1201	Artrose pós-traumática (inclui limitações funcionais e dor)	1 a 5
Mf1202	Ombro doloroso	Até 3
Mf1203	Osteoartrite séptica crónica (segundo as limitações funcionais e dor)	18 a 20
Mf1204	Luxação recidivante inoperable (segundo as limitações funcionais)	3 a 13

Clavícula.

Código		Valorização em pontos
Mf1205	Luxação acrómio-clavicular /esternoclavicular inoperável	1 a 3
Mf1206	Pseudartrose inoperável da clavícula (segundo as limitações funcionais)	1 a 3

Braço.

Código		Valorização em pontos
Mf1207	Pseudo-artrose inoperável do úmero (segundo as limitações funcionais)	10 a 15
Mf1208	Osteíte/osteomielite crónica do úmero	10 a 15
Mf1209	14.3.3. Consolidação em rotação e/ou angulação do úmero superior a 10° (segundo as limitações funcionais)	1 a 3

Cotovelo.

Código		Valorização em pontos
Mf1210	Artrose pós-traumática (inclui limitações funcionais e dor)	1 a 5
Mf1211	Cotovelo doloroso	1 a 3
Mf1212	14.4.3. Osteoartrite séptica crónica (segundo as limitações funcionais e dor)	18 a 20

Antebraço.

Código		Valorização em pontos
Mf1213	Consolidação em rotação e/ou angulação de mais de 10°	1 a 3
Mf1214	Pseudo-artrose inoperável do cúbito e rádio (segundo as limitações funcionais) ...	10 a 15
Mf1215	Pseudo-artrose inoperável do cúbito (segundo as limitações funcionais)	6 a 8
Mf1216	Pseudo-artrose inoperável do rádio (segundo as limitações funcionais)	8 a 10
Mf1217	Osteomielite/osteíte de ossos do antebraço	6 a 10
Mf1218	Retracção isquémica de Volkmann	25 a 30
Mf1219	Punho doloroso /artrose do punho	1 a 3

Punho.

Código		Valorização em pontos
Mf1220	Artrose pós-traumática de articulações metacarpo-falângicas e/ou interfalângicas/mão dolorosa	1 a 3
Mf1221	Síndrome residual pós-algodistrofia da mão (permanente)	3 a 5

13—Membro inferior.

Anca.

Código		Valorização em pontos
Mf1301	Artrose pós-traumática (inclui limitações funcionais e dor)	1 a 10
Mf1302	Anca dolorosa	1 a 3
Mf1303	Osteoartrite séptica crónica (segundo as limitações funcionais e dor)	20 a 25

Fémur.

Código		Valorização em pontos
Mf1304	Osteomielite /osteíte crónica	14
Mf1305	Pseudo-artrose inoperável (segundo as limitações funcionais)	18 a 20
Mf1306	Consolidação em rotação e/ou angulação: Até 10°	1 a 3
Mf1307	Mais de 10°	4 a 8

Joelho.

Código		Valorização em pontos
Mf1308	Osteoartrite crónica (segundo as limitações funcionais)	18 a 20
Mf1309	Artrose pós-traumática (segundo as limitações funcionais e dor)	1 a 8
Mf1310	Joelho doloroso 1 a 3	

Perna.

Código		Valorização em pontos
Mf1311	Osteomielite /osteíte da tibia e perónio	12
Mf1312	Pseudo-artrose da tibia (segundo as limitações funcionais)	14 a 17

Tíbio-társica/pé.

Código		Valorização em pontos
Mf1313	Talalgia	1 a 3
Mf1314	Metatarsalgia	1 a 3
Mf1315	Artrose das articulações do pé (Chopart-Lisfranc)	1 a 5

14—Torax

Código		Valorização em pontos
Mf1401	Dores inter-costais — pós-fractura de arcos costais/esterno	1 a 3

15—Coluna Vertebral.

Código		Valorização em pontos
Mf1501	Artrose pós-traumática sem antecedentes a nível cervical, dorsal e lombar (inclui dores)	1 a 5
Mf1502	Agravamento de artrose prévia ao traumatismo	1 a 3
Mf1503	Fractura em cunha/achatamento vertebral: Até 50%	1 a 3
Mf1504	Mais de 50%	4 a 7
Mf1505	Alterações da estática vertebral (cifose, escoliose, lordose) (segundo o arco de curvatura e graus)	1 a 12

16—Pélvis.

Código		Valorização em pontos
Mf1601	Estreitamento pélvico sem possibilidade de parto por via baixa	4

4—Sistema cárdio-respiratório (C).

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

A) Coração

Reportando-se à classificação que se segue, inspirada na da New York Heart Association (NYHA), o perito deve basear-se nas manifestações funcionais expressas pelo examinando, no exame clínico e nos diversos exames complementares de diagnóstico.

De entre os dados técnicos, a fracção de ejeção tem uma importância primordial para a quantificação objectiva das sequelas. O perito deve além disso ter em conta as exigências terapêuticas e a vigilância que esta impõe.

1—Sequelas cardiológicas.

Código		Valorização em pontos
Ca0101	Sintomatologia funcional mesmo em repouso (confirmada por dados clínicos e para-clínicos; exigências terapêuticas muito importantes e hospitalizações frequentes; fracção de ejeção <20%)	81 a 90
Ca0102	Limitação funcional para esforços moderados (com manifestações de falência miocárdica-edema pulmonar- ou associada a complicações vasculares periféricas ou a perturbações do ritmo complexas com exigências terapêuticas importantes e vigilância apertada; fracção de ejeção 20 a 25%)	66 a 80
Ca0103	Idem com exigência terapêutica considerável (com ou sem perturbações do ritmo associadas; fracção de ejeção 25 a 30%)	41 a 65
Ca0104	Limitação funcional com implicações na actividade diária (marcha rápida) (alteração franca dos parâmetros ecográficos ou eco-dopler; intolerância ao esforço com anomalias do ECG de esforço e com exigência terapêutica; fracção de ejeção 30 a 35%)	31 a 40
Ca0105	Limitação funcional alegada para esforços comuns (2 andares) (confirmada por ECG de esforço ou existência de sinais de disfunção miocárdica; contra-indicação de esforços físicos consideráveis e exigência terapêutica com vigilância cardiológica próxima; fracção de ejeção 35 a 40%)	21 a 30
Ca0106	Limitação funcional alegada para esforços significativos (com sinais de disfunção miocárdica, exigências terapêuticas e vigilância próxima; fracção de ejeção 40 a 50%)	11 a 20
Ca0107	Limitação funcional alegada para esforços importantes (desporto) (sem sinais de disfunção ou isquémia miocárdica, com necessidades terapêuticas e vigilância regular; fracção de ejeção 50 a 60%)	3 a 10
Ca0108	Sem limitação funcional (boa tolerância ao esforço; segundo as necessidades terapêuticas e/ou vigilância regular; fracção de ejeção >60%)	Até 2

2 — Transplante.

A eventualidade de um transplante deve ter em conta a necessidade de exigências terapêuticas muito importantes e de uma vigilância particularmente apertada.

Código		Valorização em pontos
Ca0201	Transplante cardíaco (segundo o resultado funcional (calculado de acordo com o previsto no artigo anterior), acrescido de valor fixado em função da tolerância aos imuno-supressores)	10 a 20

B) Aparelho respiratório

Qualquer que seja a origem da afecção pulmonar, a avaliação deve ter em conta a importância da insuficiência respiratória crónica que é apreciada a partir da gravidade da dispneia, graduada por referência à escala clínica das dispneias de Sadoul (Tabela 6), ao exame clínico especializado e aos exames complementares já efectuados ou requeridos no âmbito da perícia.

TABELA 6
Escala das dispneias de Sadoul

Estadio ou classe	Descrição
1	Dispneia para esforços importantes acima do 2.º andar
2	Dispneia na marcha em inclinação ligeira ou na marcha rápida, ou subir a um 1.º andar
3	Dispneia na marcha normal em terreno plano
4	Dispneia na marcha lenta
5	Dispneia ao mínimo esforço

3 — Perda anatômica total ou parcial de um pulmão.

Código		Valorização em pontos
Cb0301	Perda total	15
Cb0302	Perda lobar	5

Estas taxas são acumuláveis com a taxa correspondente à eventual insuficiência respiratória associada.

4 — Insuficiência respiratória crónica.

Código		Valorização em pontos
Cb0401	Dispneia para pequenos esforços (despir), em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT inferior a 50%; VEMS inferior a 40 % hipoxémia de repouso (PaO_2) inferior a 60 mm Hg associada ou não a uma alteração da capnia ($PaCO_2$) com eventual necessidade de oxigenoterapia de longa duração (>15h/dia) ou de uma traqueostomia ou de uma assistência ventilatória intermitente	51 a 90
Cb0402	Dispneia na marcha em terreno plano no seu ritmo próprio, em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT entre 50 e 60%; VEMS entre 40 e 60% hipoxémia de repouso (PaO_2) entre 60 a 70mmHg	31 a 50
Cb0403	Dispneia na marcha normal em superfície plana, em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT entre 60 e 70%; VEMS entre 60 e 70%; DLCO/VA inferior a 60%	15 a 30
Cb0404	Dispneia na subida a um andar em marcha rápida, ou em inclinação ligeira, em que se verifique uma das seguintes condições: CV ou CPT entre 70 e 80 %; VEMS entre 70 e 80 %; DLCO/VA entre 60 e 70 %	6 a 15
Cb0405	Dispneia para esforços importantes com alteração discreta das provas funcionais	2 a 5

CV: Capacidade Vital.

CPT: Capacidade Pulmonar Total.

VEMS: Volume Expiratório Máximo por segundo.

DEM: Débito Expiratório Médio.

PaO₂: Pressão parcial de oxigénio no sangue arterial.

PaCO₂: Pressão parcial de carbono no sangue arterial.

SaO₂: saturação em oxigénio de hemoglobina no sangue arterial.

DLCO/VA: Medição da capacidade de difusão de monóxido de carbono.

5 — Sequelas dolorosas persistentes de toracotomia.

Código		Valorização em pontos
Cb0501	Sequelas dolorosas persistentes de toracotomia	1 a 3

5 — Sistema vascular (V).

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

A) Sequelas arteriais, venosas e linfáticas

A taxa deve ter em conta as exigências terapêuticas e ou a vigilância médica.

1 — Arteriais.

Código		Valorização em pontos
	Membro inferior:	
Va0101	Queixas de esforço com claudicação	5 a 10
Va0102	Queixas em repouso (dores isquémicas espontâneas)	11 a 20
Va0103	Queixas em repouso (dores isquémicas espontâneas com necrose do tecido que pode chegar à amputação). Limite máximo amputação da coxa	21 até 50
Va0104	Membro superior	1 a 10
	(segundo as perturbações funcionais (por exemplo, perda de força, hipotermia...) e lado dominante, tendo em conta o resultado do eco-doppler.)	

2 — Venosas.

Trata-se de sequelas de flebite indiscutível, que devem ser avaliadas tendo em conta um eventual estado anterior.

Código		Valorização em pontos
Va0201	Perturbação na marcha prolongada com edema permanente mensurável, necessitando de uso continua do de meia elástica de contenção; lesões tróficas e úlceras recidivantes	11 a 20
Va0202	Perturbação na marcha prolongada com edema permanente mensurável, necessitando de uso continuado de meia elástica de contenção	5 a 10
Va0203	Sensação de pernas pesadas com edema vespertino verificável	1 a 4

3 — Linfáticas (ou linfoedema).

Código		Valorização em pontos
Va0301	Membro superior	1 a 10
Va0302	Membro inferior	Ver sequelas venosas

B) Baço

Código		Valorização em pontos
Vb0301	Esplenectomia total, com exigências terapêuticas	6 a 15
Vb0302	Esplenectomia total, assintomática	5

VI—Sistema digestivo (D)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

A) Estomias cutâneas definitivas e incontinência

1—Estomias.

Código		Valorização em pontos
Da0101	Estomias (colostomia, ileostomia)	30

2—Incontinência fecal.

Código		Valorização em pontos
Db0301	Incontinência fecal: Sem possibilidade de controlo terapêutico	45
Db0302	Com possibilidade de controlo terapêutico	Até 15

B) Perturbações comuns às diferentes afectações do aparelho digestivo

A taxa inclui a inerente à perda orgânica.

3—Perturbações da absorção.

Código		Valorização em pontos
Db0301	Síndrome de Malabsorção: Necessitando de alimentação parentérica permanente	50 a 60
Db0302	Necessitando acompanhamento médico frequente, tratamento contínuo e exigências dietéticas estritas com repercussão no estado geral	21 a 30
Db0303	Necessitando acompanhamento médico regular, tratamento quase contínuo e exigências dietéticas estritas com incidência social	11 a 20
Db0304	Necessitando acompanhamento médico periódico, tratamento intermitente, precauções dietéticas, e sem repercussões sobre o estado geral	1 a 10

C—Hérniase aderências.

Código		Valorização em pontos
Dc0301	As hérnias são corrigíveis cirurgicamente, podendo todavia persistir aderências a valorizar segundo as repercussões funcionais, numa taxa entre	5 a 10.

VII—Sistema urinário (U)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

A) Rim

1—Nefrectomia.

Código		Valorização em pontos
Ua0101	Perda de um rim: (a taxa corresponde à da perda de um órgão interno dentro do contexto psicológico e cultural; sem indicação de transplante, função renal normal ou manutenção do estado anterior)	15

2 — Insuficiência renal.

Código		Valorização em pontos
Ua0201	Clearance de creatinina inferior a 10ml/mn: (necessidade de tratamento por diálise num centro ou auto-diálise, segundo as complicações).....	36 a 65
Ua0202	Clearance de creatinina entre 10 e 30 ml/mn: (alteração do estado geral; dieta muito condicionada e consideráveis limitações terapêuticas)	25 a 35
Ua0203	Clearance de creatinina entre 30 e 60 ml/mn: (astenia; necessidade de dieta e de tratamento médico rigoroso)	15 a 25
Ua0204	Clearance de creatinina entre 60 e 80 ml/mn: (em função da dieta alimentar, das alteração do estado geral e dos tratamentos a seguir).....	5 a 15

No caso particular de alteração da função renal de um indivíduo submetido a nefrectomia unilateral, a taxa correspondente à perda anatómica não é cumulativa, devendo, todavia, ser fixada uma taxa mínima de 15 %, em conformidade com o artigo 1 deste capítulo.

3 — Transplante.

Código		Valorização em pontos
Ua0301	Segundo tolerância aos corticóides e imunodepressores: Caso deste resulte, também, insuficiência renal, acrescem as taxas contempladas no artigo 2 deste capítulo	10 a 20

B) Incontinência

4 — Incontinência.

Código		Valorização em pontos
Ub0401	Sem possibilidade de controlo terapêutico	30
Ub0402	Com possibilidade de controlo terapêutico	Até 10

C) Estomia

5 — Estomia.

Código		Valorização em pontos
Ub0501	Com necessidade de material apropriado	15

VIII — Sistema reprodutor (R)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

As repercussões endócrinas não se incluem nas taxas, devendo ser valorizadas no capítulo respectivo. Estas também não incluem as consequências na diferenciação sexual quando a lesão se produz antes da puberdade. Algumas das taxas contemplam a perda do órgão no seu contexto sócio-cultural.

A) Mulher

1 — Perda de órgão.

Código		Valorização em pontos
Ra0101	Histerectomia (sem consequências a nível da reprodução)	5
Ra0102	Ooforectomia: Unilateral	5
Ra0103	Bilateral (sem consequências a nível da reprodução)	6
Ra0104	Mastectomia: Bilateral	16 a 25
Ra0105	Unilateral	10 a 15

2—Esterilidade.

Código		Valorização em pontos
Ra0201	Definitiva e resistente às técnicas médicas dirigidas à procriação numa mulher que era apto para a mesma. A taxa inclui a perda dos órgãos	30

B) Homem

3 — Perda de órgão.

Código		Valorização em pontos
Rb0301	Orquidectomia: Unilateral	5
Rb0302	Bilateral (sem consequências a nível da reprodução)	6
Rb0303	Perda do pénis	40

4—Esterilidade.

Código		Valorização em pontos
Rb0401	Num indivíduo que era apto para a procriação, a taxa inclui a perda dos testículos. Se, além do mais, existir uma perda do pénis, a taxa combinada da perda de órgãos e da esterilidade é de 45	30

5 — Disfunção eréctil.

Código		Valorização em pontos
Rb0501	Em função da avaliação clínica e do resultado dos exames complementares de diagnóstico	5 a 15

IX— Sistema glandular endócrino (G)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

Os problemas relativos aonexo de causalidade revestem-se, neste domínio, de particular complexidade. Com efeito, é extremamente raro observar um dano corporal constituído, unicamente, por um défice endócrino isolado.

Aqui, mais do que nos outros capítulos, convém apreciar o nexo de causalidade em função dos exames clínicos e das provas complementares efectuadas por especialista da área.

A avaliação é feita em função da adaptação ao tratamento, do seu controlo e da sua eficácia.

A) Hipófise

Código		Valorização em pontos
Ga0101	Panhipopituitarismo (défice funcional total das funções hipofisárias anterior e posterior, necessitando de terapêutica de substituição e de vigilância clínica e biológica regular, segundo a eficácia do tratamento). Caso se verifique antes da puberdade, deve atender-se ao dano futuro, que se traduzirá particularmente em alterações a nível do crescimento e do desenvolvimento sexual, necessitando de nova avaliação findo o período pubertário	20 a 45
Ga0102	Diabetes insípida (em função do controlo da poliúria e polidipsia e da eficácia terapêutica)	5 a 20

B) Tiróide

Código		Valorização em pontos
Gb0101	Hipotiroidismo (excepcionalmente pós-traumático, podendo resultar como sequela de tratamento do hipertiroidismo)	1 a 5

C) Paratiróide

Código		Valorização em pontos
Gc0101	Hipoparatiroidismo (valorizável de acordo com os valores séricos de cálcio, fósforo e paratormona, e com a gravidade da sintomatologia e sua repercussão nas AVD) ...	5 a 30

D) Pâncreas endócrino

Código		Valorização em pontos
	Diabetes insulino-dependente. O aparecimento deste tipo de diabetes coloca frequentemente problemas de nexos de causalidade, a não ser quando resulta de lesões pancreáticas major. A taxa é apreciada em função da sua estabilidade, da repercussão sobre as actividades da vida diária e social e das perturbações resultantes da terapêutica e vigilância clínica.	
Gd0101	Diabetes mal compensada (com repercussão sobre o estado geral, necessitando de vigilância clínica constante)	20 a 40
Gd0102	Diabetes bem compensada (por insulino-terapia simples, em função das perturbações resultantes da vigilância clínica)..... Em casos de complicações com sequelas definitivas, devem estas ser avaliadas no âmbito das respectivas especialidades	15 a 19

E) Supra-renais

Código		Valorização em pontos
Ge0101	Insuficiência supra-renal (valorizável em função da perturbação relacionada com a terapêutica e vigilância clínica) Caso se verifique antes da puberdade, deve atender-se ao dano futuro, que se traduzirá particularmente em alterações a nível do desenvolvimento, nomeadamente sexual, necessitando de nova avaliação findo o período pubertário	10 a 25

F) Gónadas

Código		Valorização em pontos
Gf0101	De acordo com o resultado da terapêutica de substituição. Caso se verifique antes da puberdade, deve atender-se ao dano futuro, que se traduzirá particularmente em alterações a nível do crescimento, do desenvolvimento sexual e da fecundidade, necessitando de nova avaliação findo o período pubertário	10 a 25

X — Sistema cutâneo (P)

As situações não contempladas neste capítulo, nomeadamente as de carácter excepcional, avaliam-se por analogia com as sequelas descritas e quantificadas.

As taxas propostas tomam essencialmente em consideração as sequelas cutâneas para as funções próprias da pele (protecção e transpiração) e não incluem as consequências estéticas e as limitações de movimentos, que devem ser valorizadas independentemente.

A avaliação de sequelas cutâneas a nível da face, mãos e região genital, deve suscitar, pelas suas especificidades, uma ponderação acrescida. Por ser possível que sequelas cutâneas de dimensões mais reduzidas possam, em função da sua localização, ter consequências mais significativas do que outras de maior dimensão, os intervalos propostos no quadro seguinte apresentam sobreposições.

A) Queimaduras profundas ou cicatrizações patológicas

Valorizam-se segundo a percentagem de superfície corporal atingida pelas lesões.

Pa0101	Inferior a 10%	1 a 10
Pa0102	De 10 a 20%	5 a 15
Pa0103	De 21 a 60%	10 a 30
Pa0104	Mais de 60%	25 a 50

II — PORTARIAS

**Ministérios das Finanças e da Administração
Pública e da Defesa Nacional**

**Portaria n.º 1393/2007
de 25 de Outubro de 2007**

O Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, veio estabelecer o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM), resultante da unificação dos subsistemas de saúde específicos de cada ramo, no contexto da necessidade de fazer convergir os diversos subsistemas de saúde públicos com o regime geral da assistência na doença aos servidores civis do Estado, efectuada no âmbito da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE).

Entretanto, o Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro, veio consagrar a possibilidade de os beneficiários titulares de ADSE, que sejam cônjuges ou vivam em união de facto com beneficiários titulares de qualquer subsistema de saúde destinado a funcionários, agentes e outros servidores do Estado, optarem pela inscrição como beneficiários extraordinários nesse subsistema.

Por seu turno, dispõe o n.º 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro, que o regime aplicável aos beneficiários extraordinários de cada subsistema é definido por portaria conjunta do ministro com a tutela da respectiva entidade gestora e do membro do Governo responsável pelas áreas das finanças e da Administração Pública. Mais dispõe o artigo 17.º, alínea *b*), do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, que a regulamentação necessária à boa execução deste diploma seja feita por portaria conjunta daqueles membros do Governo.

Torna-se, portanto, necessário regular os termos em que se pode efectivar este direito no âmbito da ADM, concluindo-se, assim, o quadro normativo de inscrição dos beneficiários neste subsistema de saúde: os beneficiários titulares, previstos no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro; os beneficiários familiares ou equiparados, previstos no artigo 5.º do mesmo diploma, desde que não se encontrem inscritos em outros regimes de protecção social ou sejam abrangidos por regime de segurança social de inscrição obrigatória, e, por fim, os beneficiários extraordinários.

Assim:

Manda o Governo, pelos Ministros de Estado e das Finanças e da Defesa Nacional, ao abrigo do disposto no n.º 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro, e na alínea *b*) do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, o seguinte:

Artigo 1.º

Beneficiário extraordinário

1 — Considera -se beneficiário extraordinário da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM) o beneficiário titular da ADSE que seja cônjuge ou viva em união de facto com o beneficiário titular da ADM e que, ao abrigo do direito de opção previsto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro, e no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro, requeira a sua inscrição na ADM, de acordo com o disposto na presente portaria.

2 — Sem prejuízo do disposto na presente portaria, não pode inscrever-se na ADM como beneficiário familiar ou equiparado ou como beneficiário extraordinário quem seja beneficiário titular de outro regime de protecção social, incluindo o regime de segurança social de inscrição obrigatória, em resultado do exercício de actividade remunerada ou tributável, enquanto se mantiverem aquelas situações.

3 — A aquisição superveniente da qualidade de beneficiário titular de outro regime de protecção social ou de beneficiário de regime de segurança social nos termos do número anterior determina a perda da qualidade de beneficiário que detinha.

Artigo 2.º

Inscrição e direito de opção

1 — O direito de opção é exercido pelo interessado mediante pedido de inscrição na ADM.

2 — A aquisição da condição de beneficiário extraordinário produz efeitos a partir do dia 1 do mês seguinte ao da aceitação da inscrição.

3 — O direito de opção deve ser exercido pelos interessados no prazo de três meses a contar da data de celebração do casamento ou da aquisição da qualidade de funcionário ou agente.

4 — Os actuais funcionários e agentes, beneficiários titulares da ADSE, devem exercer o direito de opção no prazo de três meses a contar da data de entrada em vigor da presente portaria.

5 — No caso das uniões de facto, o prazo para o exercício do direito de opção é estipulado mediante portaria do membro do Governo responsável pelas áreas das finanças e da Administração Pública.

6 — Os funcionários e agentes que iniciaram funções a partir de 1 de Janeiro de 2006 podem, a todo o tempo, renunciar à sua inscrição na ADM como beneficiários extraordinários, assumindo a renúncia carácter definitivo.

7 — A inscrição de um beneficiário titular da ADSE como beneficiário extraordinário da ADM implica transferir para esta a inscrição de todos os beneficiários familiares ou equiparados, que preenchem os requisitos para o ser, mantendo-se como tal enquanto continuarem a reunir todas as condições.

Artigo 3.º

Responsabilidade pela inscrição

1 — A inscrição na ADM processa-se:

a) Através dos serviços e organismos processadores de vencimentos, no tocante aos funcionários e agentes no activo e aos respectivos familiares ou equiparados, ainda que sobreviventes, quando aqueles tiverem falecido antes da sua inscrição na ADM;

b) Pelos próprios funcionários e agentes que se encontrem na situação de aposentação ou pelos familiares sobreviventes dos mesmos.

2 — A entidade gestora da ADM deve comunicar a aceitação da inscrição às entidades referidas no número anterior, bem como transmitirá à ADSE, para efeitos de cancelamento da inscrição neste subsistema, os seguintes elementos de informação:

a) Data de aceitação da inscrição na ADM;

b) Nome;

- c) Número de beneficiário da ADSE;
- d) Número de bilhete de identidade;
- e) Número de identificação fiscal;
- f) Data de nascimento.

Artigo 4.º

Direitos e deveres

Os beneficiários extraordinários gozam dos mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres dos beneficiários familiares ou equiparados da ADM, com as ressalvas constantes da presente portaria.

Artigo 5.º

Perda da condição de beneficiário

1 — Os beneficiários extraordinários perdem esta condição, verificada alguma das seguintes situações:

- a) Divórcio;
- b) Separação judicial de pessoas e bens;
- c) Dissolução da união de facto;
- d) Perda ou suspensão da qualidade de beneficiário titular por parte do respectivo cônjuge ou pessoa com quem vivam em união de facto;
- e) Perda da qualidade de funcionário ou agente;
- f) Renúncia à inscrição nos termos previstos no n.º 6 do artigo 2.º

2 — A entidade gestora da ADM deve comunicar à ADSE e às entidades referidas no n.º 1 do artigo 3.º a perda da condição de beneficiário da ADM e a situação que a determinou.

Artigo 6.º

Descontos obrigatórios

1 — Constituem receita própria da ADM os montantes provenientes dos descontos obrigatórios previstos no artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de Maio, e na alínea c) do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 353 -A/89, de 16 de Outubro.

2 — Os serviços e organismos processadores dos vencimentos procedem mensalmente à entrega do montante correspondente aos descontos efectuados, a fim de o mesmo ser contabilizado como receita da entidade gestora da ADM.

Artigo 7.º

Familiares e equiparados

Os familiares ou equiparados dos beneficiários extraordinários gozam dos mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres dos beneficiários familiares ou equiparados da ADM.

Artigo 8.º

Direito subsidiário

Em tudo o que não estiver especialmente previsto no presente diploma, é aplicável o disposto no Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, e, com as necessárias adaptações, o previsto no Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de Fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de Dezembro.

Artigo 9.º
Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Em 10 de Setembro de 2007.

O Ministro de Estado e das Finanças, *Fernando Teixeira dos Santos*.— O Ministro da Defesa Nacional, *Henrique Nuno Pires Severiano Teixeira*.

**Portaria n.º 1394/2007
de 25 de Outubro de 2007**

O Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, veio estabelecer o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM), resultante da unificação dos subsistemas de saúde específicos de cada ramo, no contexto servidores civis do Estado, efectuada no âmbito da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE).

Neste novo quadro legal, a ADM surge como co-responsável, nos termos definidos no Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, pelo pagamento das prestações de cuidados de saúde previstas neste diploma, competindo a gestão deste novo subsistema de saúde ao Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA).

Uma vez que, neste novo contexto, a assistência na doença aos beneficiários da ADM também abrange o pagamento das despesas de saúde decorrentes de acidentes de serviço e doenças profissionais, torna-se necessário estabelecer as normas que permitam a sua exequibilidade.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, manda o Governo, pelos Ministros de Estado e das Finanças e da Defesa Nacional, o seguinte:

Artigo 1.º
Âmbito da assistência em caso de acidente de serviço e doença profissional

1 — A assistência na doença aos beneficiários titulares da ADM abrange o pagamento das despesas de saúde decorrentes de acidentes de serviço e doenças profissionais, desde que dos mesmos não resulte incapacidade permanente.

2 — Quando do acidente de serviço ou doença profissional resultar incapacidade permanente, o pagamento das despesas de saúde é da responsabilidade do serviço de saúde militar do ramo das Forças Armadas a que pertence o militar incapacitado.

Artigo 2.º
Responsabilidade dos ramos das Forças Armadas

1 — Os ramos das Forças Armadas asseguram a organização de todos os processos referentes a acidentes de serviço e doenças profissionais dos militares.

2 — Os ramos das Forças Armadas asseguram ainda, directamente ou através de terceiros:

a) As prestações de natureza médica, cirúrgica, de enfermagem, hospitalar, medicamentosa e quaisquer outras, incluindo tratamentos termais, fisioterapia e o fornecimento de próteses e ortóteses, seja qual for a sua forma, desde que necessárias e adequadas ao diagnóstico ou ao restabelecimento do estado de saúde físico ou mental e da capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado e à sua recuperação para a vida activa;

b) O transporte e a estada, designadamente para observação, tratamento, comparência perante juntas médicas ou a actos judiciais.

Artigo 3.º

Responsabilidade da ADM

1 — Nos casos previstos no n.º 1 do artigo 1.º, o pagamento das despesas de saúde decorrentes das modalidades de assistência na doença mencionadas no n.º 2 do artigo anterior incumbe à entidade gestora da ADM.

2 — Para os efeitos do disposto no número anterior, os serviços de saúde dos ramos das Forças Armadas remetem à entidade gestora da ADM a documentação que comprove os encargos suportados, identificando os processos que lhes deram origem.

3 — São inscritas no orçamento do Ministério da Defesa Nacional as verbas necessárias para cobertura dos encargos decorrentes do n.º 1.

Artigo 4.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Em 10 de Setembro de 2007.

O Ministro de Estado e das Finanças, *Fernando Teixeira dos Santos*. — O Ministro da Defesa Nacional, *Henrique Nuno Pires Severiano Teixeira*.

**Portaria n.º 1395/2007
de 25 de Outubro de 2007**

No âmbito da convergência dos subsistemas de saúde públicos com o regime geral da assistência na doença aos servidores civis do Estado, efectuada no âmbito da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE), o Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, veio estabelecer o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM), resultante da unificação dos subsistemas de saúde específicos de cada ramo.

O artigo 8.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, estabelece que a assistência na doença aos militares colocados no estrangeiro e aos respectivos familiares é regulada em diploma próprio.

Assim:

Manda o Governo, pelos Ministros de Estado e das Finanças e da Defesa Nacional, ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

A presente portaria aplica-se à assistência na doença aos beneficiários titulares da assistência na doença aos militares das Forças Armadas colocados no estrangeiro bem como aos beneficiários familiares que com eles se encontrem.

Artigo 2.º

Regra geral

As despesas resultantes da assistência na doença prestada aos beneficiários da ADM nos termos do artigo 1.º estão sujeitas às normas que regulam a assistência prestada em território nacional, aplicando-se os códigos e nomenclaturas dos actos das tabelas do regime livre da assistência na doença aos servidores civis do Estado, efectuada no âmbito da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE).

Artigo 3.º

Prestações de cuidados de saúde

1 — As prestações de cuidados de saúde são comparticipadas nos seguintes termos:

- a) Beneficiários titulares — 100 %, desde que a assistência seja prestada em estabelecimento hospitalar militar ou estatal do país onde presta serviço ou, por reconhecida urgência, noutro estabelecimento de saúde;
- b) Beneficiários familiares — 80 %, desde que a assistência seja prestada em estabelecimento hospitalar militar ou estatal do país onde o beneficiário titular presta serviço ou, por reconhecida urgência, noutro estabelecimento de saúde.

2 — As prestações de cuidados de saúde não abrangidas pelo número anterior ficam sujeitas a autorização prévia do conselho directivo do Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA), sendo as despesas comparticipadas em 80 %, até aos limites máximos previstos nas tabelas de comparticipações em vigor para os beneficiários da ADM.

3 — Nos casos previstos no n.º 1 em que exista recurso a um estabelecimento hospitalar não militar o direito ao reembolso fica dependente do reconhecimento, pelo conselho directivo do IASFA, mediante requerimento fundamentado do interessado, de que tal resultou de uma impossibilidade objectiva de utilização dos estabelecimentos militares.

4 — Nos casos previstos no número dois, o conselho directivo do IASFA pode, mediante requerimento fundamentado do interessado, autorizar que a comparticipação se faça nos termos do n.º 1.

Artigo 4.º

Assistência medicamentosa

1 — A assistência medicamentosa depende de prescrição médica e da apensação, na receita, da parte da etiqueta que descreve a denominação comum internacional dos medicamentos.

2 — Os medicamentos são comparticipados nos seguintes termos:

- a) Beneficiários titulares — 100 %;
- b) Beneficiários familiares — 80 %.

Artigo 5.º

Produção de efeitos

A presente portaria produz efeitos a partir de 1 de Janeiro de 2007.

Em 10 de Setembro de 2007.

O Ministro de Estado e das Finanças, *Fernando Teixeira dos Santos*. — O Ministro da Defesa Nacional, *Henrique Nuno Pires Severiano Teixeira*.

**Portaria n.º 1396/2007
de 25 de Outubro de 2007**

O Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, estabeleceu o regime jurídico da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM), resultante da unificação dos subsistemas de saúde específicos de cada ramo, no contexto da necessidade de fazer convergir os diversos subsistemas de saúde públicos com o regime geral da assistência na doença aos servidores civis do Estado, efectuada no âmbito da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE).

O artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, estabelece que o Ministro da Defesa Nacional pode celebrar ou autorizar que a entidade gestora da ADM celebre acordos com pessoas singulares ou colectivas, públicas ou privadas, que tenham por objecto a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários. Torna-se assim necessário estabelecer o regime e as condições de celebração, assim como as cláusulas tipo dos acordos a celebrar com a ADM.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 11.º, conjugado com o n.º 2 do artigo 12.º, do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de Setembro, manda o Governo, pelos Ministros de Estado e das Finanças e da Defesa Nacional, o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

1 — A presente portaria regula o regime dos acordos para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM).

2 — Entende-se por acordo o contrato celebrado entre a entidade gestora da ADM e outras pessoas singulares ou colectivas, públicas ou privadas, que tenham por objecto a prestação de cuidados de saúde e o fornecimento de medicamentos, próteses e ortóteses aos beneficiários da ADM.

Artigo 2.º

Necessidade de acordo

A prestação de cuidados de saúde por pessoas singulares ou colectivas, públicas ou privadas, a beneficiários da ADM, no âmbito do regime convencionado, depende da celebração e vigência de acordos a celebrar pelo Ministro da Defesa Nacional, ou por autorização deste, pela entidade gestora da ADM.

Artigo 3.º

Fins a prosseguir pelos acordos

A celebração de acordos deve visar a racionalização da aquisição de bens e serviços de saúde, a redução dos respectivos custos relativamente ao regime livre, bem como garantir aos beneficiários um elevado grau de prontidão, continuidade e qualidade, com a finalidade de promover a saúde, no âmbito da prevenção, do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação.

Artigo 4.º

Requisitos da celebração de acordos

1 — Os acordos podem ser celebrados com quaisquer pessoas singulares ou colectivas, públicas ou privadas, que tenham idoneidade para a prestação dos cuidados de saúde ou para o fornecimento de bens a contratar, sob orientação e responsabilidade de profissionais de saúde devidamente habilitados.

2 — Para efeitos do número anterior, a idoneidade para a prestação dos cuidados de saúde a contratar depende:

- a) Do licenciamento, quando exigível;
- b) Da observância, pelas instalações e pelos equipamentos, dos requisitos e normas técnicas exigidos pelo Ministério da Saúde;
- c) Da regularidade da situação fiscal e perante a segurança social.

Artigo 5.º

Conteúdo essencial dos acordos

Os acordos integram necessariamente os seguintes elementos:

- a) A identificação e a definição dos bens e cuidados de saúde contratados;
- b) A definição da responsabilidade das partes contratantes;
- c) A definição dos deveres das entidades prestadoras dos cuidados de saúde contratados relativamente ao acesso e fiscalização por parte da ADM;
- d) Os requisitos de idoneidade técnica do pessoal;

- e) A indicação do local ou locais de prestação dos serviços;
- f) As condições de adequação das instalações e do equipamento;
- g) Os critérios que permitam a acreditação;
- h) A fiscalização do cumprimento contratual;
- i) As tabelas de participação;
- j) As condições de facturação.

Artigo 6.º

Clausulado tipo dos acordos

Sem prejuízo das adaptações que se revelem necessárias no caso concreto, o clausulado tipo dos acordos é o constante do anexo I da presente portaria, que dela faz parte integrante.

Artigo 7.º

Período de vigência

1 — Os acordos vigoram por períodos de um ano, renováveis automaticamente por períodos de idêntica duração, salvo se, com a antecedência mínima de 60 dias em relação ao termo de cada período de vigência, qualquer das partes comunicar a oposição à renovação por carta registada com aviso de recepção.

2 — O disposto no número anterior não prejudica a denúncia do acordo, a qualquer momento, por qualquer das partes com pré-aviso de 60 dias, ressalvando-se, neste caso, a continuidade de cuidados aos doentes que ainda se encontrem em tratamento.

Artigo 8.º

Comparticipações

1 — Os preços dos cuidados de saúde fixados no âmbito de convenções são os que constam nas tabelas acordadas pela ADSE, mantendo o mesmo co-financiamento do beneficiário.

2 — Quanto aos cuidados de saúde que possam não estar incluídos nas tabelas do regime convencionado da ADSE, a ADM poderá celebrar acordos específicos, dando conhecimento às entidades gestoras dos demais subsistemas de saúde públicos, das condições de preço e do co-financiamento do beneficiário.

Artigo 9.º

Avaliação

A ADM avalia, de forma sistemática, a qualidade e a acessibilidade dos cuidados de saúde prestados ao abrigo de acordos e zela pelo integral cumprimento das disposições clausuladas.

Artigo 10.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Em 10 de Setembro de 2007.

O Ministro de Estado e das Finanças, *Fernando Teixeira dos Santos*. — O Ministro da Defesa Nacional, *Henrique Nuno Pires Severiano Teixeira*.

ANEXO I

Clausulado tipo de acordo**Acordo para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da assistência na doença aos militares das Forças Armadas**

Entre o Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA), com sede em ..., na qualidade de entidade gestora da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM), representada por ..., adiante designada por primeiro outorgante, e ..., com morada/sede em ..., representada/o por ..., adiante designada/o por segunda/o outorgante, é celebrado o presente acordo, que se rege pelas cláusulas seguintes:

Cláusula 1.ª

Âmbito do acordo

1 — O presente acordo define as condições a que se obrigam as partes no âmbito da prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da ADM, nas seguintes valências:

a)

b)

2 — Os serviços convenccionados serão prestados no local ou locais seguintes:

a)

b)

Cláusula 2.ª

Obrigações principais da/o segunda/o outorgante

1 — A/o segunda/o outorgante obriga-se a prestar os cuidados de saúde abrangidos pelo presente acordo aos beneficiários da ADM que apresentem os respectivos cartões de beneficiários válidos, conjuntamente com documento oficial com fotografia.

2 — A/o segunda/o outorgante obriga-se ainda a prestar os cuidados de saúde abrangidos pelo presente acordo a recém-nascidos até aos 60 dias de vida, mediante exibição do cartão de qualquer dos seus progenitores, desde que a inscrição do recém-nascido tenha sido requerida à ADM.

3 — A/o segunda/o outorgante não pode recusar a prestação de cuidados de saúde abrangidos pelo presente acordo aos beneficiários da ADM que se encontrem nas condições referidas no número anterior ou proceder a qualquer forma de discriminação entre eles.

Cláusula 3.ª

Receituário, relatórios médicos e processos clínicos

1 — A/o segunda/o outorgante obriga-se a observar a política do medicamento em vigor em todo o receituário prescrito.

2 — A/o segunda/o outorgante obriga-se a elaborar os relatórios ou atestados clínicos emitido no respeito pela *artis legis*.

3 — A/o segunda/o outorgante obriga-se a apresentar relatório médico sobre a situação clínica do beneficiário, a pedido deste, para ser submetido à apreciação dos médicos consultores de saúde da ADM.

4 — A/o segunda/o outorgante obriga-se a conservar por um período mínimo de cinco anos os dados referentes ao processo clínico de cada doente, bem como todos os elementos que possam servir de base à apreciação futura em casos de absoluta necessidade.

Cláusula 4.ª**Preços e participações**

- 1 — A/o segunda/o outorgante obriga-se a observar os preços constantes do anexo I.
- 2 — É da responsabilidade dos beneficiários o pagamento dos encargos identificados na tabela referida no número anterior.
- 3 — O primeiro outorgante obriga-se a pagar à/ao segunda/ o outorgante os montantes equivalentes às participações da sua responsabilidade nos cuidados de saúde prestados.
- 4 — Para os efeitos do número anterior, a/o segunda/o outorgante factura directamente ao primeiro outorgante os encargos da sua responsabilidade decorrentes da assistência prestada aos beneficiários da ADM.
- 5 — As actualizações das tabelas aplicam-se exclusivamente aos cuidados de saúde ainda não prestados, independentemente do momento em que os mesmos sejam facturados.
- 6 — A/o segunda/o outorgante não pode exigir aos beneficiários da ADM o pagamento de quaisquer quantias, salvas as previstas no n.º 2.

Cláusula 5.ª**Procedimento de facturação e liquidação de encargos**

- 1 — A/o segunda/o outorgante remeterá à ADM, em duplicado, a facturação mensal respeitante aos serviços prestados.
- 2 — A facturação referida no número anterior é obrigatoriamente acompanhada pelos documentos referidos na cláusula seguinte.
- 3 — O primeiro outorgante obriga-se a pagar os montantes facturados, decorrentes dos serviços prestados aos beneficiários da ADM, no prazo máximo de 60 dias contados da data da sua recepção.
- 4 — A ADM não se responsabiliza pelo pagamento dos encargos relativos aos beneficiários cujos cartões não sejam válidos, bem como daqueles cujos documentos de despesa não possuam a identificação completa, designadamente o nome e o número de identificação de beneficiário.
- 5 — O original do recibo passado ao beneficiário pela/o segunda/o outorgante respeitante à quantia paga por este no âmbito do presente acordo deve conter a indicação «valor não participável pela ADM».

Cláusula 6.ª**Tratamentos de longa duração**

A participação relativa a internamentos superiores a 90 dias seguidos ou interpolados, no mesmo ano civil, está condicionada à organização de processo contendo:

- a) Requerimento do beneficiário titular ou, em caso de impossibilidade deste, do seu representante legal;
- b) Relatório do médico especialista, com indicação da presumível duração do internamento;
- c) Aprovação do presidente da ADM.

Cláusula 7.ª**Documentação exigida**

- 1 — A/o segunda/o outorgante obriga-se a apresentar ao primeiro outorgante, juntamente com a facturação mensal, os seguintes documentos:
 - a) Duplicado do documento comprovativo do valor remanescente pago pelo beneficiário;
 - b) Guia de tratamento e ou mapa de resumo de despesas, constantes do anexo II da presente portaria, quando for o caso;
 - c) Prescrição médica, para meios complementares de diagnóstico e terapêutica.
- 2 — Os documentos referidos no número anterior devem atender aos seguintes requisitos:
 - a) A factura deve obedecer aos requisitos previstos no Código do IVA e ser assinada por representante habilitado da/do segunda/o outorgante;

b) A guia de tratamento deve ser completamente preenchida em todos os seus campos, devendo ser assinada pelo beneficiário, depois de trancada, no final dos tratamentos facturados;

c) A prescrição médica deve conter a identificação clara do médico especialista, a data e respectiva assinatura, bem como os exames, tratamentos ou bens prescritos.

3 — A ADM não aceitará a documentação relativa aos processos que não estejam de acordo com o estabelecido nos números anteriores.

4 — A/o segunda/o outorgante obriga-se a entregar anualmente ao primeiro outorgante e a manter actualizados comprovativos de que tem a sua situação contributiva perante a administração fiscal e a segurança social regularizadas, nos termos previstos na respectiva legislação.

Cláusula 8.ª

Deveres de informação

1 — A/o segunda/o outorgante obriga-se a comunicar ao primeiro outorgante, no prazo de 30 dias:

- a) Qualquer alteração do corpo clínico ou do responsável técnico;
- b) Disponibilização de novas valências ou redução das existentes;
- c) Abertura de novas instalações ou encerramento das existentes;
- d) Quaisquer outras alterações relevantes.

2 — Aquando da comunicação de novas especialidades ou instalações, a/o segunda/o outorgante pode indicar se pretende a extensão do presente acordo.

Cláusula 9.ª

Instalações

A/o segunda/o outorgante obriga-se a manter as suas instalações apetrechadas dos meios técnicos e do pessoal habilitado à prestação dos cuidados abrangidos pelo presente acordo, nomeadamente no que diz respeito aos processos de garantia de qualidade definidos nos termos legais.

Cláusula 10.ª

Visitas

A/o segunda/o outorgante obriga-se a facultar ao primeiro outorgante ou aos seus representantes o acesso às suas instalações, bem como a consulta dos ficheiros informáticos ou manuais dos respectivos beneficiários, pelos médicos consultores de saúde da ADM, desde que devidamente autorizados pelo respectivo beneficiário.

Cláusula 11.ª

Vigência

O presente acordo é válido por um ano e automaticamente renovável por iguais períodos, podendo ser denunciado, a qualquer momento, por qualquer das partes com pré-aviso de 60 dias, ressalvando-se, neste caso, a continuidade de cuidados aos doentes que ainda se encontrem em tratamento.

Cláusula 12.ª

Incumprimento

O incumprimento deste acordo, por qualquer dos outorgantes, dá à outra parte o direito à sua resolução imediata.

Cláusula 13.^a
Foro

Para a resolução de qualquer questão emergente do presente acordo é competente o Tribunal Administrativo e Fiscal de Lisboa.

Cláusula 14.^a
Entrada em vigor

O presente acordo entra em vigor no dia seguinte ao da sua assinatura por ambas as partes.

Lisboa,
Pelo Primeiro Outorgante,
Pela/o Segunda/o Outorgante,

GUIA DE TRATAMENTO

Lugar/Instituição:		ASSISTÊNCIA AO DOADOR DOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS (AFM)		MÊS:	
.....		
.....		NOME DO BENEFICIÁRIO Nº:		ANO:	
.....		
.....		
DT	Descrição do caso	Quantidade de dias úteis	ADM	BENEF.	TOTAL
Declaro que os factos apresentados são verdadeiros e corretos.					
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO:					

MAPA RESUMO DE DESPESAS

MAPA RESUMO DE DESPESAS

MAPA N.º MÊS / ANO: /

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		VALORES		
NÚMERO DO BENEFICIÁRIO	NOME	ADM	BENEF.	TOTAL

III — DESPACHOS

Ministério da Defesa Nacional

Instituto de Acção Social das Forças Armadas

Despacho (extracto) n.º 23 808/2007 de 4 de Outubro de 2007

Considerando as equiparações legais determinadas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 12.º do Estatuto do Instituto de Acção Social das Forças Armadas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 284/95, de 30 de Outubro, nos termos conjugados dos artigos 7.º, n.º 3, alínea *e*), e 9.º, n.º 2, do Estatuto do Pessoal Dirigente dos Serviços e Organismos da Administração Central, Regional e Local do Estado, aprovado pela Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro, e do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, delego no COR INF **Manuel António Francisco Lopes Calado**, director do Centro de Apoio Social de Évora, as competências para autorizar as despesas previstas no artigo 17.º, n.º 1, alínea *a*), do Decreto-Lei n.º 197/99, até ao limite de €2500, quando a escolha do procedimento é em função do valor e de €1250, quando é independentemente do valor.

Este despacho produz efeitos desde 1 de Outubro de 2007.

O Presidente do Conselho de Direcção, *Rui Alberto Fidalgo Ferreira*, tenente-general.

Chefe do Estado-Maior do Exército

Despacho n.º 23 110/2007 de 17 de Setembro de 2007

1 — Ao abrigo do disposto no n.º 4 do artigo 9.º da Lei Orgânica do Exército, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 61/2006, de 21 de Março, delego no chefe do meu Gabinete, COR TIR TM **Rui Manuel Xavier Fernandes Matias**, a competência para a prática dos seguintes actos no âmbito do referido Gabinete:

a) Autorizar deslocações em serviço no território nacional, incluindo com a utilização de viatura própria, bem como o processamento das correspondentes despesas com a aquisição de títulos de transporte e de ajudas de custo, nos termos da lei;

b) Autorizar a prestação pelo pessoal civil de trabalho extraordinário, nos termos da lei, bem como o pagamento dos respectivos abonos;

c) Autorizar o abono do vencimento de exercício perdido por motivo de doença ao pessoal civil;

d) Despachar os assuntos de gestão corrente do Gabinete.

2 — Ao abrigo da autorização que me é conferida pelo n.º 4 do despacho n.º 1065/2007, de 3 de Janeiro, do Ministro da Defesa Nacional, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 15, de 22 de Janeiro de 2007, subdelego na entidade referida nos números anteriores a competência para autorizar despesas com indemnizações a terceiros resultantes de acordo com o lesado, decorrentes da efectivação da responsabilidade civil do Estado emergente de acidentes de viação em que sejam intervenientes viaturas do Exército, ficando a indemnização limitada aos danos materiais e ao valor máximo de €5000.

3 — O presente despacho produz efeitos a partir de 11 de Setembro de 2007, ficando por este meio ratificados todos os actos entretanto praticados pelo chefe do meu Gabinete que se incluam no âmbito desta delegação e subdelegação de competências.

O Chefe do Estado-Maior do Exército, *José Luís Pinto Ramalho*, general.

Despacho n.º 23 195/2007
de 6 de Junho de 2007

1 — Ao abrigo do disposto no n.º 4 do artigo 9.º da Lei Orgânica do Exército, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 61/2006, de 21 de Março, delego no comandante operacional do Exército tenente-general **Artur Neves Pina Monteiro**, a competência para a prática dos seguintes actos no âmbito do Comando Operacional:

a) Aprovar instruções e normas técnicas no âmbito dos assuntos operacionais, de comunicações e sistemas de informação e de informações e segurança militar no Exército;

b) Planear e coordenar o emprego de forças e meios em situações de calamidade pública e em outras missões de interesse público;

c) Autorizar deslocações em serviço no território nacional, incluindo com a utilização de viatura própria, bem como o processamento das correspondentes despesas com a aquisição de títulos de transporte e de ajudas de custo, nos termos legais;

d) Autorizar a concessão de credenciações nacionais nos graus de secreto e confidencial, nos termos da alínea b) do n.º 2 do capítulo IV do SEGMIL 1, de 16 de Outubro de 1986;

e) Autorizar o abono do vencimento de exercício perdido por motivo de doença ao pessoal civil.

2 — Ao abrigo do disposto no artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, delego na mesma entidade a competência que me é conferida pela alínea a) do n.º 1 do artigo 17.º do mesmo diploma, conjugado com o artigo 4.º, n.º 5, da Lei Orgânica do Exército, para autorizar e realizar despesas com a locação e aquisição de bens e serviços e com empreitadas de obras públicas, bem como para praticar todos os demais actos decisórios previstos naquele mesmo diploma, até ao limite de €99 759,58.

3 — Ao abrigo da autorização que me é conferida pelo n.º 4 do despacho n.º 1065/2007, de 3 de Janeiro, do Ministro da Defesa Nacional, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 15, de 22 de Janeiro de 2007, subdelego na entidade referida nos números anteriores a competência para, no âmbito do Comando Operacional, autorizar despesas:

a) Com a locação e aquisição de bens e serviços e com empreitadas de obras públicas até €250 000, prevista na alínea c) do n.º 1 do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho;

b) Com indemnizações a terceiros resultantes de acordo com o lesado, decorrentes da efectivação da responsabilidade civil do Estado emergente de acidentes de viação em que sejam intervenientes viaturas do Exército, ficando a indemnização limitada aos danos materiais e ao valor máximo de €5000.

4 — As competências referidas no n.º 2 podem ser subdelegadas, no todo ou em parte, nos directores, comandantes e chefes na dependência directa do comandante do Comando Operacional, podendo estes subdelegá-las nos 2.ºs comandantes das brigadas e zonas militares e comandantes, directores ou chefes das unidades, estabelecimentos e órgãos que se encontrem na respectiva dependência directa.

5 — O presente despacho produz efeitos a partir de 4 de Junho de 2007, ficando por este meio ratificados todos os actos entretanto praticados pelo comandante operacional do Exército que se incluam no âmbito desta delegação e subdelegação de competências.

O Chefe do Estado-Maior do Exército, *José Luís Pinto Ramalho*, general.

Despacho n.º 23 587/2007
de 11 de Setembro de 2007

1 — Ao abrigo do disposto no n.º 4 do artigo 9.º da Lei Orgânica do Exército, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 61/2006, de 21 de Março, delego no comandante da Instrução e Doutrina do Exército, tenente-general **João Nuno Jorge Vaz Antunes**, a competência para a prática dos seguintes actos no âmbito do Comando da Instrução e Doutrina:

a) Aprovar instruções e normas técnicas nos domínios da doutrina, da educação, da formação militar, da formação profissional, da educação física, dos desportos e do tiro no Exército;

b) Praticar todos os actos administrativos respeitantes à vida escolar nos estabelecimentos militares de ensino e nos estabelecimentos de ensino militar, com excepção da Academia Militar, nomeadamente proferir decisão sobre requerimentos, exposições e outros documentos apresentados por alunos, candidatos a aluno ou encarregados de educação;

c) Autorizar deslocações em serviço no território nacional, incluindo com a utilização de viatura própria, bem como o processamento das correspondentes despesas com a aquisição de títulos de transporte e de ajudas de custo, nos termos da lei;

d) Autorizar o abono do vencimento de exercício perdido por motivo de doença ao pessoal civil;

e) Planear, coordenar, executar e inspeccionar os cursos de formação geral comum de praças, bem como para o controlo e tratamento dos dados relativos às actividades de instrução das unidades onde se realizam aqueles cursos;

f) Aprovar a calendarização dos cursos que integram o plano de formação contínua, depois de aprovados pelo Chefe do Estado-Maior do Exército.

2 — Ao abrigo do disposto no artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, delego na mesma entidade a competência que me é conferida pela alínea a) do n.º 1 do artigo 17.º do mesmo diploma, conjugado com o artigo 4.º, n.º 5, da Lei Orgânica do Exército, para autorizar e realizar despesas com a locação e aquisição de bens e serviços e com empreitadas de obras públicas, bem como para praticar todos os demais actos decisórios previstos naquele mesmo diploma, até ao limite de €99 759,58.

3 — Ao abrigo da autorização que me é conferida pelo n.º 4 do despacho n.º 1065/2007, de 3 de Janeiro, do Ministro da Defesa Nacional, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 15, de 22 de Janeiro de 2007, subdelego na entidade referida no número anterior a competência para, no âmbito do Comando da Instrução e Doutrina, autorizar despesas:

a) Com a locação e aquisição de bens e serviços e com empreitadas de obras públicas, até €250 000, prevista na alínea c) do n.º 1 do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho;

b) Com indemnizações a terceiros resultantes de acordo com o lesado, decorrentes da efectivação da responsabilidade civil do Estado emergente de acidentes de viação em que sejam intervenientes viaturas do Exército, ficando a indemnização limitada aos danos materiais e ao valor máximo de €5000.

4 — A competência referida na alínea b) do n.º 1 pode ser subdelegada no director de Educação, podendo este subdelegá-la, no todo ou em parte, nos directores dos estabelecimentos de ensino que se encontrem na sua dependência directa.

5 — As competências referidas no n.º 2 podem ser subdelegadas, no todo ou em parte, nos directores, comandantes e chefes na dependência directa do comandante da Instrução e Doutrina, podendo estes subdelegá-las nos comandantes, directores ou chefes das unidades, estabelecimentos e órgãos que se encontrem na respectiva dependência directa.

6 — O presente despacho produz efeitos a partir de 18 de Junho de 2007, ficando por este meio ratificados todos os actos entretanto praticados pelo comandante da Instrução e Doutrina do Exército que se incluam no âmbito desta delegação e subdelegação de competências.

O Chefe do Estado-Maior do Exército, *José Luís Pinto Ramalho*, general.

Comando do Pessoal

Direcção de Administração de Recursos Humanos

Despacho n.º 23 290/2007

de 09 de Agosto de 2007

1 — Ao abrigo do disposto no n.º 2 do despacho n.º 14 452/2007, de 9 de Maio, do tenente-general ajudante-general do Exército, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 129, de 6 de Julho de 2007, subdelego no COR INF (10161072), **João Carlos Mota Correia Ambrósio**, chefe da Repartição de Reserva, Reforma e Disponibilidade/DARH, a competência que em mim foi subdelegada para a prática dos seguintes actos:

- a) Autorizar a passagem à reforma de militares nos termos das alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 159.º do EMFAR, bem como nos termos do n.º 3 do mesmo artigo;
- b) Autorizar a passagem à reforma de militares nos termos da alínea c) (em caso de deferimento) do n.º 1 do artigo 159.º do EMFAR, bem como nos termos do n.º 3 do mesmo artigo;
- c) Promover a passagem à reforma extraordinária de militares nos termos do artigo 160.º do EMFAR;
- d) Apreciar a transferência de obrigações militares de pessoal na disponibilidade;
- e) Autorizar o alistamento nas forças de segurança a militares na disponibilidade;
- f) Autorizar o tratamento e hospitalização de praças na disponibilidade;
- g) Autorizar averbamentos a introduzir nos processos individuais do pessoal na situação de reforma;
- h) Propor a apresentação à JHI de pessoal deficiente para atribuição ou modificação da percentagem de invalidez;
- i) Apreciar requerimentos solicitando a passagem de certificados.

2 — Este despacho produz efeitos desde 12 de Janeiro de 2007, ficando por este meio ratificados todos os actos entretanto praticados que se incluam no âmbito desta subdelegação de competências.

O Director da DARH, *Rui Manuel da Silva Rodrigues*, MGEN.

Despacho n.º 23 291/2007

de 09 de Agosto de 2007

1 — Ao abrigo do disposto no n.º 2 do despacho n.º 14 452/2007, de 9 de Maio, do tenente-general ajudante-general do Exército, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 129, de 6 de Julho de 2007, subdelego no COR INF (07349075), **Armínio José Teixeira Mendes**, subdirector da DARH, a competência que em mim foi subdelegada para a prática dos seguintes actos:

- a) Homologar os pareceres da CPIP/DS sobre a definição e verificação do nexo causal entre o serviço e os acidentes ou doenças ocorridos no continente e Regiões Autónomas, excepto nos casos em que tenha ocorrido a morte ou o desaparecimento da vítima, e determinar o envio dos respectivos processos à entidade competente para proferir a decisão final sempre que o interessado tenha requerido a qualificação como deficiente das Forças Armadas ou deficiente civil das Forças Armadas;
- b) Apreciar assuntos relativos aos militares auxiliados da ATFA;
- c) Aprovar a lista de antiguidade de pessoal militarizado e civil;
- d) Autorizar a emissão do termo de posse ou de aceitação de pessoal militarizado e civil do Exército;

e) Autorizar a emissão de bilhetes de identidade militar e de cartas patentes de oficiais do QP, até ao posto de tenente-coronel, inclusive;

f) Apreciar requerimentos solicitando a passagem de certificados.

2 — Este despacho produz efeitos desde 12 de Janeiro de 2007, ficando por este meio ratificados todos os actos entretanto praticados que se incluam no âmbito desta subdelegação de competências.

O Director da DARH, *Rui Manuel da Silva Rodrigues*, MGEN.

**Despacho n.º 23 292/2007
de 09 de Agosto de 2007**

1 — Ao abrigo do disposto no n.º 2 do despacho n.º 14 452/2007, de 9 de Maio, do tenente-general ajudante-general do Exército, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 129, de 6 de Julho de 2007, subdelego no TCOR INF (08923580), **Óscar Humberto Almeida Megre Barbosa**, chefe do Gabinete de Apoio/DARH, a competência que em mim foi subdelegada, para a prática dos seguintes actos:

a) Autorizar a emissão de bilhetes de identidade militar e de diplomas de encarte das promoções de sargentos do QP;

b) Autorizar a emissão de cartões de identificação militar de militares em RV/RC;

c) Apreciar requerimentos solicitando a passagem de certificados;

d) Visar os processos de falecimento a enviar ao Ministério da Defesa Nacional.

2 — Este despacho produz efeitos desde 12 de Janeiro de 2007, ficando por este meio ratificados todos os actos entretanto praticados que se incluam no âmbito desta subdelegação de competências.

O Director da DARH, *Rui Manuel da Silva Rodrigues*, MGEN.

**Despacho n.º 23 293/2007
de 09 de Agosto de 2007**

1 — Ao abrigo do disposto no n.º 2 do despacho n.º 14 452/2007, de 9 de Maio, do tenente-general ajudante-general do Exército, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 129, de 6 de Julho de 2007, subdelego no COR INF (02114873), **José da Silva Pereira Lima**, chefe da Repartição de Pessoal Civil/DARH, a competência que em mim foi subdelegada para a prática dos seguintes actos:

a) Autorizar a modificação da relação jurídica de emprego do pessoal civil, nas suas diversas modalidades, excepto para pessoal das carreiras de técnico superior ou equivalente;

b) Promover pessoal militarizado;

c) Accionar os concursos de pessoal do QPCE, com excepção dos respeitantes às carreiras de técnico superior ou equivalente, depois de aprovada a sua abertura;

d) Propor a apresentação à junta médica de pessoal do QPCE;

e) Conceder licença sem vencimento ao pessoal do QPCE;

f) Conceder licença parental aos militarizados e civis do Exército, prevista na legislação em vigor, designadamente no artigo 43.º, n.º 1, alínea a), do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, por remissão no caso dos militares e militarizados do artigo 100.º, n.º 1, do EMFAR;

g) Autorizar a acumulação de funções de pessoal do QPCE, excepto técnicos superiores ou equivalente;

h) Conceder licença ilimitada ao pessoal militarizado;

- i) Autorizar a continuação ao serviço de pessoal militarizado com mais de 56 anos;
- j) Averbar cursos e estágios a pessoal do QPCE e militarizado;
- k) Apreciar requerimentos solicitando a passagem de certificados;
- l) Apreciar requerimentos e reclamações respeitantes à lista de antiguidade de pessoal civil;
- m) Confirmar as condições de progressão de pessoal militarizado e civil.

2 — Este despacho produz efeitos desde 12 de Janeiro de 2007, ficando por este meio ratificados todos os actos entretanto praticados que se incluam no âmbito desta subdelegação de competências.

O Director da DARH, *Rui Manuel da Silva Rodrigues*, MGEN.

**Despacho n.º 23 294/2007
de 09 de Agosto de 2007**

1 — Ao abrigo do disposto no n.º 2 do despacho n.º 14 452/2007, de 9 de Maio, do tenente-general ajudante-general do Exército, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 129, de 6 de Julho de 2007, subdelego no COR INF (02041678), **José Manuel Picado Esperança da Silva**, chefe da Repartição de Pessoal Militar/ DARH, a competência que em mim foi subdelegada para a prática dos seguintes actos:

- a) Autorizar trocas de colocação e prorrogação de deslocamentos aos militares, até ao posto de major, inclusive;
- b) Autorizar requerimentos de mudança de guarnição militar de preferência;
- c) Autorizar pedidos de demora na apresentação de militares, até ao posto de capitão, inclusive;
- d) Nomear militares para a frequência de cursos, tirocínios e estágios nacionais, excepto para o CPOG, estágio de comandantes e CEM;
- e) Autorizar o adiamento da frequência de cursos de promoção dos sargentos, nos termos do artigo 197.º do EMFAR;
- f) Nomear, colocar e transferir militares em RV/RC, em território nacional;
- g) Autorizar trocas e oferecimentos para efeitos de colocação de militares em RV/RC;
- h) Autorizar requerimentos de mudança de área geográfica de prestação de serviço preferencial a militares RV/RC, desde que não haja determinação especial em contrário;
- i) Autorizar a admissão de militares em RV/RC e, bem assim, a prorrogação e cessação da prestação de serviço com excepção das situações previstas no artigo 300.º, n.º 3, alíneas e) e f), do EMFAR;
- j) Equivalência de condições de promoção de sargentos;
- k) Promover e graduar militares por diuturnidade e antiguidade nas categorias de sargentos do QP e oficiais, sargentos e praças em RV/RC;
- l) Conceder licença registada aos sargentos e praças dos QP, nos termos do artigo 204.º do EMFAR;
- m) Conceder licença parental aos militares, prevista na legislação em vigor, designadamente no artigo 43.º, n.º 1, alínea a), do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, por remissão no caso dos militares e militarizados do artigo 100.º, n.º 1, do EMFAR;
- n) Autorizar a matrícula em cursos civis aos militares RV/RC, sem prejuízo para o serviço;
- o) Autorizar o exercício de funções de natureza civil aos militares RV/RC, sem prejuízo para o serviço;
- p) Autorizar o concurso e alistamento nas forças de segurança de militares em RV e RC;
- q) Averbar cursos, estágios e especialidades normalizadas a militares;
- r) Averbar aumentos de tempo de serviço;
- s) Apreciar requerimentos solicitando a passagem de certificados.

2 — Este despacho produz efeitos desde 12 de Janeiro de 2007, ficando por este meio ratificados todos os actos entretanto praticados que se incluam no âmbito desta subdelegação de competências.

O Director da DARH, *Rui Manuel da Silva Rodrigues*, MGEN.

Despacho n.º 23 295/2007
de 13 de Setembro de 2007

1 — Ao abrigo do disposto no n.º 2 do despacho n.º 14 452/2007, de 9 de Maio, do tenente-general ajudante-general do Exército, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 129, de 6 de Julho de 2007, subdelego no COR INF (08923580), **Óscar Humberto Almeida Megre Barbosa**, chefe da Repartição de Pessoal Militar/DARH, a competência que em mim foi subdelegada para a prática dos seguintes actos:

- a) Autorizar trocas de colocação e prorrogação de deslocamentos aos militares, até ao posto de major, inclusive;
- b) Autorizar requerimentos de mudança de guarnição militar de preferência;
- c) Autorizar pedidos de demora na apresentação de militares, até ao posto de capitão, inclusive;
- d) Nomear militares para a frequência de cursos, tirocínios e estágios nacionais, excepto para o CPOG, estágio de comandantes e CEM;
- e) Autorizar o adiamento da frequência de cursos de promoção dos sargentos, nos termos do artigo 197.º do EMFAR;
- f) Nomear, colocar e transferir militares em RV/RC, em território nacional;
- g) Autorizar trocas e oferecimentos para efeitos de colocação de militares em RV/RC;
- h) Autorizar requerimentos de mudança de área geográfica de prestação de serviço preferencial a militares RV/RC, desde que não haja determinação especial em contrário;
- i) Autorizar a admissão de militares em RV/RC e, bem assim, a prorrogação e cessação da prestação de serviço, com excepção das situações previstas no artigo 300.º, n.º 3, alíneas e) e f), do EMFAR;
- j) Equivalência de condições de promoção de sargentos;
- k) Promover e graduar militares por diuturnidade e antiguidade nas categorias de sargentos do QP e oficiais, sargentos e praças em RV/RC;
- l) Conceder licença registada aos sargentos e praças dos QP, nos termos do artigo 204.º do EMFAR;
- m) Conceder licença parental aos militares, prevista na legislação em vigor, designadamente no artigo 43.º, n.º 1, alínea a), do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, por remissão no caso dos militares e militarizados do artigo 100.º, n.º 1, do EMFAR;
- n) Autorizar a matrícula em cursos civis aos militares RV/RC, sem prejuízo para o serviço;
- o) Autorizar o exercício de funções de natureza civil aos militares RV/RC, sem prejuízo para o serviço;
- p) Autorizar o concurso e alistamento nas forças de segurança de militares em RV e RC;
- q) Averbar cursos, estágios e especialidades normalizadas a militares;
- r) Averbar aumentos de tempo de serviço;
- s) Apreciar requerimentos solicitando a passagem de certificados.

2 — Este despacho produz efeitos desde 13 de Setembro de 2007, ficando por este meio ratificados todos os actos entretanto praticados que se incluam no âmbito desta subdelegação de competências.

O Director da DARH, *Rui Manuel da Silva Rodrigues*, MGEN.

Despacho n.º 23 296/2007
de 13 de Setembro de 2007

1 — Ao abrigo do disposto no n.º 2 do despacho n.º 14 452/2007, de 9 de Maio, do tenente-general ajudante-general do Exército, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 129, de 6 de Julho de 2007, subdelego no TCOR INF (13242781), **Jorge Alexandre Rodrigues Pinto de Almeida**, chefe do Gabinete de Apoio/DARH, a competência que em mim foi subdelegada para a prática dos seguintes actos:

a) Autorizar a emissão de bilhetes de identidade militar e de diplomas de encarte das promoções de sargentos do QP;

b) Autorizar a emissão de cartões de identificação militar de militares em RV/RC;

c) Apreciar requerimentos solicitando a passagem de certificados;

d) Visar os processos de falecimento a enviar ao Ministério da Defesa Nacional.

2 — Este despacho produz efeitos desde 13 de Setembro de 2007, ficando por este meio ratificados todos os actos entretanto praticados que se incluam no âmbito desta subdelegação de competências.

O Director da DARH, *Rui Manuel da Silva Rodrigues*, MGEN.

O Chefe do Estado-Maior do Exército

José Luís Pinto Ramalho, general.

Está conforme:

O Ajudante-General do Exército

Eduardo Manuel de Lima Pinto, tenente-general.



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO

SECÇÃO DA OE/DARH
ESTÁ CONFORME
O ORIGINAL

ORDEM DO EXÉRCITO

2.^a SÉRIE

N.º 10/31 DE OUTUBRO DE 2007

Publica-se ao Exército o seguinte:

I — MUDANÇAS DE SITUAÇÃO

Passagem à situação de Reserva

COR ENG (01619575) Duarte Veríssimo Pires Torrão, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, conjugado com o n.º 2 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 166/05, de 23 de Setembro, devendo ser considerado nesta situação desde 12 de Abril de 2007. Fica com a remuneração mensal de €3.348,79. Conta 41 anos, 3 meses e 6 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 28Jun07/DR II série n.º 183 de 21Set07)

SMOR MED (60532474) João Emídio Coelho Cortes, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, conjugado com o n.º 2 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 166/05, de 23 de Setembro, devendo ser considerado nesta situação desde 31 de Dezembro de 2006. Fica com a remuneração mensal de €2.023,92. Conta 37 anos e 26 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 28Jun07/DR II série n.º 183 de 21Set07)

SMOR ART (08531377) Custódio João Costa Cochicho, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, conjugado com o n.º 3 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 166/05, de 23 de Setembro, devendo ser considerado nesta situação desde 31 de Dezembro de 2006. Fica com a remuneração mensal de € 2.220,12. Conta 36 anos, 6 meses e 14 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 14Ago07/DR II série n.º 203 de 22Out07)

SMOR INF (04861977) José Augusto da Cunha Aires, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, conjugado com o n.º 3 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 166/05, de 23 de Setembro, devendo ser considerado nesta situação desde 1 de Maio de 2007. Fica com a remuneração mensal de €2.054,29. Conta 36 anos, 9 meses e 3 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 14Ago07/DR II série n.º 203 de 22Out07)

SMOR CAV (17034477) Carlos Manuel Carvalho Ratola, nos termos da alínea *d*) do n.º 1 do art. 154.º do EMFAR, devendo ser considerado nesta situação desde 1 de Junho de 2007. Fica com a remuneração mensal de €2.253,44. Conta 37 anos, 8 meses e 2 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 13Ago07/DR II série n.º 203 de 22Out07)

SMOR ART (01773777) Joaquim Alexandre Alface Pereira Neto, nos termos da alínea *d*) do n.º 1 do art. 154.º do EMFAR, devendo ser considerado nesta situação desde 1 de Junho de 2007. Fica com a remuneração mensal de €2.253,44. Conta 37 anos, 10 meses e 8 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 13Ago07/DR II série n.º 203 de 22Out07)

SMOR AM (05638281) António João Silva da Conceição, nos termos da alínea *b*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, conjugado com o n.º 2 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 166/05, de 23 de Setembro, devendo ser considerado nesta situação desde 3 de Junho de 2007. Fica com a remuneração mensal de €1.868,83. Conta 32 anos, 9 meses e 25 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 13Ago07/DR II série n.º 203 de 22Out07)

SCH PARA (03987878) Arnaldo Joaquim Lopes Duarte, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, conjugado com o n.º 2 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 166/05, de 23 de Setembro, devendo ser considerado nesta situação desde 31 de Dezembro de 2006. Fica com a remuneração mensal de € 2.023,43. Conta 40 anos, 7 meses e 26 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 13Jul07/DR II série n.º 203 de 22Out07)

SAJ PARA (04102283) Fernando Jorge Lourenço Madeira, nos termos da alínea *b*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, devendo ser considerado nesta situação desde 31 de Dezembro de 2005. Fica com a remuneração mensal de €1.844,56. Conta 35 anos, 8 meses e 12 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 10Nov06/DR II série n.º 131 de 10Jul07)

(DR II série n.º 183 de 21Set07)

1SAR AMAN (14412776) José Manuel da Rocha Alvares Correia, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, conjugado com o n.º 2 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 166/05, de 23 de Setembro, devendo ser considerado nesta situação desde 17 de Abril de 2007. Fica com a remuneração mensal de €1.523,21. Conta 38 anos, 9 meses e 3 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 14Ago07/DR II série n.º 203 de 22Out07)

1SAR AMAN (60082971) João Honorato Costa, nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, conjugado com o n.º 2 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 166/05, de 23 de Setembro, devendo ser considerado nesta situação desde 8 de Maio de 2007. Fica com a remuneração mensal de €1.523,21. Conta 43 anos, 7 meses e 19 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 13Ago07/DR II série n.º 203 de 22Out07)

1SAR AMAN (07636872) Manuel Ernesto dos Santos Silva, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, conjugado com o n.º 2 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 166/05, de 23 de Setembro, devendo ser considerado nesta situação desde 17 de Maio de 2007. Fica com a remuneração mensal de €1.523,21. Conta 43 anos, 2 meses e 7 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 14Ago07/DR II série n.º 203 de 22Out07)

CADJ SS (01679276) José Fernando Rebocho Carapeta, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do art. 152.º do EMFAR, conjugado com o n.º 2 do art. 3.º do Decreto-Lei n.º 166/05, de 23 de Setembro, devendo ser considerado nesta situação desde 1 de Julho de 2007. Fica com a remuneração mensal de € 1.224,90. Conta 38 anos, 6 meses e 25 dias de serviço, nos termos do art. 45.º do EMFAR.

(Por portaria de 14Ago07/DR II série n.º 203 de 22Out07)

Abate ao quadro permanente

Por portaria do TGEN AGE, no uso de poderes delegados pelo GEN CEME, de 11 de Setembro de 2007, o 1SAR INF (09151185) Alexandre Batista Ramos, foi abatido ao Quadro Permanente, com efeitos a partir de 12 de Julho de 2007, nos termos do n.º 7 do art. 206.º conjugado com a alínea *e*) do n.º 1 do art. 170.º, ambos do EMFAR.

(DR II série n.º 203 de 22Out07)

Licença Ilimitada

Por despacho do general CEME, de 7 de Agosto de 2007, o TCOR INF (14699384) Rui Manuel Dias Nicau da RRRD/DARH deve ser considerado na situação de licença ilimitada, desde 5 de Setembro de 2007.

II — PROMOÇÕES E GRADUAÇÕES

Promoções

Por Decreto do Presidente da República n.º 89/07, de 30 de Agosto, foi confirmada a promoção ao posto de tenente-general do major-general **Duarte Manuel Alves dos Reis**, efectuada por deliberação de 6 de Agosto de 2007 do Conselho de Chefes de Estado-Maior e aprovada por despacho do Ministro da Defesa Nacional de 9 do mesmo mês.

Conta a antiguidade desde 6 de Agosto de 2007. Fica colocado à esquerda do tenente-general João Nuno Jorge Vaz Antunes.

(DR I Série n.º 167 de 30 de Agosto de 2007)

Por Decreto do Presidente da República n.º 91/07, de 30 de Agosto, foi confirmada a promoção ao posto de tenente-general do major-general **Manuel António Meireles de Carvalho**, efectuada por deliberação de 6 de Agosto de 2007 do Conselho de Chefes de Estado-Maior e aprovada por despacho do Ministro da Defesa Nacional de 9 do mesmo mês.

Conta a antiguidade desde 6 de Agosto de 2007. Fica colocado à esquerda do tenente-general Duarte Manuel Alves dos Reis.

(DR I Série n.º 167 de 30 de Agosto de 2007)

Por Decreto do Presidente da República n.º 90/07, de 30 de Agosto, foi confirmada a promoção ao posto de tenente-general do major-general **Joaquim formeiro Monteiro**, efectuada por deliberação de 6 de Agosto de 2007 do Conselho de Chefes de Estado-Maior e aprovada por despacho do Ministro da Defesa Nacional de 9 do mesmo mês.

Conta a antiguidade desde 6 de Agosto de 2007. Fica colocado à esquerda do tenente-general Manuel António Meireles de Carvalho.

(DR I Série n.º 167 de 30 de Agosto de 2007)

Nos termos da alínea *b*) do n.º 1 do artigo 68.º e dos n.ºs 1 e 4 do artigo 214.º do Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 236/99, de 25 de Junho, foi promovido ao posto de major-general o COR TIR TM (75159975) **Rui Manuel da Silva Rodrigues**, conforme deliberação do Conselho de Chefes de Estado-Maior, em 20 de Setembro de 2006, confirmada pelo Conselho Superior de Defesa Nacional em 17 de Novembro de 2006, ao abrigo do disposto na alínea *e*) do n.º 2 do artigo 47.º da Lei n.º 29/82, de 11 de Dezembro, com a nova redacção dada pela Lei n.º 18/95, de 13 de Julho.

Para efeitos da alínea *b*) do n.º 1 do artigo 68.º do Estatuto dos Militares das Forças Armadas, o oficial general promovido conta a antiguidade do novo posto desde 20 de Setembro de 2006, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos.

Fica colocado imediatamente à esquerda do MGEN (18269174) João Miguel de Castro Rosas Leitão.

(DR II Série n.º 23 de 1 de Fevereiro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR ART (06398183) **Rui Manuel Ferreira Venâncio Baleizão**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 5 de Abril de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

É promovido para o quadro.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR ART (19051684) Carlos Manuel Coutinho Rodrigues.

(DR II Série n.º 200 de 17 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR ADMIL (07721880) **Álvaro José Afonso Oliveira**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 5 de Abril de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR ADMIL (12132974) Camilo João Dias Pedro.

(DR II Série n.º 200 de 17 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR ADMIL (01116779) **Francisco Guerreiro Palma**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 5 de Abril de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR ADMIL (07721880) Álvaro José Afonso Oliveira.

(DR II Série n.º 200 de 17 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR INF (14776481) **António Manuel Amaro Ventura**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 1 de Junho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

É promovido para o quadro.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR INF (12284883) César Nunes da Fonseca.

(DR II Série n.º 199 de 16 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR ART (17652478) **Augusto da Silva de Almeida**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 1 de Junho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR ART (06398183) Rui Manuel Ferreira Venâncio Baleizão.

(DR II Série n.º 200 de 17 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR INF (08923580) **Óscar Humberto Almeida Megre Barbosa**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 5 de Junho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

É promovido para o quadro.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR INF (14776481) António Manuel Amaro Ventura.

(DR II Série n.º 199 de 16 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR INF (06979783) **Carlos Manuel Alves Batalha da Silva**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 12 de Junho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR INF (08923580) Óscar Humberto Almeida Megre Barbosa.

(DR II Série n.º 199 de 16 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR INF (13706383) **Jorge Paulo do Serro Mendes dos Prazeres**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 12 de Junho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

É promovido para o quadro.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR INF (06979783) Carlos Manuel Alves Batalha da Silva.

(DR II Série n.º 199 de 16 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR INF (19801582) **Diogo Maria da Silva Pinto Sepúlveda Veloso**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 25 de Junho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR INF (13706383) Jorge Paulo do Serro Mendes dos Prazeres.

(DR II Série n.º 199 de 16 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR INF (19599583) **João Vasco Sousa de Castro e Quadros**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 25 de Junho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR INF (19801582) Diogo Maria da Silva Pinto Sepúlveda Veloso.

(DR II Série n.º 199 de 16 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas nos arts. 56.º e na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR INF (02941183) **Fernando António Pereira de Figueiredo**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 25 de Junho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

É promovido para o quadro.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR INF (19599583) João Vasco Sousa de Castro e Quadros.

(DR II Série n.º 200 de 17 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR INF (10541582) **João Alexandre Gomes Teixeira**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 2 de Julho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR INF (02941183) Fernando António Pereira de Figueiredo.

(DR II Série n.º 200 de 17 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas nos arts. 56.º, alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º, e 242.º do referido estatuto, o TCOR INF (10995883) **José António Teixeira Leite**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 2 de Julho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR INF (10541582) João Alexandre Gomes Teixeira.

(DR II Série n.º 200 de 17 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR INF (15767882) **José António Costa Granjo Marques Alexandre**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 2 de Julho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR INF (10995883) José António Teixeira Leite.

(DR II Série n.º 200 de 17 de Outubro de 2007)

Por portaria de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de coronel, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *e*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 242.º do referido estatuto, o TCOR CAV (13555683) **Paulo Renato de Moraes Rogado Serra**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 2 de Julho de 2007, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

É promovido para o quadro.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do COR CAV (05116581) Carlos José Vicente Sernadas.

(DR II Série n.º 200 de 17 de Outubro de 2007)

Por portaria de 10 de Janeiro de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de major, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *c*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 240.º do referido estatuto, o CAP ENG (03105892) **Luís Manuel Pais Rodrigues**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 30 de Dezembro de 2006, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que, nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do MAJ ENG (00376592) Nuno Miguel Ramos Benevides Prata.

(DR II Série n.º 188 de 28 de Setembro de 2007)

Por portaria de 10 de Janeiro de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de major, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *c*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 240.º do referido estatuto, o CAP ADMIL (12183492) **Jaime Francisco Correia Grilo**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 30 de Dezembro de 2006, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

É promovido para o quadro.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do MAJ ADMIL (13225191) José Manuel Pinto Cano.

(DR II Série n.º 188 de 28 de Setembro de 2007)

Por portaria de 10 de Janeiro de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de major, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas nos arts. 56.º, 217.º, alínea *c*) do n.º 1, e 240.º do referido estatuto, o CAP SGE (08931876) **José Ferrinho Fonseca**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 31 de Dezembro de 2006, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

Mantém a situação de adido ao quadro pelo que, nos termos do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial à esquerda do MAJ SGE (16342078) Higinio Rodrigo Roliça.

(DR II Série n.º 188 de 28 de Setembro de 2007)

Por portaria de 10 de Janeiro de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi promovido ao posto de major, nos termos do n.º 1 do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 216.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *c*) do n.º 1 do art. 217.º e no art. 240.º do referido estatuto, o CAP CBMUS (03177083) **Fernando Manuel Cosme Moreira**.

Este oficial conta a antiguidade do novo posto desde 31 de Dezembro de 2006, data a partir da qual lhe são devidos os respectivos vencimentos, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do novo posto, nos termos do n.º 1 do art. 12.º do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

É promovido para o quadro.

Fica posicionado na lista geral de antiguidade do seu quadro especial na primeira posição.

(DR II Série n.º 188 de 28 de Setembro de 2007)

Por despacho de 4 de Junho de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelo seu despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, e o despacho n.º 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, é promovido ao posto de sargento-mor, nos termos do art. 183.º e alínea *a*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, alínea *d*) do n.º 1 e n.º 2 do art. 263.º e no n.º 4 do art. 274.º do referido estatuto, o SCH INF (12901678) **António Aurélio Henrique**.

Conta a antiguidade desde 2 de Março de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-mor.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/INF, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 178 de 14 de Setembro de 2007)

Por despacho de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelos seus despachos n.ºs 143/CEME/02, de 30 de Julho, e 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, é promovido ao posto de sargento-mor, nos termos do art. 183.º e alínea *a*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *d*) do n.º 1 e no n.º 2 do art. 263.º e no n.º 4 do art. 274.º do referido estatuto, o SCH MED (03363080) **Jorge Carlos Gomes Antunes**.

Conta a antiguidade desde 3 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-mor.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/MED, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 187 de 27 de Setembro de 2007)

Por despacho de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelo seu despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, e despacho n.º 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, é promovido ao posto de sargento-mor, nos termos do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, alínea *d*) do n.º 1 e no n.º 2 do art. 263.º e no n.º 4 do art. 274.º do referido estatuto, o SCH TM (04352779) **João Lopes Monteiro**.

Conta a antiguidade desde 4 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-mor.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/TM, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 187 de 27 de Setembro de 2007)

Por despacho de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelos seus despachos n.ºs 143/CEME/02, de 30 de Julho, e 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, é promovido ao posto de sargento-mor, nos termos do art. 183.º e alínea *a*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *d*) do n.º 1 e no n.º 2 do art. 263.º e no n.º 4 do art. 274.º do referido estatuto, o SCH CAV (01182279) **Franklin Maria Vicente João**.

Conta a antiguidade desde 5 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-mor.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/CAV, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 187 de 27 de Setembro de 2007)

Por despacho de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelos seus despachos n.ºs 143/CEME/02, de 30 de Julho, e 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, é promovido ao posto de sargento-mor, nos termos do art. 183.º e alínea *a*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *d*) do n.º 1 e no n.º 2 do art. 263.º e no n.º 4 do art. 274.º do referido estatuto, o SCH AM (18928982) **João Fernando Mexia Machado**.

Conta a antiguidade desde 14 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-mor.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/AM, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 188 de 28 de Setembro de 2007)

Por despacho de 8 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelo seu despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, e despacho n.º 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, é promovido ao posto de sargento-mor, nos termos do art. 183.º e da alínea *a*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *d*) do n.º 1 e no n.º 2 do art. 263.º e no n.º 4 do art. 274.º do referido estatuto, o SCH ART (18155380) **Rui António da Silva Bessa**.

Conta a antiguidade desde 12 de Julho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-mor.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/ART, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 188 de 28 de Setembro de 2007)

Por despacho de 14 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, é promovido ao posto de sargento-chefe, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelos seus despachos n.ºs 143/CEME/02, de 30 de Julho, e 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, nos termos do art. 183.º e da alínea *b*) do art. 262.º, ambos do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *c*) do n.º 1 e no n.º 2 do art. 263.º e no n.º 3 do art. 274.º do referido estatuto, o SAJ CAV (02410183) **Jorge Manuel Aldeagas Lopes**.

Conta a antiguidade desde 6 de Maio de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-chefe.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/CAV, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 186 de 26 de Setembro de 2007)

Por despacho de 14 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, é promovido ao posto de sargento-chefe, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelos seus despachos n.ºs 143/CEME/02, de 30 de Julho, e 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, nos termos do art. 183.º e da alínea *b*) do art. 262.º, ambos do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *c*) do n.º 1 e no n.º 2 do art. 263.º e no n.º 3 do art. 274.º do referido estatuto, o SAJ ENG (18070882) **Manuel da Silva Dias**.

Conta a antiguidade desde 3 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-chefe.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/ENG, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 186 de 26 de Setembro de 2007)

Por despacho de 14 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, é promovido ao posto de sargento-chefe, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelos seus despachos n.ºs 143/CEME/02, de 30 de Julho, e 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, nos termos do art. 183.º e da alínea *b*) do art. 262.º ambos do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *c*) do n.º 1 e no n.º 2 do art. 263.º e no n.º 3 do art. 274.º do referido estatuto, o SAJ PARA (16231381) **António Eleutério Sucena do Carmo**.

Conta a antiguidade desde 5 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-chefe.

Mantém-se na situação de adido ao quadro, nos termos da alínea *a*) do n.º 2 do art. 173.º e do art. 191.º do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 187 de 27 de Setembro de 2007)

Por despacho de 14 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, é promovido ao posto de sargento-chefe, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelos seus despachos n.ºs 143/CEME/02, de 30 de Julho, e 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, nos termos do art. 183.º e da alínea *b*) do art. 262.º ambos do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *c*) do n.º 1 e no n.º 2 do art. 263.º e no n.º 3 do art. 274.º do referido estatuto, o SAJ PARA (08138082) **Manuel Victor Mira Rosado**.

Conta a antiguidade desde 5 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-chefe.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/PARA, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 187 de 27 de Setembro de 2007)

Por despacho de 14 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, é promovido ao posto de sargento-chefe, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelos seus despachos n.ºs 143/CEME/02, de 30 de Julho, e 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, nos termos do art. 183.º e da alínea *b*) do art. 262.º ambos do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *c*) do n.º 1 e no n.º 2 do art. 263.º e no n.º 3 do art. 274.º do referido estatuto, o SAJ PARA (11850480) **António Manuel Silva Lopes**.

Conta a antiguidade desde 1 de Julho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-chefe.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/PARA, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 187 de 27 de Setembro de 2007)

Por despacho de 14 de Agosto de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, é promovido ao posto de sargento-chefe, para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, aprovado pelos seus despachos n.ºs 143/CEME/02, de 30 de Julho, e 64/CEME/07, de 8 de Fevereiro, nos termos do art. 183.º e da alínea *b*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, alínea *c*), nos n.ºs 1 e 2 do art. 263.º e no n.º 3 do art. 274.º do referido estatuto, o SAJ PARA (09489880) **Manuel António Saragoça Caldeirão**.

Conta a antiguidade desde 12 de Julho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-chefe.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/PARA, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 186 de 26 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Março de 2007 do general Chefe do Estado-Maior do Exército, foi autorizada a reconstituição de carreira, em execução ao acórdão do Tribunal Central Administrativo do Sul de 30 de Março de 2006 e de acordo com as alíneas *a*) do n.º 1 do art. 54.º do EMFAR, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 236/99, de 25 de Junho, conjugado com o n.º 4 da Portaria n.º 94/76, de 24 de Fevereiro, e *e*) do n.º 8 da Portaria n.º 162/76, de 24 de Março, ao SAJ MED (DFA) REF EXT (45577357) **Júlio de Oliveira Robalo**, com a promoção ao posto de sargento-chefe, com a antiguidade de 1 de Janeiro de 1993.

Fica intercalado na lista geral de antiguidade do seu serviço à esquerda do SCH MED (31033459) Armando da Fonseca Gaudêncio, e à direita do SCH MED (07885863) Mário da Silva Bernardo.

Foi qualificado de DFA por despacho de 14 de Março de 2003, do SEDAC/MDN, nos termos do Decreto-Lei n.º 43/76, de 20 de Janeiro.

Ficam sem efeito as passagens à situação de reserva em 9 de Setembro de 1988 (data da homologação da JHI), nos termos da condição 2.ª da alínea *b*) do n.º 1 do art. 1.º do Decreto-Lei n.º 514/79, e de reforma em 31 de Dezembro de 1994, sendo considerado na situação de reforma extraordinária, desde 3 de Janeiro de 1995, data em que atingiu o limite de idade fixado

para o seu posto (57 anos), nos termos da alínea *a*) do art. 175.º do EMFAR, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 34-A/90, de 24 de Janeiro, conjugado com o n.º 17 da Portaria n.º 162/76, de 24 de Março.

Tem direitos administrativos, desde 1 de Setembro de 1975, pois os efeitos como DFA terão que retroagir à data que este contraiu a doença, designadamente ao período compreendido entre 2 de Junho de 1968 e 13 de Outubro de 1974, porém nos termos do art. 21.º do Decreto-Lei n.º 43/76, de 20 de Janeiro, os direitos que aí se reconhecem aos DFA só terão eficácia a partir de 1 de Setembro de 1975.

Fica integrado no 2.º escalão, índice 275, da estrutura remuneratória, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 328/99, de 18 de Agosto.

(DR II Série n.º 180 de 18 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas nos arts. 56.º, 263.º, n.º 1, alínea *b*), e 274.º, n.º 2, do referido estatuto, o 1SAR ENG (15112486) **Mário Oliveira Gomes Ribeiro**.

Conta a antiguidade desde 6 de Maio de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/ENG, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *b*) do n.º 1 do art. 263.º e no n.º 2 do art. 274.º do referido estatuto, o 1SAR SGE (00960486) **José Manuel Borges Teixeira Dias**.

Conta a antiguidade desde 3 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/SGE, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas nos arts. 56.º, 263.º, n.º 1, alínea *b*), e 274.º, n.º 2, do referido estatuto, o 1SAR MUS (17679986) **Daniel Ferreira Lima**.

Conta a antiguidade desde 4 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/MUS, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas nos arts. 56.º, 263.º, n.º 1, alínea *b*), e 274.º, n.º 2, do referido estatuto, o 1SAR CAV (12847086) **Jorge Afonso da Costa Lercas**.

Conta a antiguidade desde 5 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/CAV, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas nos arts. 56.º, 263.º, n.º 1, alínea *b*), e 274.º, n.º 2, do referido estatuto, o 1SAR TM (09838588) **Eurico de Jesus Rebelo**.

Conta a antiguidade desde 6 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/TM, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *b*) do n.º 1 do art. 263.º e no n.º 2 do art. 274.º do referido estatuto, o 1SAR MAT (17206488) **Paulo Manuel de Sousa Lourenço**.

Conta a antiguidade desde 6 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), retribuída ao QE/MAT, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 203 de 22 de Outubro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *b*) do n.º 1 do art. 263.º e no n.º 2 do art. 274.º do referido estatuto, o 1SAR INF (04228389) **Leonardo Manuel Transmontano Cardoso**.

Conta a antiguidade desde 18 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), retribuída ao QE/INF, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas nos arts. 56.º, 263.º, n.º 1, alínea *b*), e 274.º, n.º 2, do referido estatuto, o 1SAR ART (04095288) **José Francisco Nunes Diogo**.

Conta a antiguidade desde 18 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), retribuída ao QE/ART, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *b*) do n.º 1 do art. 263.º e no n.º 2 do art. 274.º do referido estatuto, o 1SAR INF (10952087) **Joaquim António de Matos Bernardo**.

Conta a antiguidade desde 29 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), retribuída ao QE/INF, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *b*) do n.º 1 do art. 263.º e no n.º 2 do art. 274.º do referido estatuto, o 1SAR INF (02636187) **José António Rodrigues Libório**.

Conta a antiguidade desde 30 de Junho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), retribuída ao QE/INF, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *b*) do n.º 1 do art. 263.º e no n.º 2 do art. 274.º do referido estatuto, o 1SAR INF (13778785) **Oswaldo Martins Rasoilo**.

Conta a antiguidade desde 1 de Julho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), retribuída ao QE/INF, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *b*) do n.º 1 do art. 263.º e no n.º 2 do art. 274.º do referido estatuto, o 1SAR INF (07774186) **Hélder Rui Costa Carvalho**.

Conta a antiguidade desde 12 de Julho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

Mantém-se na situação de adido ao quadro, pelo que, nos termos da alínea *g*) do n.º 2 do art. 173.º e do art. 191.º, ambos do EMFAR, não encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

Por despacho de 16 de Agosto de 2007 do MGEN DARH, foi promovido ao posto de sargento-ajudante para preenchimento de uma vaga de qualquer dos quadros especiais, nos termos do art. 183.º e da alínea *c*) do art. 262.º do EMFAR, por satisfazer as condições gerais e especiais de promoção estabelecidas no art. 56.º, na alínea *b*) do n.º 1 do art. 263.º e no n.º 2 do art. 274.º do referido estatuto, o 1SAR ART (02423287) **Carlos Henrique de Almeida Travassos**.

Conta a antiguidade desde 12 de Julho de 2007, data a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, ficando integrado no escalão 1 da estrutura remuneratória do posto de sargento-ajudante.

É promovido para o quadro, ocupando uma vaga de qualquer dos quadros especiais (QQESP), reatribuída ao QE/ART, aprovado pelo despacho n.º 143/CEME/02, de 30 de Julho, pelo que encerra a vaga.

Fica posicionado na lista geral de Antiguidade do seu QE, nos termos do n.º 1 do art. 183.º do EMFAR.

(DR II Série n.º 181 de 19 de Setembro de 2007)

III — COLOCAÇÕES, NOMEAÇÕES E EXONERAÇÕES

Colocações

Inspecção-Geral do Exército

COR TM (14023675) Rui Manuel Xavier Fernandes Matias, da UnAp/EME, a frequentar o CPOG no IESM, devendo ser considerado nesta situação desde 30 de Julho de 2007.

(Por portaria de 31 de Agosto de 2007)

COR MAT (60157274) António Francisco Alves da Rosa, da UnAp/EME, a prestar serviço no IESM, devendo ser considerado nesta situação desde 30 de Julho de 2007.

(Por portaria de 6 de Setembro de 2007)

COR INF (09859176) Henrique A. Fernandes de Melo Gomes, da UnAp/EME, a frequentar o CPOG no IESM, devendo ser considerado nesta situação desde 30 de Julho de 2007.

(Por portaria de 31 de Agosto de 2007)

COR INF (06576261) Carlos Henrique de Aguiar Santos, da AM, devendo ser considerado nesta situação desde 27 de Julho de 2007.

(Por portaria de 16 de Agosto de 2007)

Estado-Maior do Exército Gabinete do General Chefe de Estado-Maior do Exército

TCOR ART (08692982) José Domingos Sardinha Dias, da EPA, devendo ser considerado nesta situação desde 12 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

TCOR INF (19901885) Pedro Miguel Alves Gonçalves Soares, do GabVCEME, devendo ser considerado nesta situação desde 17 de Julho de 2007.

(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

Estado-Maior do Exército Unidade de Apoio

TCOR SGE (09906675) José Manuel Travassos Borrega, do EME, devendo ser considerado nesta situação desde 2 de Agosto de 2007.

(Por portaria de 16 de Agosto de 2007)

CAP TPESSECR (13319184) Amorim dos Santos Piteira, da UnAp/BrigMec, devendo ser considerado nesta situação desde 17 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Estado-Maior do Exército
Unidade de Apoio a prestar serviço no Ministério da Defesa Nacional

COR ART (18794480) Fernando Joaquim Alves Cóias Ferreira, da EPA, devendo ser considerado nesta situação desde 18 de Julho de 2007.

(Por portaria de 31 de Agosto de 2007)

TCOR ART (15170782) Joaquim Pedro Ribeiro Delgado Ferrão, do CR PONTA DELGADA, devendo ser considerado nesta situação desde 17 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Estado-Maior do Exército
Unidade de Apoio a prestar serviço no Estado-Maior-General das Forças Armadas

COR ART (14358582) Eduardo Manuel Vicente Caetano de Sousa, da UnAp/EME, devendo ser considerado nesta situação desde 16 de Julho de 2007.

(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

TCOR INF (11124182) João Manuel C. Oliveira da Cunha Porto, do GabCEME, devendo ser considerado nesta situação desde 5 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 13 de Setembro de 2007)

Estado-Maior do Exército
Unidade de Apoio a prestar serviço na Direcção do Serviço de Polícia Judiciária Militar

TCOR ADMIL (07721880) Álvaro José Afonso Oliveira, da DSP, devendo ser considerado nesta situação desde 18 de Julho de 2007.

(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

Estado-Maior do Exército
Unidade de Apoio a prestar serviço na Guarda Nacional Republicana

MAJ MAT (15752285) José Fernandes Dias, da DMT, devendo ser considerado nesta situação desde 13 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Academia Militar

COR INF (02858881) José Manuel Cardoso Lourenço, do CMEFD, devendo ser considerado nesta situação desde 4 de Junho de 2007.

(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

CAP ART (15130094) Rui Jorge de Matos Alvarinho, da EPA, devendo ser considerado nesta situação desde 14 de Agosto de 2007.

(Por portaria de 31 de Agosto de 2007)

Comando do Pessoal

MAJ ADMIL (01497191) António Manuel de Jesus Coelho Santos, do CFin/CmdPess, devendo ser considerado nesta situação desde 14 de Junho de 2007.

(Por portaria de 31 de Agosto de 2007)

**Comando do Pessoal
Unidade de Apoio**

TEN ADMIL (17404689) João Manuel Amaral Figueiredo, do HMP, devendo ser considerado nesta situação desde 20 de Junho de 2007.

(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

Direcção de Administração de Recursos Humanos

TCOR INF (13242781) Jorge Alexandre R. Pinto de Almeida, do RI19, devendo ser considerado nesta situação desde 11 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Centro de Recrutamento de Ponta Delgada

MAJ TMANMAT (16309677) José Alberto Martins Ribeiro, da DMT, devendo ser considerado nesta situação desde 11 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

Direcção de Serviços de Pessoal

COR CAV (05116581) Carlos José Vicente Sernadas, do CmdLog, devendo ser considerado nesta situação desde 3 de Julho de 2007.

(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

Comando da Logística

TCOR SGE (17448574) Domingos Louro Antunes, da UnAp/CmdOp, devendo ser considerado nesta situação desde 6 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

Centro de Finanças Geral

CAP ADMIL (02852190) João Henrique Coelho dos Santos, da DIE, devendo ser considerado nesta situação desde 26 de Julho de 2007.

(Por portaria de 31 de Agosto de 2007)

Regimento de Manutenção

CAP MAT (18516492) António Paulo Bettencourt Pinheiro, da UnAp/EME, a prestar serviço no MDN, devendo ser considerado nesta situação desde 10 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

TEN TMANMAT (00727388) Paulo Jorge Rodrigues Machado, da UnAp/BrigMec, devendo ser considerado nesta situação desde 17 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Depósito Geral de Material do Exército

COR MAT (05667174) José de Castro Gonçalves, do CmdLog, devendo ser considerado nesta situação desde 11 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

MAJ TMANMAT (05395778) António Cavaco Diogo, da UnAp/EME, em diligência no Campo de Tiro de Alcochete, devendo ser considerado nesta situação desde 12 de Julho de 2007.

(Por portaria de 6 de Setembro de 2007)

Regimento de Transportes

CAP INF (32666192) Pedro Miguel M. M. Garcia Lopes, da EPI, devendo ser considerado nesta situação desde 3 de Julho de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Direcção de Infra-Estruturas

MAJ ENG (12222992) Arlindo Paulo Martins Domingues, da CEng/BrigMec, devendo ser considerado nesta situação desde 3 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 13 de Setembro de 2007)

MAJ TM (00227493) Gaspar Pinto C. Freitas do Amaral, do CME, devendo ser considerado nesta situação desde 10 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

CAP SGE (05612379) Fernando António Vilas Boas Dias, do RC6, devendo ser considerado nesta situação desde 17 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

TEN ENG (01888297) Paulo Jorge da Silva Ferreira, da CEng/BrigMec, devendo ser considerado nesta situação desde 30 de Agosto de 2007.

(Por portaria de 13 de Setembro de 2007)

Direcção de Infra-Estruturas Delegação do Centro

CAP ENG (37969791) Tiago Manuel Baptista Lopes, da AM, devendo ser considerado nesta situação desde 6 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

Conselho Fiscal dos Estabelecimentos Fabris

COR ADMIL (09485573) José Alexandre Soares Parro, das OGFE, devendo ser considerado nesta situação desde 8 de Maio de 2007.

(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

Comando da Logística Repartição de Apoio Geral

MAJ TMANMAT (07509196) Adérito Joaquim Sequeira Gonçalves, do CME, devendo ser considerado nesta situação desde 20 de Julho de 2007.

(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

Comando de Instrução e Doutrina

TCOR CAV (04651282) João Manuel V. Gonçalves Fernandes, da EPC, devendo ser considerado nesta situação desde 25 de Julho de 2007.

(Por portaria de 16 de Agosto de 2007)

TCOR INF (04180880) Jorge Manuel F. Alves de Oliveira, da UnAp/EME, a prestar serviço no MDN, devendo ser considerado nesta situação desde 27 de Outubro de 2006.

(Por portaria de 6 de Setembro de 2007)

MAJ TMANTM (18170074) António Manuel Sardinha Vicente, do Cmd e CCS/BrigMec, devendo ser considerado nesta situação desde 12 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

Escola de Sargentos do Exército

TCOR INF (00064585) José Manuel S. Ribeiro Boieiro, do CMEFD, devendo ser considerado nesta situação desde 5 de Julho de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

Escola Prática da Infantaria

TCOR INF (14765184) Francisco José Caldas da Silva, da UnAp/EME, a prestar serviço no IESM, devendo ser considerado nesta situação desde 11 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

CAP MED (27848991) Ricardo Jorge Teixeira da Rocha Neto, do HMR1, devendo ser considerado nesta situação desde 11 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Escola Prática de Cavalaria

TCOR CAV (18503485) Paulo Manuel Simões das Neves de Abreu, da AM, devendo ser considerado nesta situação desde 18 de Julho de 2007.

(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

CAP CAV (20862391) Rui Carlos Sobrinho Fernandes, do CM, devendo ser considerado nesta situação desde 20 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Escola Prática de Artilharia

COR ART (01234982) Maurício Simão Tendeiro Raleiras, da UnAp/EME, devendo ser considerado nesta situação desde 18 de Julho de 2007.

(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

**Escola Prática de Engenharia
Companhia de Defesa NBQ das Forças de Apoio Geral**

CAP ENG (17867695) Ana Maria Carvalho Ferreira da Silva Correia, da Companhia de Defesa NBQ das Forças de Apoio Geral, devendo ser considerado nesta situação desde 9 de Agosto de 2007.
(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

TEN ENG (19493297) António Carlos dos Santos Ferreira, da EPE, devendo ser considerado nesta situação desde 9 de Agosto de 2007.
(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

**Escola Prática de Engenharia
Companhia de Reabastecimentos das Forças de Apoio Geral**

TEN ADMIL (04279198) Pedro José da Silva Pereira de Pinho, da UnAp/Cmd Pess, devendo ser considerado nesta situação desde 30 de Maio de 2007.
(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Escola Prática dos Serviços

MAJ ADMIL (17404689) Bruno Miguel A. da Silva Neves, do Cmd e CCS/BrigMec, devendo ser considerado nesta situação desde 3 de Julho de 2007.
(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

Regimento de Infantaria n.º 1

MAJ INF (08285888) Néilson Couto Gomes, da DDoutr, devendo ser considerado nesta situação desde 27 de Agosto de 2007.
(Por portaria de 13 de Setembro de 2007)

Regimento de Artilharia n.º 5

TEN ART (03753197) Sérgio Manuel Oliveira da Rocha, da AM, devendo ser considerado nesta situação desde 10 de Setembro de 2007.
(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

**Direcção de Comunicações e Sistemas de Informação
a prestar serviço no Centro Militar de Electrónica**

CAP TM (07509196) Paulo Miguel Ramires dos Santos, do Cmd e CCS/BrigRR, devendo ser considerado nesta situação desde 20 de Maio de 2007.
(Por portaria de 6 de Agosto de 2007)

Centro de Informações e Segurança Militar

TEN INF (12159096) Henrique Manuel Alves Montenegro, do RI15, devendo ser considerado nesta situação desde 17 de Setembro de 2007.
(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Regimento de Guarnição n.º 3

ALF INF (05082600) Néilson Miguel Gonçalves Ferreira, do RI15, devendo ser considerado nesta situação desde 14 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

**Brigada Mecanizada
1.º Batalhão de Infantaria Mecanizado**

CAP INF (24846991) João Vasco da Gama de Barros, da EPI, devendo ser considerado nesta situação desde 4 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

CAP INF (05902887) José António Ribeiro Leitão, do 2BIMec/BrigMec, devendo ser considerado nesta situação desde 1 de Agosto de 2007.

(Por portaria de 31 de Agosto de 2007)

CAP INF (04762793) Luís Miguel Paz Lopes, da ESE, devendo ser considerado nesta situação desde 3 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

**Brigada Mecanizada
Comando e Companhia de Comando e Serviços**

CAP INF (10672492) Duarte Nuno C. P. Cordeiro Dias, do 2BIMec/BrigMec, devendo ser considerado nesta situação desde 6 de Agosto de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

**Brigada Mecanizada
Grupo de Artilharia de Campanha**

MAJ ART (15821390) Eugénio António Ferrão Correia Gil, do BapSvc/BrigMec, devendo ser considerado nesta situação desde 11 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

**Brigada de Intervenção
Unidade de Apoio**

COR INF (17585781) António José Lourenço da Fonte Rabaça, do RI14, devendo ser considerado nesta situação desde 10 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

**Brigada de Intervenção
Comando e Companhia de Comando e Serviços**

TCOR INF (00208586) Manuel da Cruz Pereira Lopes, do GabCEME, devendo ser considerado nesta situação desde 3 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

Regimento de Infantaria n.º 14

COR INF (18442080) Alfredo Manuel C. Carvalhão Tavares, da UnAp/EME, a prestar serviço no EMGFA, devendo ser considerado nesta situação desde 7 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Regimento de Artilharia n.º 4

CAP ART (01597594) João Francisco Dias Pimenta, do CTCmds, devendo ser considerado nesta situação desde 30 de Agosto de 2007.

(Por portaria de 27 de Setembro de 2007)

Regimento de Artilharia Anti-Aérea n.º 1

CAP ART (38471191) Nuno Filipe Caldas Pimpão, da DSP, devendo ser considerado nesta situação desde 20 de Agosto de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

Regimento de Cavalaria n.º 6

CAP CAV (09235394) Pedro Miguel Tavares Cabral, do Cmd ZMA, devendo ser considerado nesta situação desde 30 de Julho de 2007.

(Por portaria de 31 de Agosto de 2007)

Regimento de Engenharia n.º 3

CAP ENG (13183591) José Manuel da Silva, da DIE (Delegação do Norte), devendo ser considerado nesta situação desde 30 de Julho de 2007.

(Por portaria de 16 de Agosto de 2007)

**Brigada de Reacção Rápida
Comando e Companhia de Comando e Serviços**

COR INF (08413982) Carlos José S. de Figueiredo Pereira, do RI10, devendo ser considerado nesta situação desde 11 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

Centro de Tropas Comandos

TEN INF (03139297) Luís Ricardo Franco Pereira, do CTOE, devendo ser considerado nesta situação desde 3 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 20 de Setembro de 2007)

Regimento de Infantaria n.º 15

MAJ INF (02195388) Carlos Jorge Gomes Marques, da UnAp/BrigRR, devendo ser considerado nesta situação desde 30 de Agosto de 2007.

(Por portaria de 13 de Setembro de 2007)

TEN INF (05446797) Bruno Miguel dos Santos Ribeiro, da ETP, devendo ser considerado nesta situação desde 30 de Janeiro de 2007.

(Por portaria de 6 de Setembro de 2007)

Manutenção Militar Sucursal de Coimbra

MAJ SGE (17565079) Rui Manuel Simões dos Santos, do CR COIMBRA, devendo ser considerado nesta situação desde 3 de Setembro de 2007.

(Por portaria de 13 de Setembro de 2007)

Nomeações

De acordo com o disposto no n.º 1 do art. 21.º da Lei n.º 2/04, de 15 de Janeiro, na redacção dada pela Lei n.º 51/05, de 30 de Agosto, foi aberto o procedimento concursal e procedeu-se à publicação do processo de selecção do titular do cargo de director do Gabinete de Comunicação e Relações Públicas da Secretaria-Geral do Ministério da Defesa Nacional, criado pelo Decreto Regulamentar n.º 14/95, de 23 de Maio, no jornal *Diário de Notícias*, no *Diário da República* e na bolsa de emprego público.

Decorreram as operações de selecção, a cargo do júri, de acordo com os métodos de selecção então publicitados na bolsa de emprego público.

Cumpridos todos os formalismos legais e concluídas as operações de selecção, propôs o júri, como resultado do respectivo processo de escolha e nos termos do disposto no n.º 5 do art. 21.º da Lei n.º 2/04, de 15 de Janeiro, na redacção dada pela Lei n.º 51/05, de 30 de Agosto, para desempenhar o cargo a concurso, o candidato Vítor Fernando dos Santos Borlinhas.

Tendo em conta os fundamentos apresentados pelo júri na acta final que integra o procedimento concursal e que resultam, designadamente, da fórmula que traduz a aplicação dos métodos de selecção aos factos apurados, considero que o referido candidato possui competência técnica e aptidão para o exercício do cargo e corresponde ao perfil exigido no aviso de abertura de concurso.

Assim:

1-Aceitando a proposta do júri, nomeio para o cargo de director do Gabinete de Comunicação e Relações Públicas da Secretaria-Geral do Ministério da Defesa Nacional o tenente-coronel **Vítor Fernando dos Santos Borlinhas**, em comissão de serviço e pelo período de três anos, nos termos dos n.ºs 8, 9 e 10 do art. 21.º da Lei n.º 2/04, de 15 de Janeiro, na redacção dada pela Lei n.º 51/05, de 30 de Agosto.

2-Nos termos do n.º 3 do art. 31.º da Lei n.º 2/04, de 15 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 51/05, de 30 de Agosto, o nomeado pode optar pelo vencimento ou retribuição base da sua função, cargo ou categoria de origem.

22 de Agosto de 2007. — O Secretário-Geral do MDN, *Luís Augusto Sequeira*.

(DR II Série n.º 191 de 3 de Outubro de 2007)

Manda o governo, pelos Ministros de Estado e dos Negócios Estrangeiros e da Defesa Nacional, por proposta do tenente-general adjunto do General Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas, nos termos dos arts. 1.º, n.º 3, alínea *a*), 2.º, 5.º, 6.º e 7.º do Decreto-Lei n.º 55/81, de 31 de Março, com a nova redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 232/02, de 2 de Novembro, nomear o TCOR INF (03572379) **Artur Carabau Brás**, para o cargo OSC IPE 0020 — Staff Officer, Exercise no Quartel-General do Comando Supremo das Forças Aliadas na Europa (SHAPE), em Mons, Reino da Bélgica, em substituição do TCOR INF (11124182) João Manuel de Carvalho Oliveira da Cunha Porto, que fica exonerado do cargo AAA IPP 0060 — Staff Officer, Exercises pela presente portaria na data em que o oficial agora nomeado assumir funções.

Nos termos do art. 6.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 55/81, de 31 de Março, a duração normal da missão de serviço correspondente ao exercício deste cargo é de três anos, sem prejuízo da antecipação do seu termo pela ocorrência de facto superveniente que obste o decurso normal da mesma.

A presente portaria produz efeitos desde 1 de Julho de 2007. (Isenta de visto do Tribunal de Contas.)

26 de Julho de 2007. — O Ministro de Estado e dos Negócios Estrangeiros, *Luís Filipe Marques Amado*. — O Ministro da Defesa Nacional, *Henrique Nuno Pires Severiano Teixeira*.

(DR II Série n.º 191 de 3 de Outubro de 2007)

Manda o governo, pelos Ministros de Estado e dos Negócios Estrangeiros e da Defesa Nacional, por proposta do General Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas, nos termos dos arts. 1.º, n.º 3, alínea *a*), 2.º, 5.º, 6.º e 7.º do Decreto-Lei n.º 55/81, de 31 de Março, com a nova redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 232/02, de 2 de Novembro, nomear o MAJ ART (11233188) **Vítor Manuel Correia Mendes**, para o cargo NOC 00400 — Watch Analyst no Intelligence Fusion Center (IFC), em Molesworth, Reino Unido.

Nos termos do art. 6.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 55/81, de 31 de Março, a duração normal de serviço correspondente ao exercício deste cargo é de três anos, sem prejuízo da antecipação do seu termo pela ocorrência de facto superveniente que obste o decurso normal da mesma.

A presente portaria produz efeitos a partir de 16 de Abril de 2007. (Isenta de visto do Tribunal de Contas.)

26 de Julho de 2007. — O Ministro de Estado e dos Negócios Estrangeiros, *Luís Filipe Marques Amado*. — O Ministro da Defesa Nacional, *Henrique Nuno Pires Severiano Teixeira*.

(DR II Série n.º 191 de 3 de Outubro de 2007)

Manda o governo, pelos Ministros de Estado e dos Negócios Estrangeiros e da Defesa Nacional, por proposta do tenente-general adjunto do General Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas, nos termos dos arts. 1.º, n.º 3, alínea *a*), 2.º, 5.º, 6.º e 7.º do Decreto-Lei n.º 55/81, de 31 de Março, com a nova redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 232/02, de 2 de Novembro, nomear o SAJ INF (04273486) **José David Monteiro Morgado**, para o cargo OSC HRO 0080 — Administrative Assistant no Quartel-General do Comando Supremo das Forças Aliadas na Europa (SHAPE), em Mons, Reino da Bélgica, em substituição do SCH INF (07578285) João Carlos de Oliveira Pascoal, que fica exonerado do referido cargo pela presente portaria na data em que o sargento agora nomeado assuma funções.

Nos termos do art. 6.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 55/81, de 31 de Março, a duração normal de serviço correspondente ao exercício deste cargo é de três anos, sem prejuízo da antecipação do seu termo pela ocorrência de facto superveniente que obste o decurso normal da mesma.

A presente portaria produz efeitos a partir de 1 de Setembro de 2007. (Isenta de visto do Tribunal de Contas.)

19 de Julho de 2007. — O Ministro de Estado e dos Negócios Estrangeiros, *Luís Filipe Marques Amado*. — O Ministro da Defesa Nacional, *Henrique Nuno Pires Severiano Teixeira*.

(DR II Série n.º 191 de 3 de Outubro de 2007)

Exonerações

Por meu despacho de 24 de Setembro de 2007 e ao abrigo do disposto na alínea *i*) do n.º 1 do art. 25.º da Lei n.º 2/04, de 15 de Janeiro, alterada e republicada pela Lei n.º 51/05, de 30 de Agosto, foi autorizado que seja dada por finda, a seu pedido, a comissão de serviço no cargo de chefe da

Divisão de Estudos e Planeamento da Direcção-Geral de Armamento e Equipamentos de Defesa, do Ministério da Defesa Nacional, do TCOR TM (13385883) **Álvaro Domingos Marques Moleiro**, com efeitos a partir de 1 de Outubro de 2007.

24 de Setembro de 2007. — O Director-Geral da DGAED, *Carlos Alberto Viegas Filipe*, vice-almirante.

(DR II Série n.º 197 de 12 de Outubro de 2007)

IV — CURSOS, ESTÁGIOS E TIROCÍNIOS

Cursos

Por despacho do general CEME, de 14 de Julho de 2005, frequentaram o Curso de Estado Maior, que decorreu no IESM, no período de 5 de Setembro de 2005 a 26 de Janeiro de 2007, os oficiais abaixo indicados, tendo concluído com aproveitamento.

MAJ INF (11957487) Jorge Manuel R. G. Torres/EPI;
MAJ INF (15015488) Nuno Maria V. A. P. Moreira/ETP;
MAJ INF (01913289) João António P. R. Henriques/ETP;
MAJ INF (09610189) Miguel António P. Silva/RI15;
MAJ INF (17172988) Paulo Jorge P. S. C. Ferreira/CMEFD;
MAJ INF (08285888) Nelson Couto Gomes/EPI;
MAJ INF (13067087) Mário Jorge B. D. Pereira/2BIMec/BrigMec;
MAJ INF (01260491) Pedro Miguel Vale Cruz/CTOE;
MAJ INF (05312789) Francisco Manuel A. Sousa/2BIPara/BrigRR;
MAJ INF (15919890) Paulo Luís A. Pereira/ETP;
MAJ ART (06866989) Octávio João M. A. Avelar/AM;
MAJ ART (07920490) Joaquim A. C. O. Cardoso/EME;
MAJ CAV (18067590) Jorge Filipe S. Ferreira/RC6;
MAJ ENG (15421988) Raul Fernando R. C. Gomes/AM;
MAJ ENG (04680288) Rui Manuel C. R. Vieira/Cmd Op;
CAP INF (18163587) Luís Manuel B. Bernardino/EPI;
CAP INF (18375991) João Pedro M. F. Lhano/DARH;
CAP CAV (07581490) Jorge Paulo M. Henriques/RL2.

Por despacho do TGEN AGE de 23 de Fevereiro de 2006, frequentaram o Curso de Promoção a Oficial Superior das Armas e Serviços, que decorreu no IESM, no período de 2 de Outubro de 2006 a 29 de Junho de 2007, os oficiais abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

CAP INF (24846991) João Vasco G. de Barros/EPI – 17,70 Muito Bom;
CAP INF (05902887) José António Leitão/2BIMec/BrigMec – 15,15 Bom;
CAP INF (19425593) Eduardo Jorge A. Afonso/RG3 – 14,50 Bom;
CAP INF (11857088) Roberto Martins Mariano/CTCmds – 14,03 Regular;
CAP INF (22592291) Alexandre M. Duarte Varino/CTCmds – 16,36 Bom;
CAP INF (38066491) Sérgio Nuno S. Castanho/IGeoE – 15,16 Bom;

CAP INF (10672492) Duarte Nuno C. P. Dias/2BIMec/BrigMec – 14,68 Bom;
CAP INF (36740391) Paulo César P. Roxo/CTOE – 14,50 Bom;
CAP INF (08778292) João Paulo Alves/RI19 – 13,85 Regular;
CAP INF (22156491) Telmo Lau Hing/CTCmnds – 16,20 Bom;
CAP INF (12472493) Fernando Jorge F. Rijo/RI1 – 17,09 Muito Bom;
CAP INF (05647486) Luís Agostinho G. Dias/CTOE – 11,93 Suficiente;
CAP INF (29746291) António José G. Franco/RG3 – 15,00 Bom;
CAP INF (38196291) José Carlos F. Lourenço/Cmd ZMM – 14,50 Bom;
CAP INF (03197893) Manuel António Lourenço/CTCmnds – 13,73 Regular;
CAP INF (04762793) Luís Miguel Paz Lopes/ESE – 15,52 Bom;
CAP ART (19072892) Paulo Jorge F. G. Balsinhas/UnAp/EME – 14,52 Bom;
CAP ART (17485793) Nuno Miguel Pinto Jordão/IGeoE – 13,74 Regular;
CAP ART (14558392) Paulo Manuel E. Rosendo/RAAA1 – 15,90 Bom;
CAP ART (14393193) Nuno Alexandre M. Santos/EPA – 15,57 Bom;
CAP ART (11547593) Nuno Luís P. Monteiro/RTransp – 13,26 Regular;
CAP ART (08454388) António Eduardo P. Pires/EPA – 13,27 Regular;
CAP ART (39626692) Luís Eduardo S. Laranjo/EPA – 15,80 Bom;
CAP ART (16352992) Norberto Francisco C. Vaz/RAAA1 – 16,26 Bom;
CAP ART (04009092) João Miguel L. D. F. Belo/RAAA1 – 13,49 Regular;
CAP CAV(00674892) Joaquim Inácio Noruegas/RC3 – 13,49 Regular;
CAP CAV (06355793) Rui Jorge Palhoto Lucena/CMEFD – 13,91 Regular;
CAP CAV (28642591) Alexandre Jorge S. Moura/RTransp – 16,35 Bom;
CAP CAV (03925293) Hélder José Banha Coelho/EPC – 15,55 Bom;
CAP CAV (16008093) Hélio Ferreira Patrício/CID – 14,58 Bom;
CAP ENG (13183591) José Manuel Silva/DIE – 14,50 Bom;
CAP ENG (20694191) José António F. Amaral/DIE – 16,27 Bom;
CAP ENG (32277291) Jorge Lopes Pereira/EPE – 16,01 Bom;
CAP ENG (08479589) Miguel Pires Rodrigues/RE3 – 14,56 Bom;
CAP ENG (37969791) Tiago Manuel B. Lopes/AM – 16,41 Bom;
CAP MAT (12399693) Joel António D. Santos/RMan – 14,50 Bom;
CAP MAT (18516492) António Paulo B. Pinheiro/UnAp/EME – 13,24 Bom;
CAP MAT (34657191) Nuno Miguel Viegas Saúde/UALE – 15,04 Bom;
CAP MAT (08775688) José da Costa Leandro/BrigMec – 14,89 Bom;
CAP MAT (01961591) Paulo Jorge N. Fernandes/DMT – 16,20 Bom;
CAP MAT (03582492) João Luís B. O. Ramos/RMan – 14,21 Regular;
CAP TM (00227493) Gaspar Pinto C. F. do Amaral/CME – 14,78 Bom;
CAP TM (08204589) João Manuel F. Correia/EPT – 15,06 Bom;
CAP TM (23469291) Pedro Alexandre C. Santos/EPT – 16,25 Bom;
CAP TM (15182893) João Francisco B. Barreira/CME – 13,76 Regular;
CAP TM (18366287) Carlos Manuel Nascimento/UnAp/EME – 12,30 Suficiente;
CAP TM (00314987) António Jorge S. Narra/EPT – 13,84 Regular;
CAP TM (02140689) Alberto Lopes Correia/EPT – 14,21 Regular;
CAP ADMIL (31787691) Paulo Jorge Alves Gomes/AM – 14,90 Bom;
CAP ADMIL (22899391) Carlos Alberto P. Ferreira/MM – 14,50 Bom;
CAP ADMIL (31905691) Luís Miguel P. Fernandes/EPS – 15,49 Bom;
CAP ADMIL (01105992) Fernando Manuel B. Costa/EPS – 15,15 Bom;
CAP ADMIL (02852190) João Henrique C. Santos/DIE – 13,28 Regular.

Por despacho do general CEME, de 10 de Janeiro de 2007, frequentaram o Curso de Promoção a Oficial Superior do Serviço de Saúde, que decorreu no IESM, no período de 8 de Janeiro de 2007 a 18 de Maio de 2007, os oficiais abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

CAP MED (27848991) Ricardo Jorge T. Rocha Neto/HMR1 – 17,64 Muito Bom;
CAP MED (05389793) Nuno André F. S. Gomes/HMR1 – 15,33 Bom;
CAP MED (09137090) José Rui Pinheiro Freitas/HMR1 – 14,75 Bom;
CAP FARM (17350791) João Frederico A. Carmo/LMPQF ÉVORA – 17,23 Muito Bom;
CAP FARM (12242093) Maria José Filipe Duarte/LMPQF – 17,38 Muito Bom;
CAP VET (06779492) António Eduardo B. L. João/DSaúde – 17,05 Muito Bom;
CAP VET (05675093) Isabel Maria M. H. Gabriel/EPC – 14,18 Regular;
CAP DENT (09713292) Nuno Miguel O. S. Silva/CS TANCOS/SM – 15,57 Bom;
CAP DENT (19602590) João Gabriel P. Barros/HMR2 – 15,23 Bom.

Por despacho do general CEME, de 10 de Janeiro de 2007, frequentaram o Curso de Promoção a Oficial Superior dos Serviços Técnicos, que decorreu no IESM, no período de 8 de Janeiro de 2007 a 18 de Maio de 2007, os oficiais abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

CAP SGPQ (08205784) Rui dos Santos B. Bernardo/ETP – 14,60 Bom;
CAP SGE (18628877) António Q. Monteiro/BrigInt – 13,06 Regular.

Por despacho do general CEME, de 27 de Dezembro de 2006, frequentaram o Curso de Promoção a Capitão de Infantaria, que decorreu na EPI, no período de 8 de Janeiro de 2007 a 13 de Julho de 2007, os oficiais abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

CAP GRAD INF (14295496) Alexandre J. V. Capote/2BIMec/BrigMec – 17,19 Muito Bom;
CAP GRAD INF (12488095) Pedro Manuel Cardoso da Costa/RI13 – 16,34 Bom;
CAP GRAD INF (13163696) Fausto Ferreira de Campos/1BIMec/BrigMec – 16,01 Bom;
TEN INF (10552797) José Carlos Pereira de Andrade/CTOE – 17,74 Muito Bom;
TEN INF (10283495) Hélder Fernando R. Parcelas/EPI – 17,44 Muito Bom;
TEN INF (06312797) Marco Paulo Antunes R. Lopes/EPI – 16,88 Muito Bom;
TEN INF (11236797) Bruno Paulo Lobão de Moura/RI14 – 16,78 Muito Bom;
TEN INF (13297295) Bruno Manuel Correia Teixeira/RI13 – 16,15 Bom;
TEN INF (13481297) José Edgar F. R. de Carvalho/RI1 – 15,93 Bom;
TEN INF (04341196) António Manuel M. Ferreira/AM – 15,75 Bom;
TEN INF (18256796) Bruno Alexandre G. Esteves/RI13 – 15,69 Bom;
TEN INF (14591396) Eduardo Filipe C. Santos Ribeiro/ESE – 15,69 Bom;
TEN INF (12039796) Carlos F. R. Monteiro Ferreira/ETP – 15,54 Bom;
TEN INF (10075095) Tiago E. M. Cardoso Ferreira/CTCmds – 14,91 Bom;
TEN INF (11758996) Nuno Miguel Flores da Silva/ETP – 14,76 Bom;
TEN INF (36883693) Alcino José Parada Pires/AM – 14,15 Regular;
TEN INF (01109796) Rui Pedro Pereira Tavares/CTCmds – 13,67 Regular.

Por despacho do general CEME, de 27 de Dezembro de 2006, frequentaram o Curso de Promoção a Capitão de Engenharia, que decorreu na EPE, no período de 8 de Janeiro de 2007 a 13 de Julho de 2007, os oficiais abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

CAP GRAD ENG (12926496) Ernesto da Fonseca/EPE – 14,81 Bom;
CAP GRAD ENG (14507695) João Pedro M. Andrade Pereira/RE1 – 16,39 Bom;
TEN ENG (19493297) António Carlos dos Santos Ferreira/EPE – 17,43 Muito Bom;
TEN ENG (18555896) Carlos Filipe Henriques Pereira/EPE – 17,20 Muito Bom;
TEN ENG (04688196) Luís Martins Bispo/RE3 – 15,71 Bom;
TEN ENG (03390696) Jerónimo Saraiva Santos/EPE – 15,62 Bom;
TEN ENG (06008095) Ricardo Bruno Gil Seródio/EPE – 12,01 Suficiente.

Por despacho do general CEME, de 27 de Dezembro de 2006, frequentaram o Curso de Promoção a Capitão de Administração Militar, que decorreu na EPS, no período de 8 de Janeiro de 2007 a 13 de Julho de 2007, os oficiais abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

TEN ADMIL (07858197) Luís Filipe Queiróz/HMR2 – 16,69 Muito Bom;
TEN ADMIL (11406897) Margarida Maria Rodrigues dos Santos/Com Op – 15,71 Bom;
TEN ADMIL (00898797) Urbano Teixeira Correia/Com ZMM – 15,89 Bom;
TEN ADMIL (10799397) Nuno Salvador Vicente Pedro/Com Log – 16,48 Bom;
TEN ADMIL (15784797) João Carlos Alves Batista/EPS – 16,41 Bom;
TEN ADMIL (15510995) Nuno Miguel de Sousa Gomes/UnAp/BrigInt – 15,23 Bom;
TEN ADMIL (14086195) Tiago Miguel Velhudo Alves Simenta/HMB – 14,23 Regular;
TEN ADMIL (09503796) Vânia Dalila da Silva Santos/CM – 15,22 Bom.

Por despacho do general CEME, de 27 de Dezembro de 2006, frequentaram o Curso de Promoção a Capitão de Técnico de Pessoal e Secretariado, que decorreu na EPS, no período de 5 de Fevereiro de 2007 a 13 de Julho de 2007, os oficiais abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

TEN TPESSECR (14125286) Alcino Fernando Cardoso Santos/DGME – 15,80 Bom;
TEN TPESSECR (09488388) João Miguel Barros Pereira/DIE – 16,55 Muito Bom;
TEN TPESSECR (07390385) José Domingos Dias Vaz/Com ZMA – 15,12 Bom;
TEN TPESSECR (15885085) Manuel Lopes Correia/CR VISEU – 15,90 Bom;
TEN TPESSECR (13236385) António Manuel Matos Marques/IMPE – 12,00 Suficiente.

Por despacho do general CEME, de 31 de Maio de 2005, frequentaram o Curso de Qualificação em Meios Audiovisuais, que decorreu na CAVE, no período de 18 de Setembro de 2006 a 23 de Março de 2007, os militares abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

CAP TPESSECR (11510186) António Martins Baptista/IESM – 15,63 Bom;
SAJ INF (07716085) Francisco F. B. Morgado/UnAp AMAS – 15,12 Bom;
SAJ SGE (07643485) Amândio Manuel Ferreira/UnAp AMAS – 16,36 Bom;
SAJ TM (13927087) Celestino M. A. Costa Rios/EPT – 15,24 Bom;
1SAR ENG (01513991) David Luís Vieira Marques/IMPE – 15,33 Bom.

Por despacho do general CEME, de 12 de Janeiro de 2007, frequentaram o Curso de Operações Especiais, que decorreu no CTOE, no período de 15 de Janeiro de 2007 a 15 de Junho de 2007, os militares abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

TEN ART (02275698) Diogo Lourenço Serrão/RA4 – 14,07 Regular;
TEN INF (16725400) Nuno Miguel Martins Ribeiro/EPI – 15,10 Bom;
TEN ART (11806700) Luís Manuel Coelho Fernandes/RG2 – 13,02 Regular;
ALF INF (06350496) António Manuel M. Coelho Lopes/CTOE – 12,10 Suficiente;
1SAR INF (14732798) Marco Luís Carmona Bernardo/ETP – 14,21 Regular;
1SAR ART (02035198) Francisco Manuel G. Carrulo/BtrAAA/BrigMec – 12,10 Suficiente;
1SAR INF (12542297) Frederico A. Monteiro/RI10 – 13,78 Regular;
2SAR INF (16606699) Arsénio José da Veiga Santos/EPI – 14,60 Bom.

Por despacho do tenente-general AGE, de 8 de Março de 2007, frequentaram o Curso de Comandos, que decorreu no CTCmds, no período de 1 de Abril de 2007 a 29 de Junho de 2007, os oficiais abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

ALF INF (05054400) Tiago Albuquerque/CTCmds – 16,66 Muito Bom;
ALF INF (18312799) Hélder Brito/CTCmds – 16,35 Bom.

Por despacho do general CEME, de 10 de Maio de 2006, frequentaram o Curso de Instrutores de Educação Física Militar, que decorreu no CMEFD, no período de 8 de Janeiro de 2007 a 27 de Abril de 2007, os militares abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

TEN INF (09438897) João Paulo Vilar do Souto/ETP – 15,70 Bom;
TEN ART (02386300) Carlos E. Saraiva Lawrence/RA4 – 14,55 Bom;
ALF INF (15023101) Hugo L. Rodrigues Monteiro/RI19 – 15,82 Bom;
ALF INF (13849501) Miguel M. Fidalgo Pistola/EPI – 15,59 Bom;
ALF CAV (11718000) Miguel Ângelo da Costa Jorge/RC6 – 15,03 Bom;
ALF ART (17084001) Filipe M. Santos de Oliveira/EPA – 15,41 Bom;
1SAR INF (16165896) Jorge M. dos Ramos Ramalho/ETP – 15,20 Bom;
1SAR INF (09835094) Rui Alexandre S. Vargas da Silva/RTransp – 15,15 Bom;
1SAR TRANS (21542391) Artur Jorge Lopes Marinho/RTransp – 15,37 Bom;
2SAR INF (19210397) Rui Filipe Dias Cantante/RG2 – 13,73 Regular;
2SAR CAV (07303999) Maria José Aguiar Pinto/RC6 – 13,74 Regular.

Por despacho do general CEME, de 10 de Maio de 2006, frequentaram o Curso de Sapador das Armas e Serviços, que decorreu na EPE, no período de 23 de Abril de 2007 a 4 de Junho de 2007, os militares abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

TEN INF (06577598) Paulo A. F. Freitas/RG3 – 16,00 Bom;
TEN CAV (11542997) Rute I. Areias de Matos/EPC – 15,44 Bom;
TEN INF (01475397) Ricardo V. A. Estrela/EPI – 13,59 Regular;
TEN INF (19144498) Hélio G. da Silva/CTCmds – 15,88 Bom;
1SAR CAV (28029991) José J. F. Fernandes/EPC – 14,74 Bom;
1SAR INF (12591495) Nuno M. B. dos Santos/RG1 – 14,88 Bom;
1SAR INF (11697396) Paulo S. Silva Semedo/CTCmds – 14,34 Regular;

1SAR INF (09010895) Renato J. S. Anastácio/1BIMec/BrigMec – 15,04 Bom;
1SAR CAV (09297795) Nuno D. Dinis Carvalho/RL2 – 15,85 Bom;
1SAR CAV (11705095) António da Silva Assentiz/GCC/BrigMec – 12,61 Regular;
2SAR CAV (10896501) Hugo A. F. Albuquerque/ERec/BrigMec – 14,92 Bom;
2SAR INF (04532201) António P. S. S. Oliveira/EPI – 16,19 Bom.

Por despacho do MGEN DARH, foi autorizado o averbamento do Curso de Formação de Sargentos, que decorreu na BETPQ, aos sargentos abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

SAJ PARA (13912485) José E. Sequeira de Cabedo e Lencastre/CME – 13,45 Regular;
SAJ PARA (07828589) Vitorino Manuel Calado Rodrigues/BrigRR – 12,61 Regular;
SAJ PARA (09557187) Fernando Júlio de Sá Matos Pereira/RI15 – 12,29 Suficiente;
SAJ PARA (17377085) José Carlos dos Santos Major/BrigRR – 12,96 Regular;
SAJ PARA (09169286) Jorge Manuel da Gama Araújo/RI10 – 14,37 Regular;
SAJ PARA (07508389) Henrique José Camacho de Almeida/UALE – 13,00 Regular;
SAJ PARA (17854183) José Maria Gonçalves da Silva/DORH – 12,35 Suficiente;
SAJ PARA (04473587) José Manuel Ferro Almeida/BrigRR – 12,70 Regular;
SAJ PARA (03984484) Gilberto Manuel Bengalinha Romão/ETP – 13,19 Regular;
SAJ PARA (01089984) Augusto Francisco Manarte Barros/RI10 – 13,43 Regular;
SAJ PARA (19093384) António André Mansinho Gens/ETP – 12,17 Suficiente;
SAJ PARA (15002388) Celso Martins do Vale/BrigRR – 14,75 Bom;
SAJ PARA (03339487) Fernando Amândio da Costa Peixoto/RI10 – 14,62 Bom;
SAJ PARA (11789288) André Manuel Peixoto da Silva Pena/BrigRR – 14,56 Bom;
SAJ PARA (11232685) Carlos Alberto Matos dos Santos/BrigRR – 14,24 Regular;
SAJ PARA (14937287) Paulo Jorge Vaz Gomes/BrigRR – 14,00 Regular;
SAJ PARA (03596285) Celso Manuel Ferreira Seng Hoi Cheang/ETP – 13,61 Regular;
SAJ PARA (07573987) José Ribeiro Rebelo/BrigRR – 13,41 Regular;
SAJ PARA (18240888) António Maria Morais Pimentel/RI10 – 13,28 Regular;
SAJ PARA (01419888) Hélder Manuel Nunes Cantarrilha/ETP – 13,01 Regular;
SAJ PARA (14969990) Joaquim António Vieira M. Caixeiro/BrigRR – 13,18 Regular;
SAJ PARA (15482487) Vítor Manuel Barata Sebastião/ETP – 11,75 Suficiente;
SAJ PARA (08147586) Carlos Alberto Monteiro de Queiróz/BrigRR – 15,17 Bom;
SAJ PARA (16840084) Fernando Mário Viana Tomé/DORH – 12,21 Suficiente;
SAJ PARA (18757684) José Luís Maia dos Santos/RG1 – 11,64 Suficiente;
SAJ PARA (03222084) António José Faria Teixeira/DARH – 14,42 Regular;
SAJ PARA (18436287) Carlos Manuel Pombeiro Rodrigues/BrigRR – 14,25 Regular;
SAJ PARA (02007685) José M. de Sousa F. Tavares/GCSel PORTO – 14,12 Regular;
SAJ PARA (19574886) Paulo Jorge da Silva Fonseca/BrigRR – 13,58 Regular;
SAJ PARA (13968785) João Abílio Fernandes/ETP – 12,85 Regular;
SAJ PARA (10169885) Manuel João Mouco Lopes Cardoso/BrigRR – 13,45 Regular;
SAJ PARA (07447685) Hilário Mendes Malta/DCSI – 14,49 Regular;
SAJ PARA (04200385) Carlos Manuel de Carvalho Cruz/ETP – 14,03 Regular;
SAJ PARA (15878685) Fernando José Azenha Ramos/BrigRR – 13,88 Regular;
SAJ PARA (10620285) José Luís Anjinho dos Santos Oliveira/ETP – 13,46 Regular;
SAJ PARA (16046186) Hermes Loureiro Mateus/BrigRR – 13,11 Regular;
SAJ PARA (01806489) Carlos Manuel Gomes Coxixo/ETP – 12,77 Regular;

SAJ PARA (03014886) Luís Manuel Rodrigues de Oliveira/BrigRR – 12,41 Suficiente;
SAJ PARA (00725988) Victor Daniel Santos Costa/ETP – 12,34 Suficiente;
SAJ PARA (15079488) Diamantino Godinho Estevão/ETP – 12,22 Suficiente;
SAJ PARA (18487584) António Gabriel Nunes Brites/UALE – 12,17 Suficiente;
SAJ PARA (14242382) Francisco António Fialho Catalão/UALE – 12,15 Suficiente;
SAJ PARA (09734283) Carlos A. dos Santos M. Simões/UALE – 12,06 Suficiente;
SAJ PARA (13524685) Paulo Fernando Moreira da Silva/UALE – 12,49 Suficiente;
SAJ PARA (17096683) Amílcar Manuel Faria Antunes/UALE – 12,98 Regular;
SAJ PARA (17267985) Manuel Paulo Fernandes Gonçalves/UALE – 14,34 Regular;
SAJ PARA (11777983) José Manuel do Mar Felix/UALE – 13,56 Regular;
SAJ PARA (18817784) João Pedro de Jesus Batalha Jordão/UALE – 12,89 Regular;
SAJ PARA (07508389) Henrique José Camacho de Almeida/UALE – 13,00 Regular.

Por despacho do MGEN DARH, foi autorizado o averbamento do Curso de Promoção a Sargento Ajudante, que decorreu na ESE, aos sargentos abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

1SAR INF (06204990) Armando Ferreira das Neves/Cmd BrigMec – 17,90 Muito Bom;
1SAR INF (06309991) Daniel da Veiga Guerreiro Raimundo/RI13 – 17,47 Muito Bom;
1SAR INF (11323988) Manuel Afonso M. Rodrigues/1BIMec/BrigMec – 16,83 Muito Bom;
1SAR INF (08088289) Paulo Jorge Chaves Silva/1BIMec/BrigMec – 16,64 Muito Bom;
1SAR INF (18480490) Rui Nuno Gil Fernandes/EPI – 16,57 Muito Bom;
1SAR INF (18157490) Simão dos Santos Calmeiro/GAP CASTELO BRANCO – 16,46 Bom;
1SAR INF (12762089) Vítor Manuel Teixeira Gomes/MM LAGOS – 15,95 Bom;
1SAR INF (13693491) José Augusto Martins Pereira/RI19 – 15,90 Bom;
1SAR INF (19702288) João Carlos Coelho Vaz/CISM – 15,40 Bom;
1SAR INF (03149690) Rogério Carlos do Vale Simões da Silva/ETP – 15,27 Bom;
1SAR INF (10246790) João Paulo Ferreira de Almeida/UALE – 15,16 Bom;
1SAR INF (07664490) Arlindo Alexandre Vilela Rodrigues/EPI – 15,04 Bom;
1SAR INF (07173990) Carlos Manuel Monteiro da Cruz/RI3 – 14,99 Bom;
1SAR INF (13588391) Rui Paulo Basso Ferreira Fernandes/RG1 – 14,66 Bom;
1SAR INF (19834190) António Domingos P. Pereira/UnAp/Cmd Pess – 14,62 Bom;
1SAR INF (08844889) José Manuel Correia Moreira/RI3 – 14,59 Bom;
1SAR INF (03892790) Júlio Marques Manuelito/IGeoE – 14,39 Regular;
1SAR INF (06418190) Luís Manuel Duarte Cadete Caetano/EPI – 14,33 Regular;
1SAR INF (00503490) Paulo Jorge Henriques Barbas/RMan – 14,32 Regular;
1SAR INF (07881490) Fernando Augusto M. Alves/1BIMec/BrigMec – 14,27 Regular;
1SAR INF (14983688) João Domingos B. Rodrigues/1BIMec/BrigMec – 14,01 Regular;
1SAR INF (15742192) Carlos José Fernandes Pires/DARH – 13,87 Regular;
1SAR INF (06917691) Manuel João G. Custódio/2BIMec/BrigMec – 13,85 Regular;
1SAR INF (06728190) José Manuel Carvalho F. da Cruz/1BIMec/BrigMec – 13,58 Regular;
1SAR INF (07679990) Alexandre Miguel dos Santos Ripado/CMEFD – 13,40 Regular;
1SAR INF (18540690) Carlos Manuel Marinho Pereira/RG1 – 13,01 Regular;
1SAR INF (18139089) Paulo Fernando Fontes Coelho/CTCmds – 12,87 Regular;
1SAR INF (07198292) Joaquim Manuel Marques Ferreira/RG1 – 12,85 Regular;
1SAR INF (05088187) António M. G. Rodrigues/GCSel PORTO – 11,88 Suficiente;
1SAR INF (12775688) João Manuel da S. Alves/UnAp/Cmd Pess – 11,31 Suficiente;

1SAR ART (12699390) Joaquim João Galhanas Mendes/RAAA1 – 15,84 Bom;
1SAR ART (02264190) Paulo Nuno Silva Alberto/EME – 15,82 Bom;
1SAR ART (00607890) Elio Joaquim Coelho Magalhães/RA5 – 15,50 Bom;
1SAR ART (10451890) Pedro Jorge Ribeiro Campos/EPA – 15,29 Bom;
1SAR ART (03137789) Paulo Manuel Oliveira Maia/EME – 15,10 Bom;
1SAR ART (00672590) Dário José de Jesus Aleixo/AM – 14,93 Bom;
1SAR ART (05415890) Rui Jorge Pimentel das Neves/RAAA1 – 14,41 Regular;
1SAR ART (01762490) José Alberto da Silva V. Gafanhoto/GAC/BrigMec – 14,26 Regular;
1SAR ART (09655888) Joaquim Manuel Marques Robalo/GAC/BrigMec – 14,00 Regular;
1SAR ART (14697191) Elvio Luís Freitas Gomes/GAC/BrigMec – 13,76 Regular;
1SAR ART (08097188) José Luís Bravo Mestrinho/CSE/CID – 12,98 Regular;
1SAR CAV (15268390) Hélder António Ribeiro Azevedo/CTOE – 16,16 Bom;
1SAR CAV (16378590) Joaquim José Lopes Ferreira/EPC – 15,70 Bom;
1SAR CAV (05321090) José António Gomes Machado/RC6 – 15,36 Bom;
1SAR CAV (00884689) Edmundo Manuel Lopes Fontinha/GCC/BrigMec – 15,29 Bom;
1SAR CAV (10615992) Manuel João Pardal Gonçalves/RC3 – 15,28 Bom;
1SAR CAV (11276489) Jacinto João da Silva Frutuoso/CISM – 15,24 Bom;
1SAR CAV (06372990) Manuel Carlos Moreira Araújo/RL2 – 15,06 Bom;
1SAR CAV (06595189) Victor Manuel Maneiras do Carmo/CID – 14,61 Bom;
1SAR CAV (16941190) João Pedro Rebelo Gomes/RL2 – 14,33 Regular;
1SAR CAV (13223290) Manuel Paulino Matos Modesto/ETP – 14,14 Regular;
1SAR CAV (02485390) Paulo Manuel da Piedade Mesquita/EPM – 14,13 Regular;
1SAR CAV (00459790) Inácio José Pitadas Borracha/RC3 – 13,68 Regular;
1SAR CAV (12376188) Óscar da Liberdade Jantarada/RC6 – 12,92 Regular;
1SAR CAV (13873787) João António de Sousa Rodrigues/EPC – 12,49 Regular;
1SAR PARA (00694889) Artur Almeida Teixeira/UALE – 16,85 Muito Bom;
1SAR PARA (05389690) Pedro João Costa Nunes dos Santos/UALE – 16,80 Muito Bom;
1SAR PARA (17352389) João António Salgueiro Aniceto/ETP – 16,77 Muito Bom;
1SAR PARA (15767387) João Manuel Marques Tavares/RI15 – 16,32 Bom;
1SAR PARA (14720790) Paulo Jorge Faustino Fernandes/ETP – 15,36 Bom;
1SAR PARA (03662290) Luís Alberto de Jesus Mateus/RI15 – 15,33 Bom;
1SAR PARA (00060090) Benjamim Oliveira Nogueira Feliz/ETP – 15,23 Bom;
1SAR PARA (13581489) Fernando José Madeira G. T. Gomes/CCS/BrigRR – 14,75 Bom;
1SAR PARA (10885790) Vítor Manuel Duarte Fernandes de Carvalho/RI15 – 14,45 Regular;
1SAR PARA (15233790) Francisco João Alves Primo/ETP – 13,84 Regular;
1SAR PARA (18226291) Marco Alexandre Silva Teixeira da Silva/UALE – 13,53 Regular;
1SAR PARA (01452991) Vítor Agostinho Gonçalves Ferreira/ETP – 13,21 Regular;
1SAR PARA (02896789) Jorge Manuel Gonçalves Parreira/ET – 13,04 Regular;
1SAR PARA (12573989) António Manuel Cardoso Marques/RI15 – 12,98 Regular.

Por despacho do MGEN DARH, foi autorizado o averbamento do Curso de Formação de Sargentos (31.º CFS), que decorreu na ESSM/EME, no período de 14 de Setembro de 2002 a 28 de Julho de 2006, aos sargentos abaixo indicados, tendo concluído com a classificação (em valores) que a cada um se indica:

1SAR MED (03924796) Filipe M. Silva/CS TANCOS/SM – 15,04 Bom;
1SAR MED (06687594) Carla S. D. M. Areias/HMB – 13,71 Regular;

2SAR MED (08236500) Nuna R. N. T. Lopes/HMP – 15,43 Bom;
2SAR MED (01775096) Ana C. M. N. Baptista/HMP – 15,09 Bom;
2SAR MED (00874599) Filipa J. J. Gonçalves/HMP – 14,97 Bom;
2SAR MED (16590297) Liliana M. D. Ferreira/HMP – 14,62 Bom;
2SAR MED (19166798) Daniel F. Perrucho/HMP – 14,17 Regular;
2SAR MED (14703596) Filipe R. Fonseca/CS TANCOS/SM – 14,67 Bom;
2SAR MED (16003001) Paulo A. C. Oliveira/HMP – 14,67 Bom;
2SAR MED (16557695) Diogo G. R. M. Ventura/HMB – 13,49 Regular;
2SAR MED (12141596) Marta S. F. Marinho/HMB – 13,58 Regular.

V — DECLARAÇÕES

Conselho das Armas

Para efeitos do disposto no Decreto-Lei n.º 200/93 de 3 de Junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 226/03 de 26 de Setembro, publica-se a alteração da composição do(s) Conselho(s) da(s) Arma(s) e Serviço(s) a vigorar durante o biénio 2006/2008, homologada pelo Despacho n.º 105/CEME/06, de 5 de Maio, e ao abrigo do Despacho do GEN CEME de 4 de Abril de 2006, são substituídos os seguintes militares conforme se indica:

Arma de Artilharia

TGEN (09493365) Joaquim Formeiro Monteiro, por ir desempenhar outras funções sendo substituído pelo MGEN (07251372) Alfredo Nunes Cunha Piriquito do CID.

COR ART (02507881) António José Pacheco Dias Coimbra, por estar a frequentar o CPOG sendo substituído pelo COR ART (11455382) José Manuel dos Ramos Rossa da IGE.

TCOR ART (02792185) António José Pardal dos Santos, por estar num cargo em Madrid sendo substituído pelo TCOR ART (08756682) José da Silva Rodrigues da IGE.

Serviço de Material

MGEN (62623965) Fernando Constantino Pinto da Silva, por ter passado á reserva sendo substituído pelo MGEN (01937177) Alfredo Oliveira Gonçalves Ramos da DMT.

Colocações e desempenho de funções na Situação da Reserva

O COR MED RES (05935870) António Jorge Oliveira de Andrade, do HMP, deixou de prestar serviço efectivo na situação de reserva, em 1 de Outubro de 2007.

O TCOR QTS RES (17526368) Cesário Alves Rocha, da BrigInt, deixou de prestar serviço efectivo na situação de reserva, em 1 de Julho de 2007.

O TCOR TMANMAT RES (02693176) João Varela dos Santos, da UnAp/EME, em diligência no IASFA, deixou de prestar serviço efectivo na situação de reserva, em 1 de Outubro de 2007.

O SMOR BFE RES (12970369) Manuel Garcia Claré Batista, deixou de prestar serviço efectivo, na BE, em 2 de Julho de 2007, nos termos da alínea *c*) do n.º 2 do art. 155.º do EMFAR.

O SMOR INF RES (19395873) João Alves Branco, deixou de prestar serviço efectivo, na CVP, em 8 de Setembro de 2007.

O SMOR BFE RES (01151174) Francisco Henriques Canoa Ribeiro, passou a prestar serviço efectivo na UnAp/CID (Banda Militar de Évora) em 22 de Fevereiro de 2007, nos termos da alínea *a*) do n.º 2 do art. 155.º do EMFAR.

O SMOR BFE RES (06521873) José Augusto da Silva Ferreira, passou a prestar serviço efectivo na EPT (Banda Militar do Porto) em 24 de Fevereiro de 2007, nos termos da alínea *a*) do n.º 2 do art. 155.º do EMFAR.

O SMOR ART RES (02866577) Manuel Nelson do Rosário Mendes, passou a prestar serviço efectivo, na ChAR, em 30 de Setembro de 2007, nos termos da alínea *a*) do n.º 2 do art. 155.º do EMFAR.

O SMOR SGE RES (17224278) Sérgio Duarte Lima, passou a prestar serviço efectivo na CVP (Núcleo de Lamego) em 1 de Julho de 2007, nos termos do n.º 4 do art. 28.º dos Estatutos da CVP, conjugado com a Portaria n.º 1247/90 de 31 de Dezembro.

O SMOR MED RES (19928180) Fernando António Gonçalves Carito, passou a prestar serviço efectivo no IASFA, em 17 de Julho de 2007, nos termos do n.º 3 do art. 7.º do Decreto-Lei n.º 284/95 de 30 de Outubro, conjugado com o art. 22.º do Decreto-Lei n.º 47/93 de 26 de Fevereiro (Lei Orgânica do MDN).

O SMOR AM RES (05638281) António João da Silva Conceição, passou a prestar serviço efectivo na CVP (Sede) em 3 de Junho de 2007, nos termos do n.º 4 do art. 28.º dos Estatutos da CVP, conjugado com a Portaria n.º 1247/90 de 31 de Dezembro.

O SAJ SGE RES (13214484) José António Alves Rodrigues de Bastos, passou a prestar serviço efectivo na CVP (Delegação de Setúbal) em 12 de Junho de 2007, nos termos do n.º 4 do art. 28.º dos Estatutos da CVP, conjugado com a Portaria n.º 1247/90 de 31 de Dezembro.

O SAJ SGE RES (09079784) João Manuel Jerónimo Dores, foi transferido do RC3 para o MusMil ELVAS continuando a prestar serviço efectivo, de 3 de Setembro de 2007 até 31 de Dezembro de 2007, nos termos da alínea *c*) do n.º 2 do art. 155.º do EMFAR.

O SAJ TM RES (16540084) Manuel Francisco Teixeira Maia Dias, deixou de prestar serviço efectivo na CVP, em 15 de Outubro de 2007, nos termos do n.º 4 do art. 28.º dos Estatutos da CVP, conjugado com a Portaria n.º 1247/90 de 31 de Dezembro.

O SAJ TM RES (16540084) Manuel Francisco Teixeira Maia Dias, passou a prestar serviço efectivo no Cmd Pess, em 15 de Outubro de 2007, nos termos da alínea *c*) do n.º 2 do art. 155.º do EMFAR.

O SAJ INF RES (10316285) César Carlos Constantino Matias, passou a prestar serviço efectivo na CVP (Delegação de Leiria) em 1 de Junho de 2007, nos termos do n.º 4 do art. 28.º dos Estatutos da CVP, conjugado com a Portaria n.º 1247/90 de 31 de Dezembro.

O SAJ MAT RES (01946986) Praxedes João Cavaco Mendonça, passou a prestar serviço efectivo na DHCM, em 2 de Abril de 2007, nos termos da alínea *c*) do n.º 2 do art. 155.º do EMFAR.

O ISAR AMAN (06321063) Custódio Fernandes, deixou de prestar serviço efectivo, no Cmd Pess, em 18 de Agosto de 2007.

O ISAR AMAN RES (13690778) Fernando Lima Melo, passou a prestar serviço efectivo no MusMil COIMBRA, em 31 de Agosto de 2007, nos termos da alínea *a*) do n.º 2 do art. 155.º do EMFAR.

VI — RECTIFICAÇÕES

Que fique sem efeito o publicado na OE n.º 1, 2.ª Série, de 31 de Janeiro de 2007, Pág. 59, referente ao SAJ MED (DFA) REF EXT (45577357) Júlio de Oliveira Robalo.

Rectifica-se o publicado na OE n.º 7, 2.ª Série, de 31 de Julho de 2007, Pág. 535, referente ao SAJ TM RES Manuel Joaquim Rodrigues Morais onde se lê “(05763783)” deve ler-se “(05763183)”.

Rectifica-se o publicado na OE n.º 7, 2.ª Série, de 31 de Julho de 2007, Pág. 536, referente ao ISAR AMAN RES Manuel Ferreira Mendes onde se lê “(0987077)” deve ler-se “(10987077)”.

Que fique sem efeito o publicado na OE n.º 8, 2.ª Série, de 31 de Agosto de 2007, Pág. 567, referente à promoção a tenente-general do major-general João Nuno Jorge Vaz Antunes.

Que fique sem efeito o publicado na OE n.º 8, 2.ª Série, de 31 de Agosto de 2007, Pág. 567, referente à promoção a major-general do coronel tirocinado de material Alfredo Oliveira Gonçalves Ramos.

VII — OBITUÁRIO

2007

Abril, 26 — COR REF (51284311) António Coelho da Silva, da UnAp/Cmd Pess;

Julho, 4 — CADJ REF (33034950) José Rodrigo Pais, da UnAp/ Cmd Pess;

Setembro, 6 — 1SAR REF (51133111) Agostinho da Silva Praça, da UnAp/Cmd Pess;
Setembro, 6 — 1SAR REF (52055911) Hernâni Ferreira da Silva, da UnAp/Cmd Pess;
Setembro, 17 — SAJ PARA RES (03013280) Vítor Manuel P. Ribeiro, da UnAp/ Cmd Pess.

O Chefe do Estado-Maior do Exército

José Luís Pinto Ramalho, general.

Está conforme:

O Ajudante-General do Exército

Eduardo Manuel de Lima Pinto, tenente-general.



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO

SECÇÃO DA OE/DARH
ESTÁ CONFORME
O ORIGINAL

ORDEM DO EXÉRCITO

3.^a SÉRIE

N.º 10/31 DE OUTUBRO DE 2007

Publica-se ao Exército o seguinte:

I — JUSTIÇA E DISCIPLINA

Condecorações

Manda o Chefe do Estado-Maior do Exército condecorar com a medalha de Mérito Militar de 3.^a Classe, nos termos do disposto nos artigos 22.º, alínea *c*), 23.º, n.º 2 e 38.º, n.º 2, do Regulamento da Medalha Militar e das Medalhas Comemorativas das Forças Armadas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 316/02, de 27 de Dezembro, por ter sido considerado ao abrigo do art. 20.º, do mesmo diploma legal, o TEN RC PARA (01072097) **João Miguel Correia da Fonseca Pina Coutinho**.

(Por despacho de 30 de Julho de 2007)

Manda o Chefe do Estado-Maior do Exército, condecorar com a medalha D. Afonso Henriques — Mérito do Exército, de 3.^a classe, nos termos do art. 27.º e n.º 3 do art. 34.º do Decreto-Lei n.º 316/02, de 27 de Dezembro, por ter sido considerado ao abrigo do art. 25.º do mesmo decreto, o TEN RC (16086295) **Miguel Ângelo Pinto Pereira**.

(Por despacho de 17 de Outubro de 2007)

Manda o Chefe do Estado-Maior do Exército, condecorar com a medalha D. Afonso Henriques — Mérito do Exército, de 3.^a classe, nos termos do art. 27.º e n.º 3 do art. 34.º do Decreto-Lei n.º 316/02, de 27 de Dezembro, por ter sido considerado ao abrigo do art. 25.º do mesmo decreto, o TEN RC SP/LD (05431794) **André Lucas Pires Ribeiro Soares**.

(Por despacho de 20 de Setembro de 2007)

Manda o Chefe do Estado-Maior do Exército, condecorar com a Medalha de D. Afonso Henriques - Mérito do Exército, de 4.^a Classe, nos termos do disposto nos artigos 26.º, n.º 1, alínea *d*) e n.º 2, alínea *d*), 27.º, n.º 1, alínea *d*), 34.º, n.º 3 e 38.º, n.º 2, do Regulamento da Medalha Militar e das Medalhas Comemorativas das Forças Armadas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 316/02, de 27 de Dezembro, por ter sido considerado ao abrigo do artigo 25.º, do mesmo diploma, o CADJ RC (11413697) **Jorge Manuel da Conceição Pessoa**.

(Por despacho de 10 de Setembro de 2007)

Manda o Chefe do Estado-Maior do Exército, condecorar com a medalha D. Afonso Henriques — Mérito do Exército, de 4.^a classe, nos termos do art. 27.º e n.º 3 do art. 34.º do Decreto-Lei n.º 316/02, de 27 de Dezembro, por ter sido considerado ao abrigo do art. 25.º do mesmo decreto, o 1CAB RC (10937499) **Alexandre Filipe Barata Mateus**

(Por despacho de 20 de Setembro de 2007)

Louvores

Louvo o TEN RC PARA (01072097) **João Miguel Correia da Fonseca Pina Coutinho**, Comandante do 3.º Pelotão da II.ª Companhia Pára-quedista/QRF/FND/ISAF, pelas excepcionais qualidades e virtudes militares que demonstra possuir, revelando elevada competência profissional no exercício das suas funções e em todas as tarefas que lhe foram cometidas, durante o período de 02Ago06 a 28Fev07, em que serviu no Teatro de Operações do Afeganistão, sob a égide da International Security Assistance Force (ISAF).

No decorrer da Operação de Segurança ao Aeroporto de KANDAHAR (KAF), demonstrou uma elevada capacidade de gestão e de organização na forma como empregou os meios postos ao seu dispor.

Na província de FARAH (RC-West), durante a condução das Operações OQAB 1, OQAB 3 e OQAB 7, pautou o seu comportamento e desempenho pela afirmação constante de elevados dotes de carácter, lealdade, abnegação, espírito de sacrifício e de obediência. Salienta-se a forma muito profissional e pedagógica com que se relacionou com os militares do Exército Nacional do Afeganistão (ANA), na realização de Postos de Controlo conjuntos com estes militares.

Nas Operações na AOO de Cabul cumpriu e fez cumprir de forma exemplar as tarefas cometidas ao seu Pelotão. Numa das suas patrulhas, sofreu um atentado com recurso a um Engenho Explosivo Improvisado, activado por um Rádio Comando, tendo avaliado de forma correcta e exemplar a situação. Com rapidez reportou, garantiu a segurança ao local, com especial atenção para a integridade física dos seus homens, merecendo sua acção os mais elogiosos comentários por parte do Comandante do Comando Regional Capital, denotando possuir uma reconhecida coragem moral e aptidão para bem servir nas diferentes circunstâncias a que foi submetido.

Pelo atrás exposto, é o TEN João Coutinho digno de ser apontado como um exemplo a seguir e posto à consideração dos demais, devendo os serviços por si prestados serem considerados muito meritórios, contribuindo significativamente para a eficiência, prestígio e cumprimento da missão do Exército e das Forças Armadas, concorrendo todo o seu empenhamento e dedicação para a honra e lustre do bom nome de Portugal perante a NATO.

30 de Julho de 2007 — O Chefe do Estado-Maior do Exército, *José Luís Pinto Ramalho*, general.

Condecorado com a Medalha de Prata de Comportamento Exemplar, por despacho da data que se indica e em conformidade com as disposições do Regulamento da Medalha Militar, promulgada pelo Decreto-Lei n.º 316/02, de 27 de Dezembro, o seguinte militar:

1CAB RC (12486792) Paulo Miguel Barreira Pedrogam.

(Por despacho de 20 de Setembro de 2007)

Condecorados com a Medalha Cobre de Comportamento Exemplar, por despacho da data que se indica e em conformidade com as disposições do Regulamento da Medalha Militar, promulgada pelo Decreto-Lei n.º 316/02, de 27 de Dezembro, os seguintes militares:

1SAR RC (23834493) Sónia Maria Montez dos Santos Marto;

CADJ RC (05797797) Emanuel Alexandre Ferreiras Pena.

(Por despacho de 12 de Setembro de 2007)

TEN RC (00885298) Antonio Luis G. de Mendonça Loução;

TEN RC (22510893) Hugo Miguel Gaôcha Soares;

TEN RC (14808999) Paulo Bruno Pereira Dantas;
TEN RC (18170998) Sérgio Manuel da Conceição Luís;
TEN RC (06918397) Filipe dos Santos de Sousa;
TEN RC (05499400) Nuno Américo Lima Monteiro;
TEN RC (08691698) Carlos Manuel Cardoso de Sousa;
TEN RC (04843899) Sidónio Casal Justo de Almeida;
TEN RC (12733400) Bruno Miguel Lourenço Moço;
TEN RC (15480695) Américo Lavrador dos Santos;
TEN RC (23110693) Raquel Sofia Mendes Esteves;
TEN RC (11092795) Olívia Maria L. Benardino Martins;
1SAR RC (13678696) Miguel João Lopes Mateus;
1SAR RC (11827398) Jorge Miguel de Almeida Rodrigues;
2SAR RC (12682300) José Carlos Domingos Gonçalves;
2SAR RC (11502497) Emanuel Freitas Magalhães;
2SAR RC (03230695) Pedro Miguel dos Santos Loio;
FUR RC (05640097) Susana Oliveira Martins;
CADJ RC (15569398) Paulo Fernando Esteves Oliveira;
CADJ RC (12596096) António José Silva Alves;
CADJ RC (03779701) Donzília Maria da Costa Rodrigues;
CADJ RC (08617898) Nuno Miguel da Silva Fonseca;
CADJ RC (13498798) José Manuel Matos;
CADJ RC (06164500) Bruno Filipe Lucas Neto;
CADJ RC (10807600) Carlos André de Jesus da Silva Reis;
CADJ RC (07241397) Paulo Manuel Lopes Pelarigo;
1CAB RC (04161700) Gilberto Manuel Manteiga Carrilho;
1CAB RC (14572799) Sérgio Manuel Mendes Marcos;
1CAB RC (02650198) Sérgio Miguel Ribeiro Alves;
2CAB RC (10395796) Paulo Leonardo Fernandes Amândio Viegas;
2CAB RC (19232600) Orlando Carlos Cardoso António;
2CAB RC (11829598) Hugo José Diegues Ribeiro;
2CAB RC (13016195) Emanuel Tiago Magalhães Pinto;
2CAB RC (03280700) Catarina Isabel Oliveira Costa;
2CAB RC (17773900) Bruno Manuel Guimarães Pereira Rodrigues;
SOLD RC (05270900) Nelson José Camacho Feio;
SOLD RC (14030899) Élio Honorato Luz de Sousa;
SOLD RC (04237800) Júlio Caetano Martins Ferreira;
SOLD RC (17998799) Ilídio José Pereira de Freitas;
SOLD RC (04364900) Diogo Freitas Miranda;
SOLD RC (04154297) Luís Filipe Ferreira Cruz;
SOLD RC (04723300) Joel Veríssimo Vieira Coelho;
SOLD RC (18681697) Margarida Moreira da Silva;
SOLD RC (15966697) Maria Isabel Mourão Gonçalves;
SOLD RC (13533698) Alberto Jorge da Silva Monteiro;
SOLD RC (17007799) Carlos Miguel Félix Teixeira;
SOLD RC (03380198) Raul Jorge Leite Mendes;
SOLD RC (11126599) Hugo Filipe Fernandes Costa.

(Por despacho de 18 de Setembro de 2007)

Condecorados com a Medalha Comemorativa de Comissões de Serviços Especiais das FAP, por despacho da data que se indica e em conformidade com as disposições do Regulamento da Medalha Militar, promulgada pelo Decreto-Lei n.º 316/02, de 27 de Dezembro, os seguintes militares:

SOLD PARA (12714799) Mauro André da Costa Gonçalves, “Kosovo 2005-06”.

(Por despacho de 03 de Janeiro de 2007)

EX-2SAR (A-6677465) José Adriano Alves Heitor, “Angola 1967-69”;
EX-2SAR (5013964) Alberto António Gusmão Rodrigues, “Guiné 1966-68”;
EX-FUR (D-1432664) Dionísio Barros Viegas, “Guiné 1967-68”;
EX-FUR (11156067) Joaquim Alberto Sequeira Forte Vaz, “Guiné 1969-71”;
EX-FUR (06895874) Fernando Manuel Antunes Veiga Morgado, “Angola 1975”;
EX-1CAB (07681767) João Francisco Rato, “Angola 1968-70”;
EX-1CAB (19872872) Vítor Pereira Pacheco, “Angola 1973-74”;
EX-1CAB (08992673) Jorge Manuel Ferreira da Silva, “Guiné 1974”;
EX-SOLD (07819668) João Fernando Congil Rosa, “Guiné 1967-69”;
EX-SOLD (6204666) Eduardo Rodrigues Freire, “Guiné 1967-68”;
EX-SOLD (03289567) Agostinho Gonçalves de Carvalho, “Angola 1968-70”;
EX-SOLD (04782370) José Manuel Amaro Coelho, “Angola 1971-73”;
EX-SOLD (62-J-3092) José Manuel De Almeida, “Angola 1963-65”;
EX-SOLD (6147464) Francisco Silva, “Moçambique 1965-67”;
EX-SOLD (10558970) Francisco José Cortez Ferreira, “Guiné 1971-73”;
EX-SOLD (1959-B-3) António Maria Pedro, “Angola 1961-63”;
EX-SOLD (17575668) Manuel Joaquim Gregório, “Angola 1969-71”.

(Por despacho de 10 de Setembro de 2007)

ASP MED RC (12107997) Carlos Henriques da Silva Durão, “Kosovo 2006-07”;
1CAB RC (09637898) João Paulo Lopes Simões, “Timor 2003”.

(Por despacho de 14 de Setembro de 2007)

EX-TEN (07413771) Arménio Farinha Margalho Miranda, “Moçambique 1972-74”;
EX-ALF (07133067) Francisco Lourenço B. Lino da Silva, “Moçambique 1969-71”;
EX-2SAR (02748668) Júlio Sousa Domingos, “Angola 1969”;
EX-2SAR (02748668) Júlio Sousa Domingos, “Moçambique 1969-71”;
EX-FUR (14253171) Pedro Maria Neves Oliveira, “Angola 1972-74”;
EX-1CAB (80045871) Honorato Nascimento Lima, “Angola 1971-74”;
EX-1CAB (1958-P-872) José Carvoeiras Ginja Candeias, “Índia 1961-62”;
EX-1CAB (07102170) Júlio da Silva Grelha, “Angola 1970-73”;
EX-SOLD (1960-D-553) Octávio Duarte V. Rocha Pintassilgo, “Angola 1961-63”;
EX-SOLD (03589569) Gonçalo Duarte Santos Henriques, “Angola 1969-71”;
EX-SOLD (06506165) Carlos Moreira Monteiro, “Angola 1966-68”;
EX-SOLD (02819467) Jaime Assunção Guerreiro, “Moçambique 1967-69”;
EX-SOLD (05869565) José Manuel Santos Esteves, “Angola 1965-67”;
EX-SOLD (01669770) Licínio Afonso Gomes Macedo, “Angola 1971-73”.

(Por despacho de 03 de Outubro de 2007)

EX-SOLD (01975573) António Maria Machado Miranda, “Angola 1974-75”.

(Por despacho de 08 de Outubro de 2007)

EX-1CAB (12485470) Eugénio Maria Joaquim, “Angola 1971-73”;
EX-1CAB (06247473) Fernando Maria, “Guiné 1972-74”;
EX-1CAB (06183671) João Bernardino, “Guiné 1972-74”;
EX-SOLD (03207465) Américo Baldaia de Queirós, “Moçambique 1966-68”;
EX-SOLD (04188567) Manuel Joaquim Pires Leitão, “Angola 1967-70”;
EX-SOLD (10652967) Américo Falcão Braz, “Moçambique 1968-70”.

(Por despacho de 11 de Outubro de 2007)

EX-1CAB (B-0473565) José dos Santos da Conceição Pombo, “Angola 1966-68”;
EX-1CAB (H-14602571) Fernando da Costa Martins, “Guiné 1972-74”;
EX-1CAB (B-0483965) Manuel Augusto Marques dos Santos, “Guiné 1965-67”;
EX-1CAB (H-00834072) José Manuel da Cruz Pinto Fernandes, “Guiné 1972-74”;
EX-SOLD (60-G-1517) Armando dos Reis Marques, “Angola 1961-63”;
EX-SOLD (1964-D-38917) José Assunção Guerreiro, “Moçambique 1965-67”;
EX-SOLD (B-8984565) João Maria Cascalheira, “Moçambique 1966-68”;
EX-SOLD (C-8152864) António Maria Bárbara, “Guiné 1965-67”;
EX-SOLD (B-11374667) João Branco Dias, “Guiné 1968-70”.

(Por despacho de 19 de Outubro de 2007)

II — MUDANÇAS DE SITUAÇÃO

Militares em regime de contrato

Passagem à situação de Reserva de Disponibilidade

Passou a ser considerado nesta situação, nos termos da alínea *b*) do n.º 2 do art. 300.º do EMFAR, conjugado com a alínea *a*) do art. 55.º do RLSM, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 289/2000, de 14 de Novembro, o militar a seguir mencionado:

SOLD RC (04927802) Ricardo Manuel Pereira Garcia, da CME, colocado no RTm, desde 22Jul06.

III — PROMOÇÕES E GRADUAÇÕES

Militares em regime de contrato

Por portaria do Chefe da RPM/DARH, por subsubdelegação de poderes do MGEN DARH, após subdelegação do TGEN AGE, por delegação do GEN CEME, são promovidos ao posto de **alferes**, nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do art. 305.º do EMFAR, contando a antiguidade e efeitos administrativos desde data que a cada um se indica, os aspirantes a oficial a seguir mencionados:

ASP RC (00923898) Joana Isabel da Soledade Vilas Boas, desde 10Jul07;

ASP RC (03264199) Vera Marisa Moraes Coelho Dias, desde 10Jul07;
ASP RC (05302701) Fanny Assunção Dinis Silva, desde 10Jul07.

(Por portaria de 09 de Agosto de 2007)

ASP RC (08708598) John Simon Soares Aguiar, desde 10Jul07;
ASP RC (03326699) Dulce Isabel Campanha Camões, desde 10Jul07.

(Por portaria de 13 de Agosto de 2007)

ASP RC (11198897) Armando da Silva Ferreira, desde 07Ago07.

(Por portaria de 14 de Agosto de 2007)

ASP RC (01837297) Rui Miguel Nunes Sousa, desde 10Jul07;
ASP RC (09562297) Rosa Manuela Monteiro Marinho, desde 10Jul07.

(Por portaria de 23 de Agosto de 2007)

ASP RC (18968097) Mário João Pinheiro Marques Mendanha, desde 10Jul07;
ASP RC (01052298) Marco Filipe de Almeida Rodrigues, desde 10Jul07;
ASP RC (07592798) Marisa Isabel Jacinto Bento, desde 10Jul07.

(Por portaria de 30 de Agosto de 2007)

ASP RC (06667494) João Luís Barradas Martins Barão, desde 15Ago07.

(Por portaria de 30 de Agosto de 2007)

ASP RC (15953096) António José Boaventur Simões, desde 10Jul07.

(Por portaria de 10 de Setembro de 2007)

ASP RC (12107997) Carlos Henrique da Silva Durão, desde 10Jul07.

(Por portaria de 01 de Outubro de 2007)

ASP RC (07056099) Sérgio Alberto Martins Estrada, desde 10Jul07.

(Por portaria de 02 de Outubro de 2007)

ASP RC (34898393) João César de Oliveira Rodrigues, desde 10Jul07.

(Por portaria de 04 de Outubro de 2007)

ASP RC (19602298) Gabriel Carreirinha Correia, desde 28Ago07.

(Por portaria de 04 de Outubro de 2007)

Por despacho do Chefe da RPM/DARH, por subsubdelegação de poderes do MGEN DARH após subdelegação do TGEN AGE, por delegação recebida do GEN CEME, foram promovidos ao posto de **primeiro sargento**, nos termos da alínea *b*) do n.º 1 do art. 396.º do EMFAR, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 34-A/90 de 24 de Janeiro, contando a antiguidade desde a data que a cada um se indica, a partir da qual têm direito ao vencimento do novo posto, os militares a seguir mencionados:

2SAR RC (14823499) Tiago João Fialho Boaventura, desde 16Mai07.

(Por despacho de 27 de Setembro de 2007)

2SAR RC (09574699) Fernando Miguel Miranda Tomé, desde 03Jul07;
2SAR RC (13227797) Rui Lopes Antunes, desde 06Ago07;
2SAR RC (00027900) Luís Carlos Batista Ferreira, desde 11Set07.

(Por despacho de 09 de Outubro de 2007)

2SAR RC (10221399) Maria Isabel Gomes de Morais, desde 03Jul07.

(Por despacho de 17 de Outubro de 2007)

Por despacho do Chefe da RPM/DARH, por subsubdelegação de poderes do MGEN DARH após subdelegação do TGEN AGE, por delegação recebida do GEN CEME, foi promovido ao posto de **segundo sargento**, nos termos da alínea *b*) do n.º 1 do art. 305.º do EMFAR, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 197-A/03 de 30 de Agosto, contando a antiguidade desde a data que se indica, a partir da qual tem direito ao vencimento do novo posto, o militar a seguir mencionado:

FUR RC (18894501) Rui Filipe Barreiro Pereira, desde 19Mai07.

(Por despacho de 16 de Outubro de 2007)

Por despacho do Chefe da RPM/DARH, por subsubdelegação de poderes do MGEN DARH após subdelegação do TGEN AGE, por delegação recebida do GEN CEME, foram promovidos ao posto de **furriel**, nos termos da alínea *b*) do n.º 1 do art. 305.º do EMFAR, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 197-A/03 de 30 de Agosto, contando a antiguidade desde a data que a cada um se indica, a partir da qual têm direito ao vencimento do novo posto, os militares a seguir mencionados:

2FUR RC (16356197) Nelson Dias Godinho, desde 13Fev07;
2FUR RC (08337501) Nuno Miguel Pina da Costa, desde 10Jul07;
2FUR RC (17458001) Pedro Miguel dos Santos Marques, desde 10Jul07.

(Por despacho de 25 de Setembro de 2007)

2FUR RC (10196096) Márcio José Cruz dos Santos, desde 10Jul07;
2FUR RC (09444999) Luís Miguel Caixas Rodrigues, desde 10Jul07;
2FUR RC (19111300) Rui Manuel da Silva Nogueira, desde 10Jul07;
2FUR RC (14070001) Filipe Alexandre da Silva Lopes, desde 10Jul07.

(Por despacho de 10 de Outubro de 2007)

2FUR RC (15910900) Rafael Barcia de Viseu, desde 10Jul07;
2FUR RC (06657501) Ana Filipa Caleiras Gonçalves, desde 10Jul07.

(Por despacho de 22 de Outubro de 2007)

Por despacho do Chefe da RPM/DARH, por subsubdelegação de poderes do MGEN DARH após subdelegação do TGEN AGE, por delegação recebida do GEN CEME, são promovidos ao posto de **cabo-adjunto**, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do art. 305.º do EMFAR, contando a antiguidade desde a data que a cada um se indica, a partir da qual têm direito às remunerações do novo posto, por satisfazerem as condições previstas no art. 56.º e a condição referida na alínea *a*) do n.º 1 do art. 60.º do EMFAR, os militares, em regime de contrato, a seguir mencionados:

1CAB RC (10910300) Nelson José Bessa Babo, do BAAA/BrigMec, desde 01Set07;
1CAB RC (04918501) Rui Miguel Melro Peres, da BAAA/BrigMec, desde 01Set07;

1CAB RC (07725898) Lúcio Manuel Martins Costa, da CEng/BrigMec, desde 08Fev07;
1CAB RC (12148400) Rui Filipe Moreira Salgado Martins, do CMEFD, desde 01Set07;
1CAB RC (16395999) Rute Patrícia Nogueira Coutinho, do CMEFD, desde 01Set07;
1CAB RC (13673097) Bruno António da Silva Guimarães, da DARH, desde 01Set07;
1CAB RC (11185500) João Paulo Alves Almeida, do RAAA1, desde 01Set07;
1CAB RC (13416802) Susana Patrícia Vieira Maia, do RAAA1, desde 01Set07;
1CAB RC (03763899) Ricardo Alexandre Pedro Gomes, do RA4, desde 01Set07;
1CAB RC (06799798) Michelli Angel Pinto Duarte, do RI10, desde 24Ago07;
1CAB RC (05282599) Pedro Miguel Lourenço Pereira, do RI10, desde 30Ago07;
1CAB RC (15831198) Jorge Manuel da Silva Oliveira Alves, do RI10, desde 30Ago07;
1CAB RC (15488700) António Alberto Pereira Monteiro, do RI15, desde 30Ago07;
1CAB RC (13547998) Mário Bruno Sobral Pinto de Sousa, do RE3, desde 28Set06;
1CAB RC (05405597) Rui Filipe Gouveia Martins, da UALE, desde 30Ago07;
1CAB RC (19004699) Inácio da Rosa Rondinha Meirinho, da UnAp/CID, desde 01Set07;
1CAB RC (02373701) Ana Cristina M. Rebocho Francisco, da UnAp/CMD ZMM, desde 01Set07.

(Por despacho de 03 de Outubro de 2007)

1CAB RC (02956996) Sónia Cristina Coelho Valério, do CR VISEU, desde 01Set07;
1CAB RC (13964997) Nuno Miguel Antunes Carvalho da Silva, da EPI, desde 01Out07;
1CAB RC (07652298) Cláudia Catarina Lopes dos Santos, do HMR2, desde 01Set07;
1CAB RC (11052795) Eduardo José Lima Martins, do IESM, desde 01Set07;
1CAB RC (00102499) João Pedro Valério Calado, do RC3, desde 25Jul07;
1CAB RC (02135898) António de Jesus Louro de Figueiredo, do RI10, desde 30Ago07;
1CAB RC (02285598) Paulo Filipe Santos Cortez, do RI10, desde 30Ago07;
1CAB RC (04933899) Ricardo Jorge Matos Magano, do RI10, desde 30Ago07;
1CAB RC (10597098) Pedro Filipe Gonçalves Ribeiro, do RI10, desde 30Ago07;
1CAB RC (16521399) Daniel Pinto Monteiro, do RI10, desde 30Ago07;
1CAB RC (14102898) Hugo Manuel Alves Fernandes de Oliveira, do RI10, desde 30Ago07;
1CAB RC (03838199) Rodrigo Ferreira Valente Caralinda, do RI10, desde 30Ago07;
1CAB RC (19281396) Paulo Jorge da Silva Simões, do RI10, desde 30Ago07;
1CAB RC (16873898) Hélder Miguel Rodrigues Batista, do RI13, desde 01Set07;
1CAB RC (15445198) Hugo José Batista Ferreira, do RI15, desde 30Ago07;
1CAB RC (19455797) João Afonso Pires Lagoa, do RI15, desde 30Ago07;
1CAB RC (08480299) Rui Jorge Sousa Cancela, da UALE, desde 30Ago07;
1CAB RC (11608297) Cláudio Jorge Alves da Silva, da UALE, desde 30Ago07;
1CAB RC (05581098) Marco Paulo Pedro Santos, da UALE, desde 30Ago07;
1CAB RC (14527198) Fernando Gabriel Gonçalves Silva, da UALE, desde 30Ago07;
1CAB RC (13217494) André Silva Sebastião, da UALE, desde 30Ago07;
1CAB RC (03996296) Marco Alexandre Louro Ribeiro, da UALE, desde 01Set07;
1CAB RC (14760499) Carla Cristina Lança Quintas Felício Santos, da UALE, desde 30Ago07;
1CAB RC (01190898) João Pedro Simões Girão, da UALE, desde 30Ago07;
1CAB RC (11801197) Rui Miguel Cabeça Isaías, da UnAp/CID, desde 13Out05
1CAB RC (08434296) Nuno Miguel Taveira Fonseca, da UnAp/Cmd Pess, desde 01Set07;
1CAB RC (14048300) Paulo Alexandre da Silva Duarte, do 1BIMec/BrigMec, desde 03Mar07.

(Por despacho de 15 de Outubro de 2007)

Por despacho do Chefe da RPM/DARH, por subsubdelegação de poderes do MGEN DARH após subdelegação do TGEN AGE, por delegação recebida do GEN CEME, são promovidos ao posto de **primeiro-cabo**, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do art. 305.º do EMFAR, contando com a antiguidade desde a data que a cada um se indica, a partir da qual têm direito às remunerações do novo posto, por satisfazerem as condições previstas no art. 56.º e a condição referida na alínea *a*) do n.º 1 do art. 60.º do EMFAR, os militares, em regime de contrato, a seguir mencionados:

2CAB RC (00873900) Patrícia Vicência da Silva Ferreira, da BAAA/BrigMec, desde 19Jun07;
2CAB RC (15472798) Valter Luís Fernandes da Silva, do Cmd Log, desde 03Jul07;
2CAB RC (17661001) Jorge Manuel Lopes Costa, do EPE, desde 19Jun07;
2CAB RC (08579302) Joaquim Fernando Martins do Vale, da EPT, desde 03Jul07;
2CAB RC (19929200) Artur Jorge Gonçalves, da ESE, desde 03Jul07;
2CAB RC (13131301) Fernando Marcelo da Silva Soares, do GCC/BrigMec, desde 19Jun07;
2CAB RC (05639801) Carlos Alberto Santos Pimentão, do RC3, desde 19Jun07;
2CAB RC (12352300) Marco Paulo Gama Cordeiro, do RC3, desde 19Jun07;
2CAB RC (04511802) Marco Alexandre Miranda Soares, do RC6, desde 03Jul07;
2CAB RC (07421100) Pedro Miguel Arantes Dias Matos, do RC6, desde 26Jun07;
2CAB RC (00985396) António Miguel de Sousa Dias, do RC6, desde 26Jun07;
2CAB RC (18724701) Jorge Manuel Almeida Brandão, do RC6, desde 26Jun07;
2CAB RC (05015699) Jorge Manuel da Costa Lopes, do RE3, desde 26Jun07;
2CAB RC (08228501) Filipe de Pina Correia, do RE3, desde 10Jul07;
2CAB RC (07029899) Miguel Ângelo Figueiredo Mendes, do RE3, desde 10Jul07;
2CAB RC (01595999) Rui Manuel Farias Moniz, do RG2, desde 26Jun07;
2CAB RC (14204299) Carlos Manuel Carvalho da Luz, do RI3, desde 19Jun07;
2CAB RC (02940203) Hélio António Ruivo Lagarto, do RI3, desde 19Jun07;
2CAB RC (03569602) Cláudia Sofia Coelho da Silva, do RI3, desde 19Jun07;
2CAB RC (14267399) Hugo Filipe Monteiro Gonçalves, do RI14, desde 10Jul07;
2CAB RC (06965201) Hugo Miguel Sousa Ribeiro, do RI15, desde 19Jun07;
2CAB RC (14434401) Nuno Miguel Martins Farinha, do RMan, desde 19Jun07;
2CAB RC (18925901) Fernando Francisco Évora, do RTm, desde 03Jul07;
2CAB RC (16176702) Flávio Filipe Folhas Silvério, da UnAp/BrigInt, desde 03Jul07;
2CAB RC (07820701) César Manuel Inácio Alves, da UnAp/BrigInt, desde 10Jul07;
2CAB RC (15842400) Paulo Sérgio Neves Jorge, da UnAp/BrigInt, desde 03Jul07;
2CAB RC (06614003) Diogo Orlando Rodrigues Teixeira Soares, da UnAp/Cmd Pess, desde 26Jun07;
2CAB RC (05324901) Roberto Paulo da Silva Pinto, da UnAp/Cmd ZMM, desde 19Jun07;
2CAB RC (17561194) Ricardo Filipe Aguiar Barradas, da UnAp/Cmd ZMM, desde 19Jun07;
2CAB RC (08590500) Sérgio Manuel Medeiros Botelho, do 2BIMec/BrigMec, desde 07Nov06;
2CAB RC (07699500) Sérgio Roberto Soares Oliveira, do 2BIMec/BrigMec, desde 19Jun07;
2CAB RC (17671400) Nuno Filipe da Silva Martins, do 2BIMec/BrigMec, desde 19Jun07;
2CAB RC (19591201) Bruno Filipe Cabral Moniz, do 2BIMec/BrigMec, desde 19Jun07;
2CAB RC (07635000) Miguel Ricardo Soares Rebelo, do 2BIMec/BrigMec, desde 19Jun07;
2CAB RC (06471000) Ana Patrícia Rodrigues Santos, do 2BIMec/BrigMec, desde 19Jun07.

(Por despacho de 10 de Outubro de 2007)

2CAB RC (08438902) Bruno Alexandre Carneiro Matos, do BApSvc/BrigMec, desde 19Jun07;
2CAB RC (04294400) Alexandre Afonso Lopes, da EPI, desde 17Out06
2CAB RC (11313403) Hélio Miguel Alves Rodrigues, da EPI, desde 03Jul07;

2CAB RC (09282301) Paulo Alexandre Baiana Costa, da EPI, desde 03Jul07;
2CAB RC (05103299) Frederico Lima Barbosa, da EPS, desde 19Jun07;
2CAB RC (12503397) Marco Paulo Guedes da Silva, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (06816601) Tiago Miguel Ribeiro Alves, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (00933002) Vital Ribeiro Varela, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (03061202) Vítor Manuel Morais da Costa, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (04934102) Carlos Manuel Malta Buinho, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (10194102) Bruno Gonçalo Rodrigues Ferreira, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (01420301) Sérgio José Martins Vicente, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (03928000) António José da Cruz Rodrigues, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (04835802) António José Fulgêncio Quinzico, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (05107100) Bruno Miguel Alves do Carmo, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (10075999) Fernando Miguel Subtil Cruz, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (10318000) Pedro Renato Dias Alves, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (10766501) Hugo João Lopes Figueiredo, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (12160298) Pedro Pires Miguel, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (16275400) Tiago Manuel Pais Neves, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (19681397) Bruno Torcato Pinto Rosa, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (13547398) Hugo Miguel Vieira Pinto Leite, da ETP, desde 26Jun07;
2CAB RC (02058101) Lília Raquel de Melo Casaleiro, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (16295097) Tania Marisa Duarte Pires, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (01695902) Luís Filipe Peguinho Encarnação Abreu, da ETP, desde 09Out07;
2CAB RC (12159303) Sandra Maria Moreira Ferreira, do GAC/BrigMec, desde 19Jun07;
2CAB RC (00435600) Rui Miguel Dias Pinto, do RE1, desde 03Jul07;
2CAB RC (11549501) Hugo Miguel da Silva Braga, do RE3, desde 26Jun07;
2CAB RC (07268600) Paulo Manuel de Medeiros Cabral, do RG2, desde 26Jun07;
2CAB RC (15320301) Carlos Manuel Pereira Neiva, do RG3, desde 26Jun07;
2CAB RC (19137201) Tiago Domingos Branquinho Simões, do RI3, desde 19Jun07;
2CAB RC (16193100) Mauro André Braga de Carvalho, do RI15, desde 09Out07;
2CAB RC (18372102) João Inácio Frasilho Farias Varela Bravo, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (01971800) Hélder Miguel Pinto Moreira, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (11205200) Ricardo Martins Tomás, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (17916099) José Manuel Caldeira dos Santos, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (01460499) Márcio José Pereira Roque, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (18918295) António Carlos dos Santos Almeida, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (17385501) Nelson Ricardo Marques Rocha, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (09294998) Rui Filipe Lopes Figueiredo, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (06696199) Hugo Costa Silva, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (06797700) Bruno Filipe Conceição Silva, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (08205902) Nuno Ricardo Mendes Estudante, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (04932297) Ricardo dos Anjos Augusto, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (07456199) Nelson Jesuino Xavier Santos, da UALE, desde 09Out07;
2CAB RC (15402703) Raquel Sofia Belo Maneta, da UnAp/AMAS, desde 03Jul07;
2CAB RC (02562497) Carlos Manuel Amaral Canais, da UnAp/BrigInt, desde 05Jan05;
2CAB RC (18026701) Rui Pinheiro Monteiro, da UnAp/Cmd Pess, desde 09Out07;
2CAB RC (14644499) Filipe Manuel Ferreira Marques, da UnAp/EME, desde 03Jul07;
2CAB RC (07166799) Bruno Manuel Miranda Ribeiro, do 2BIMec/BrigMec, desde 19Jun07;
2CAB RC (15462001) Pedro Miguel da Silva Conceição, do 2BIMec/BrigMec, desde 19Jun07.

(Por despacho de 22 de Outubro de 2007)

IV — RECTIFICAÇÕES

Rectifica-se o publicado na OE n.º 8 de 31 de Agosto de 2007, 3.^a Série, Pag.127, referente ao CADJ RC (06387896) Eduardo Francisco Alves Freitas; onde se lê “Timor 2002-03” deve ler-se “Timor 2000-01”.

Que fique sem efeito o publicado na OE n.º 3, 3.^a Série, de 31 de Março de 2007, pág. n.º 44, referente à atribuição da Medalha de Cobre de Comportamento Exemplar, à FUR RC (05956497) Clara Patrícia Santos Teixeira, por a mesma já ter sido concedida por despacho de 23 de Novembro de 2006.

V — OBITUÁRIO

2006

Agosto, 15 — 2SAR MIL PENS (31088862) Leonidio Carlos Martins Pina, da UnAp/Cmd Pess;
Outubro, 25 — SOLD DFA (09435971) Manuel André D. Martins Caetano, da UnAp/Cmd Pess.

2007

Abril, 21 — SOLD PENS (32149356) João António Lourenço Ventura, da UnAp/Cmd Pess.

O Chefe do Estado-Maior do Exército

José Luís Pinto Ramalho, general.

Está conforme:

O Ajudante-General do Exército

Eduardo Manuel de Lima Pinto, tenente-general.