

ANEXO V

MARINHA DO BRASIL

DIRETORIA-GERAL DO PESSOAL DA MARINHA

DIRETORIA DE SAÚDE MARINHA

**ORIENTAÇÕES QUANTO À DOCUMENTAÇÃO MÉDICA PERTINENTE ÀS
DOENÇAS ESPECIFICADAS EM LEI**

Documentações médicas relevantes para subsidiar possíveis enquadramentos nas doenças especificadas em lei, conforme descrito abaixo:

ALIENAÇÃO MENTAL: laudo médico de especialista em neurologia, psiquiatria e/ou geriatria onde deve constar o diagnóstico atual, a data do início do acompanhamento com aquele profissional (dd/mm/aaaa), qual o exame clínico na data da primeira consulta pelo diagnóstico alegado, como foi a evolução e o tratamento da doença. Os quadros demenciais devem vir acompanhados dos originais e/ou cópias autenticadas dos exames de imagem realizados (por ex: Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, etc.), além dos laudos dos médicos assistentes descrevendo a classificação pela escala de Avaliação Clínica de Demência (CDR) no início do tratamento e, se houve evolução, como esta se configurou na data da emissão do laudo atual.

O inspecionado já curatelado deverá dirigir-se à Junta de Saúde acompanhado de seu curador, ambos devidamente identificados e portando original da certidão de curatela.

CARDIOPATIA GRAVE: ecocardiogramas, testes ergométricos ("teste de esforço"), cintilografias miocárdicas, cateterismos cardíacos, holter entre outros que porventura tenham sido solicitados pelos médicos que estão dando a assistência médica. Caso apresente laudos/declarações ou relatórios de médicos assistenciais, os mesmos devem conter o diagnóstico, a data do início do acompanhamento aos cuidados daquele profissional, relato completo dos exames realizados com suas datas de realização, a terapêutica que foi instituída, a evolução da doença. Os pacientes submetidos a tratamento cirúrgicos cardiovasculares, deverão apresentar exames de função cardíaca posteriores à realização da cirurgia, solicitados pelos seus médicos assistentes quando da recuperação pós-operatória, conforme protocolo cardiológico de reavaliação de tais pacientes.

CEGUEIRA: laudo oftalmológico completo, informando diagnóstico atual, data (dd/mm/aaaa) em que iniciaram o acompanhamento oftalmológico com aquele médico atestante com a respectiva acuidade visual em ambos os olhos à época, a evolução da(s) doença(s), as datas e os procedimentos cirúrgicos aos quais foram submetidos. Caso a evolução da doença tenha sido desfavorável, o médico assistente deverá atestar desde quando (mm/aaaa) os recursos da medicina especializada foram esgotados e o exame oftalmológico completo atual.

ESCLEROSE MÚLTIPLA : relatório/atestado do médico assistente/serviço médico em Neurologia descrevendo a data do início (dd/mm/aaaa) do acompanhamento por Esclerose Múltipla, o grau de incapacidade pela escala EDSS no início do acompanhamento, a evolução com o tratamento instituído e a situação atual em relação à escala de EDSS com as medicações que estão em uso. Os laudos deverão ser acompanhados dos exames

complementares que deram suporte ao estabelecimento do diagnóstico definitivo de Esclerose Múltipla.

ESPONDILITE ANQUILOSANTE: laudo médico radiológico do comprometimento da coluna vertebral e bacia (articulações sacroilíacas), cintilografia óssea, teste sorológico específico HLA - B27 e tomografia computadorizada de articulações sacroilíacas e coluna, exames estes elucidatórios para definitivo diagnóstico da doença.

ESTADOS AVANÇADOS DE DOENÇA DE PAGET: relatório médico completo informando data (mm/aaaa) em que foi firmado o diagnóstico da doença, os exames elucidatórios que subsidiaram o laudo com seus respectivos resultados e os segmentos ósseos acometidos do quadro deformante (osteíte deformante), bem como as complicações neurológicas e/ou sensoriais e cardiovasculares decorrentes dos estigmas da doença.

FIBROSE CÍSTICA: relatório médico descrevendo os principais sinais e sintomas apresentados que justificaram a investigação e a data (mm/aaaa) do início do acompanhamento decorrente da confirmação diagnóstica, o tratamento instituído e a descrição de possíveis sequelas. É imprescindível a apresentação dos seguintes exames complementares que corroboram o comprometimento pulmonar causado pela patologia em questão: 2 (dois) testes de suor positivos e realizados em momentos diferentes, RX de tórax com laudo, cultura do escarro, ultrassonografia abdominal, dosagens de enzimas hepáticas e pancreáticas.

HANSENÍASE: exame original confirmatório da doença, relatório do serviço de saúde constando a evolução durante o tratamento, o tempo de tratamento instituído, se permaneceram com atividade da doença após o tratamento completo ou se tiveram recidiva e, caso tenha apresentado sequelas, determiná-las minuciosamente. Os documentos médicos devem conter a descrição da data do início (dd/mm/aaaa) e término (dd/mm/aaaa) do tratamento poliquioterápico e se houve alta por cura.

DOENÇA DE PARKINSON: relatório médico de especialista em neurologia e/ou geriatria, informando o diagnóstico, a data (dd/mm/aaaa) em que iniciaram acompanhamento pela doença alegada, qual era o exame clínico à época, qual foi o tratamento instituído, como foi a evolução da doença durante o tempo de tratamento com aquele profissional e caso tenha evoluído de forma desfavorável a despeito do tratamento, quando (dd/mm/aaaa) foi observada maior gravidade e limitação imposta pela doença.

NEFROPATIA GRAVE: exames sequenciais de provas de função renal (dosagens de ureia, creatinina; cintilografias renais, ultrassonografias renais etc), inclusive o que determinou o início da terapia dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal). Caso apresente laudos/declarações ou relatórios de médicos assistenciais, os mesmos devem conter a data do início do acompanhamento aos cuidados daquele profissional, relato completo dos exames realizados com suas datas de realização, a terapêutica que foi utilizada, a evolução da doença com a terapêutica instituída e a data do início da hemodiálise/diálise peritoneal, se for o caso.

NEOPLASIA MALIGNA: original assinado ou cópias autenticadas dos laudos histopatológicos ou anatomopatológicos (ou mesmo citológico) tanto da biópsia que inicialmente identificou a doença quanto da peça cirúrgica (se foi submetido à retirada cirúrgica da doença); relatório do médico assistente informando o estadiamento, o tipo de

terapia indicada e realizada (cirurgia, quimioterapia, radioterapia), se houve recidiva da doença (com a data em que foi detectada, se for o caso), as medicações oportunamente em uso que deverão ser acompanhadas de suas receitas. Quando submetidos a terapia adjuvante os relatórios médicos deverão conter a data do início e término do tratamento realizado. Caso tenham sido realizados exames de imagem subsidiários ou de propedêutica da investigação (RX, tomografia computadorizadas, ressonâncias nucleares magnéticas, colonoscopias, endoscopias etc) estes também deverão ser apresentados às Juntas de Saúde para análise.

PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE: relatório médico completo contendo o diagnóstico, a data (dd/mm/aaaa) da manifestação da síndrome paralítica (se for o caso), quais os segmentos corporais acometidos, qual foi o tratamento instituído e quais sequelas são definitivas. O relatório médico deverá vir acompanhado dos originais ou cópias autenticadas dos laudos dos exames de imagem (tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética etc, se for o caso).

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS): exame inicial (ELISA) e confirmatório (Western-Blot) da infecção pelo vírus HIV, relatório completo do serviço onde faz o acompanhamento médico informando textualmente quais doenças oportunistas o requerente já apresentou e em que data (dd/mm/aaaa) se manifestaram, bem como os resultados originais ou cópia autenticada dos exames sequenciais de prova de competência imunológica (linfócitos CD4, linfócitos CD8 e carga viral para HIV), bem como se faz uso de terapia anti-retroviral (se houve falha a algum esquema preconizado, especificar qual, quando e o esquema atualmente utilizado).

TUBERCULOSE ATIVA: comprovação do diagnóstico da doença feito pelos exames subsidiários utilizados (bacteriológico, imagenológico, etc), declaração médica do serviço onde foi feito o tratamento especificando quais medicações foram utilizadas e o período de tratamento e quais sequelas restaram decorrentes da infecção pulmonar. Caso apresente sequelas pulmonares decorrentes da infecção, deverão ser apresentados também exames de função pulmonar. A tuberculose extra-pulmonar será avaliada conforme a avaliação funcional do órgão acometido para enquadramento legal.

HEPATOPATIAS GRAVES: relatório médico completo contendo início do acompanhamento médico pelo diagnóstico firmado, qual o quadro clínico à época, a quais tratamentos foi submetido, os resultados dos exames laboratoriais utilizados para classificação da gravidade das hepatopatias (Child-Turgotte-Pugh). Se foi submetido a biópsia hepática, apresentar original ou cópia autenticada do laudo histopatológico.

CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO: é imprescindível a apresentação do competente Atestado de Origem, Inquérito Sanitário de Origem. Os inspecionandos deverão apresentar os laudos do serviço especializado, contendo a data em que foi feito o diagnóstico, os exames subsidiários que foram realizados, as sequelas definitivas determinadas pela contaminação pela radiação e os segmentos corporais atingidos.

OBS: A critério das JS, outros documentos médicos, exames complementares, bem como Pareceres especializados poderão ser eventualmente solicitados.