

TABELA INDICATIVA PARA AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE EM DIREITO CIVIL

SUMÁRIO

- I. Sistema nervoso e psiquiatria
- II. Sistema sensorial e estomatologia
- III. Sistema ósteo-articular
- IV. Sistema cardíaco-respiratório
- V. Sistema vascular
- VI. Sistema digestivo
- VII. Sistema urinário
- VIII. Sistema reprodutor
- IX. Sistema glandular endócrino
- X. Sistema cutâneo

INSTRUÇÕES INICIAIS

I.sistema nervoso

I. SISTEMA NERVOSO

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 contração*
- Grau 1. Esforço de contração 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 g

A. NEUROLOGIA

1. Sequelas motoras e sensitivo-motoras de origem central e medular

1.1. Estado vegetativo persistente	100%
1.2. Tetraplegia	
1.2.1. Com necessidade de respiração assistida	95%
1.2.2. Segundo a capacidade funcional	90 a 94%
1.3. Tetraparésia	
1.3.1. Grau de força muscular 1 ou 2	71 a 90%
1.3.2. Grau de força muscular 3	56 a 70%
1.3.3. 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 esfíncteres, tendo em conta as suas repercussões nas AVD)	
1.4. 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%
1.5. Hemiparésia	
1.5.1. Grau de força muscular 1 ou 2	41 a 70%
1.5.2. Grau de força muscular 3	26 a 40%
1.5.3. Grau de força muscular 4	10 a 25%
(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)	

Sistema nervoso

1.6. Paraplegia	70 a 75%
(segundo o compromisso funcional, relacionado com o nível, e tendo em conta as suas repercussões nas AVD)	
1.7. Paraparésia	
1.7.1. Grau de força muscular 1 ou 2	51 a 70%
1.7.2. Grau de força muscular 3	41 a 50%
1.7.3. Grau de força muscular 4	15% a 40%
(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)	
1.8. Síndrome da cauda equina	15 a 30%
(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.)	
1.9. Monoplegia	
1.9.1. Membro superior (em função do lado dominante)	45 a 50%
1.9.2. Membro inferior	50 a 55%
1.10. Monoparésia	
1.10.1. Membro superior	
1.10.1.1. Grau de força muscular 1 ou 2	31 a 45%
1.10.1.2. Grau de força muscular 3	21 a 30%
1.10.1.3. Grau de força muscular 4	5 a 20%
1.10.2. Membro inferior	
1.10.2.1. Grau de força muscular 1 ou 2	31 a 50%
1.10.2.2. Grau de força muscular 3	21 a 30%
1.10.2.3. Grau de força muscular 4	5 a 20%
(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)	
1.11. Parésia de grupo muscular <i>(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)</i>	1 a 15%
(segundo o compromisso funcional)	
1.12. Ataxia	
1.11.1. Com impossibilidade de marcha e graves repercussões nas AVD	71 a 80%
1.11.2. Com marcha possível e repercussões moderadas nas AVD	31 a 70%
1.11.3. Com marcha possível e repercussões ligeiras nas AVD	10 a 30%
1.13. Apraxia	10 a 35%
1.14. Disartria <i>(como manifestação isolada não contemplada noutras síndromes)</i>	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.

2.1. Face

2.1.1. Afecção do nervo trigémio (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor)	2 a 10%
2.1.2. Afecção do nervo facial (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso motor)	
2.1.2.1. Paralisia (<i>no caso excepcional de bilateralidade poderá atingir os 50%</i>)	11 a 20%
2.1.2.2. Parésia	2 a 10%
2.1.3. Afecção do nervo glossofaríngeo (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor; pode incluir a afecção associada do nervo vago)	
2.1.3.1. Paralisia (<i>no caso excepcional de bilateralidade poderá atingir os 50%</i>)	6 a 10%
2.1.3.2. Parésia	1 a 5%
2.1.4. Afecção do nervo grande hipoglosso (segundo a repercussão funcional, tendo em conta o compromisso sensitivo/motor)	
2.1.3.1. Paralisia	6 a 10%
2.1.3.2. Parésia	1 a 5%

2.2. Membro superior

2.2.1. Paralisia total (<i>lesão completa do plexo braquial</i>) (em função do lado dominante)	45 a 50%
2.2.2. Parésia de todo o membro superior (em função do lado dominante)	Veja-se artigo 1.10.1
2.2.3. Afecção do nervo sub-escapular	
2.2.3.1. Paralisia	6 a 10%
2.2.3.2. Parésia	1 a 5%
(em função do lado dominante)	
2.2.4. Afecção do nervo circunflexo	
2.2.4.1. Paralisia	6 a 15%
2.2.4.2. Parésia	1 a 5%
(em função do lado dominante)	
2.2.5. Afecção do nervo músculo-cutâneo	
2.2.5.1. Paralisia	6 a 12%

Sistema nervoso

2.2.5.2. Parésia (em função do lado dominante)	1 a 5%
2.2.6. Afecção do nervo mediano	
2.2.6.1. Paralisia a nível do braço	30 a 35%
2.2.6.2. Paralisia a nível do antebraço/punho	16 a 20%
2.2.6.3. Parésia (em função do lado dominante)	10 a 15%
2.2.7. Afecção do nervo radial	
2.2.7.1. Paralisia a nível do braço	
2.2.7.2. Paralisia a nível do antebraço/punho	30 a 35%
2.2.7.3. Parésia (em função do lado dominante)	20 a 25% 10 a 15%
2.2.8. Paralisia do nervo cubital	
2.2.8.1. Paralisia a nível do braço	20 a 25%
2.2.8.2. Paralisia a nível do antebraço/punho	16 a 20%
2.2.8.3. Parésia (em função do lado dominante)	10 a 15%
2.2.9. Parestesias de partes moles	1 a 3%
2.2.10. Paralisia do nervo espinal (incluída neste capítulo considerando as consequências que têm sobre o membro superior; em função do lado dominante)	10 a 12%
2.2.11. Paralisia do nervo torácico superior (incluída neste capítulo considerando as consequências que têm sobre o membro superior; em função do lado dominante)	4 a 5%
2.3. Membro inferior	
2.3.1. Afecção do nervo ciático comum	
2.3.1.1. Paralisia	45%
2.3.1.2. Parésia	10 a 20%
2.3.2. Afecção do nervo femoral	
2.3.2.1. Paralisia	30%
2.3.2.2. Parésia	5 a 15%
2.3.3. Afecção do nervo obturador	
2.3.1.1. Paralisia	5%
2.3.1.2. Parésia	1 a 3%
2.3.4. Afecção do nervo glúteo superior	
2.3.1.1. Paralisia	4%
2.3.1.2. Parésia	1 a 2%
2.3.5. Afecção do nervo glúteo inferior	
2.3.1.1. Paralisia	6%
2.3.1.2. Parésia	1 a 3%
2.3.6. Afecção do nervo ciático poplíteo externo	
2.3.1.1. Paralisia	20 %
2.3.1.2. Parésia	5 a 12%

2.3.7. Afecção do nervo musculocutâneo	
2.3.1.1. Paralisia	3%
2.3.1.2. Parésia	1%
2.3.8. Afecção do nervo tibial anterior	
2.3.1.1. Paralisia	8 %
2.3.1.2. Parésia	2 a 4%
2.3.9. Afecção do nervo ciático poplíteo interno	
2.3.1.1. Paralisia	22%
2.3.1.2. Parésia	5 a 12%
2.3.10. Parestesias das 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.

3.1. Síndrome frontal

3.1.1. Perturbação grave (<i>com apragmatismo e alterações graves da inserção social e familiar</i>)	61 a 85%
3.1.2. Perturbação importante (<i>com alteração das condutas instintivas, perda da iniciativa, perturbações do humor, inserção familiar e social precária</i>)	36 a 60%
3.1.3. Perturbação moderada (<i>com bradipsiquismo relativo, dificuldade de memorização, perturbações do humor e repercussões na inserção social e familiar</i>)	21 a 35%
3.1.4. Perturbação ligeira (<i>com distractibilidade, lentificação, dificuldades de memorização e de elaboração de estratégias complexas; escassas ou nulas perturbações da inserção social e familiar</i>)	10 a 20%

3.2. Perturbações da comunicação

3.2.1. Afasia grave (<i>com jargonofasia, alexia e perturbações da compreensão</i>)	60 a 75%
3.2.2. Disfasias (<i>perturbações da nomeação e repetição, parafasias, estando a compreensão conservada</i>)	10 a 30%

3.3. 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:

3.3.1. Grau I (<i>perturbações graves, com reduzida ou nula capacidade para as AVD, requerendo vigilância e cuidados permanentes</i>)	41 a 60%
3.3.2. Grau II (<i>perturbações moderadas, com manifesta diminuição do nível da eficiência pessoal, social e laboral</i>)	11 a 40%
3.3.3. Grau III (<i>perturbações ligeiras, com discreta diminuição do nível da eficiência pessoal, social e laboral</i>)	1 a 10%

3.4. 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 :

Labilidade da atenção, lentificação ideativa, dificuldades de memorização, fadigabilidade intelectual, intolerância ao ruído, instabilidade do humor, persistindo para além de 2 anos.	1 a 10
--	---------------

3.5. Demências

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, deverá ter em consideração os défices mistos cognitivos e sensitivo-motores e o estado anterior. A sua ponderação pericial deverá 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 cerebelosas, 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.

4.1. Ausência de toda a actividade voluntária útil (<i>perda de toda a possibilidade relacional identificável</i>)	100%
4.2. Défices sensitivo-motores severos (<i>limitando gravemente a autonomia, associados a défices cognitivos incompatíveis com a vida relacional</i>)	86 a 95%

4.3. 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%

4.4. 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%

4.5. 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.

5.1. Epilepsias com perturbações da consciência (crises generalizadas e complexas)

5.1.1. Epilepsias refractárias

(com crises quase diárias confirmadas, determinando dificuldades nas AV, apesar de uma terapêutica adaptada e continuada)

36 a 70%

5.1.2. Epilepsias dificilmente controláveis

(com crises frequentes, várias por mês, e efeitos secundários dos tratamentos, com ligeira a moderada repercussão nas AVD)

16 a 35%

5.1.3. Epilepsias controladas

(com tratamento bem tolerado, com nula ou discreta repercussão nas AVD)

10 a 15%

5.2. Epilepsias com crises sem perturbações da consciência (simples)

Epilepsias parciais *(devidamente confirmadas, segundo o tipo e frequência das crises e os efeitos secundários dos tratamentos)*

5 a 15%

6. Síndrome pós-comocional

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 terá em consideração a frequência das crises e a eficácia da terapêutica.

7.1. Trigémio (<i>exclui-se aqui a nevralgia essencial do trigémio</i>) 7.1.1. Nevralgia intermitente 7.1.2. Nevralgia contínua	5 a 15% 20 a 25%
7.2. Facial	1 a 8%
7.3. Cervico-braquial	1 a 12%
7.4. Intercostal	1 a 3%
7.5. Femuro-cutâneo	1 a 3%
7.6. Femoral	1 a 12%
7.7. Ciático	1 a 20%

8. Dores de desaferentação

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 poderá 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.

9.1. Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	16 a 25
9.2. Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	11 a 15
9.3. Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	4 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 deverá ter lugar após, pelo menos, dois anos de evolução.

10.1. Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	16 a 25
10.2. Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	11 a 15
10.3. Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	4 a 10

11. Perturbações mentais decorrentes de lesão cerebral orgânica

Ver 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 poderão ser objecto de valorização pericial.

12.1. Com grave repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	16 a 25
12.2. Com moderada repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	11 a 15
12.3. Com ligeira repercussão na autonomia pessoal, social e profissional	4 a 10

SUGESTÃO

Uma vez que não existem razões para adoptar critérios diferentes para cada um dos quadros psicopatológicos acima contemplados, sugere-se que esses critérios sejam uniformizados, com os mesmos intervalos e constantes de um único quadro que figurará no final deste sub-capítulo.

ii.sistema sensorial e estomatologia

II. SISTEMA SENSORIAL E ESTOMATOLOGIA

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

1.1. Perda total da visão

1.1.1. Perda da visão dos dois olhos (<i>amaurose bilateral</i>)	85%
1.1.2. Perda da visão de um olho (<i>amaurose unilateral</i>)	25%

1.2. Perda da acuidade visual dos dois olhos - visão de longe e de perto

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	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	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.

1.3. 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.

1.3.1. Hemianópsia

1.3.1.1. Homónimas	12%
1.3.1.2. Heterónimas	
1.3.1.2.1. Nasal	15%
1.3.1.2.2. 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%

1.3.2. Quadrantanópsia

(segundo o tipo)

2 a 20%

1.3.3. Escotoma central

1.3.3.1. Bilateral	21 a 60%
1.3.3.2. Unilateral	1 a 20%

1.3.4. Escotoma justacentral ou paracentral

(segundo o carácter uni ou bilateral, com acuidade visual conservada)

1 a 15%

1.4. Oculomotricidade

1.4.1. Diplopia

1.4.1.1. Nos campos superiores – <i>menos de 10° de desvio</i>	1 a 10%
1.4.1.2. No campo lateral – <i>menos de 10° de desvio</i>	5 a 15%
1.4.1.3. Nos campos inferiores – <i>menos de 10° de desvio</i>	1 a 10%
1.4.1.4. Em todas as direcções, obrigando a ocluir um olho – <i>mais de 10° de desvio</i>	20 a 25%

(segundo as posições do olhar, o carácter permanente ou não, e a necessidade de fechar um olho em permanência)

1.4.2. Paralisia oculomotora (*se existir diplopia, valorizar a incapacidade permanente de acordo com o artigo 1.4.1.*)
(segundo o tipo)

1 a 15%

1.4.3. Motricidade intrínseca
(segundo o tipo)

1 a 5%

1.4.4. Heteroforia, paralisia completa da convergência

1 a 5%

1.5. Cristalino

1.5.1. Perda (afaquia) corrigida por equipamento óptico externo

(valorizar em função da taxa correspondente à perda de acuidade visual corrigida, nos termos do artigo 1.2. deste capítulo)

1.5.2. 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)

1.6. Anexos do olho

Segundo o tipo de afectação (entrópico, ectrópico, cicatrizes viciosas, má oclusão palpebral, ptose, etc), sendo a mais grave a ptose com défice campimétrico e alacrimia bilateral

1.6.1. Afectação unilateral	1 a 8%
1.6.2. 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

2.1. 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.

2.1.1. Surdez total

2.1.1.1. Bilateral	60%
2.1.1.2. Unilateral	15%

2.1.2. Surdez parcial

A avaliação far-se-á em 2 tempos:

2.1.2.1. 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

2.1.2.2. 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 será 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.

2.2. Acufenos isolados

<i>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</i>	1 a 2%
--	---------------

3. PERTURBAÇÕES DO EQUILÍBRIO

Valorizar estas alterações tendo em conta os resultados da Videonistagmografia e da Posturografia Dinâmica Computorizada.

3.1. Afecção vestibular	
3.1.1. Bilateral (<i>com perturbações destrutivas objectivas, segundo a importância</i>)	11 a 25%
3.1.2. Unilateral	4 a 10%
3.2. Vertigens paroxísticas benignas	1 a 3%

4. PERTURBAÇÃO DA VENTILAÇÃO NASAL

4.1. Alteração da permeabilidade nasal não corrigível pela terapêutica	
4.1.1. Bilateral	2 a 8%
4.1.2. Unilateral	1 a 4%

5. PERTURBAÇÕES OLFACTIVAS (Compreende as alterações das percepções gustativas)

5.1. Anosmia	15%
5.2. Disosmia	1 a 10%

6. PERTURBAÇÕES DA FONAÇÃO

6.1. Afonia	25%
6.2. Disfonia <i>(em função da diminuição da eficácia da emissão vocal para a comunicação)</i>	
6.2.1. Grau I <i>(perturbações que afectam acentuadamente)</i>	11 a 20%
6.2.2. Grau II <i>(rouquidão e outras perturbações que afectam ligeira ou moderadamente)</i>	1 a 10%

C. 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%**.

6.1 Edentação completa insusceptível de correcção por prótese <i>(atendendo à repercussão sobre o estado geral)</i>	20 a 28%
6.2. Perda de dente insusceptível de correcção por prótese	
6.2.1. Incisivo ou canino	1%
6.2.2. Prémolar ou molar	1.5%
6.3. Disfunções mandibulares	
6.3.1. Limitação da abertura bucal igual ou inferior a 10mm	21 a 30%
6.3.2. Limitação da abertura bucal entre 10 e 30mm	6 a 20%
6.3.3. Limitação da abertura bucal entre 31 e 40mm <i>(atendendo à bilateralidade, fenómenos dolorosos e perturbação da função)</i>	até 5%
6.4. Perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação temporomandibular <i>(segundo a repercussão sobre a mastigação, a fonação e as algias)</i>	2 a 10%
6.5. Amputação da parte móvel da língua <i>(tendo em consideração a repercussão sobre a palavra, a mastigação e a deglutição, segundo a importância das perturbações)</i>	3 a 30%

III.sistema osteoarticular

III. SISTEMA OSTEOARTICULAR

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, serão 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, deverá 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 deverá ponderar em concreto uma diminuição das taxas abaixo indicadas.

No caso de amputação bilateral o valor máximo será de 70%, sendo os restantes valores calculados em função do nível de amputação.

1.1. Amputação total do membro superior

51 a 55%

1.2. Amputação do braço (cintura escapular móvel)	46 a 50%
1.3. Amputação do antebraço	40 a 45%

2. Anquiloses e rigidez

2.1. 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.

2.1.1. Artrodese ou anquilose em posição funcional

2.1.1.1. Omoplata fixa	21 a 25%
2.1.1.2. Omoplata móvel	18 a 20%

2.1.2. Rigidez

2.1.2.1. Limitação da flexão e/ou da abdução a 60°	
2.1.2.1.1. Com perda total das rotações	15 a 17%
2.1.2.1.2. Restantes movimentos completos	13 a 14%
2.1.2.2. Limitação da flexão e/ou da abdução a 90°	
2.1.2.2.1. Com perda total das rotações	11 a 13%
2.1.2.2.2. Restantes movimentos completos	6 a 8%
2.1.2.3. Limitação da flexão e/ou da abdução a 130°	2 a 5%
2.1.2.4. Perda isolada da rotação interna	3 a 5%
2.1.2.5. Perda isolada da rotação externa	2 a 4%

2.2. 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 deverá 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 prono-supinação, em que tal se poderá justificar.

2.2.1. Artrodese ou anquilose em posição funcional

2.2.1.1. Prono-supinação conservada	15 a 20%
2.2.1.2. Prono-supinação abolida	21 a 25%

2.2.2. Rigidez

2.2.2.1. Flexão útil possível e extensão	
2.2.2.1.1. Com arco de movimento que se detém acima de 90°	10 a 12%
2.2.2.1.2. Com arco de movimento entre 60° a 90°	6 a 9%
2.2.2.1.3. Com arco de movimento de 20° a 60°	1 a 5%
2.2.2.2. Extensão útil possível e flexão	
2.2.2.2.1. Com arco de movimento que se detém abaixo de 60°	10 a 12%
2.2.2.2.2. Com arco de movimento que se detém entre 60° e 90°	6 a 9%
2.2.2.2.3. Com arco de movimento que se detém entre 90° e 120°	1 a 5%

2.3. Compromisso da prono-supinação

2.3.1. Anquilose

Em posição funcional	6 a 8%
----------------------	--------

2.3.2. Rigidez

2.3.2.1. Rigidez na pronação	1 a 5%
2.3.2.2. Rigidez na supinação	1 a 5%

2.4. 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 desse arco têm apenas uma ligeira repercussão nas AVD, o mesmo se verificando relativamente ao desvio radial.

2.4.1. Artrodese ou anquilose em posição funcional

2.4.1.1. Prono-supinação conservada	6 a 8%
2.4.1.2. Prono-supinação abolida	13 a 16%

2.4.2. Rigidez

2.4.2.1. Rigidez no sector útil	
2.4.2.1.1. Défice de flexão	1 a 3%
2.4.2.1.2. Défice de extensão	1 a 5%
2.4.2.2. 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

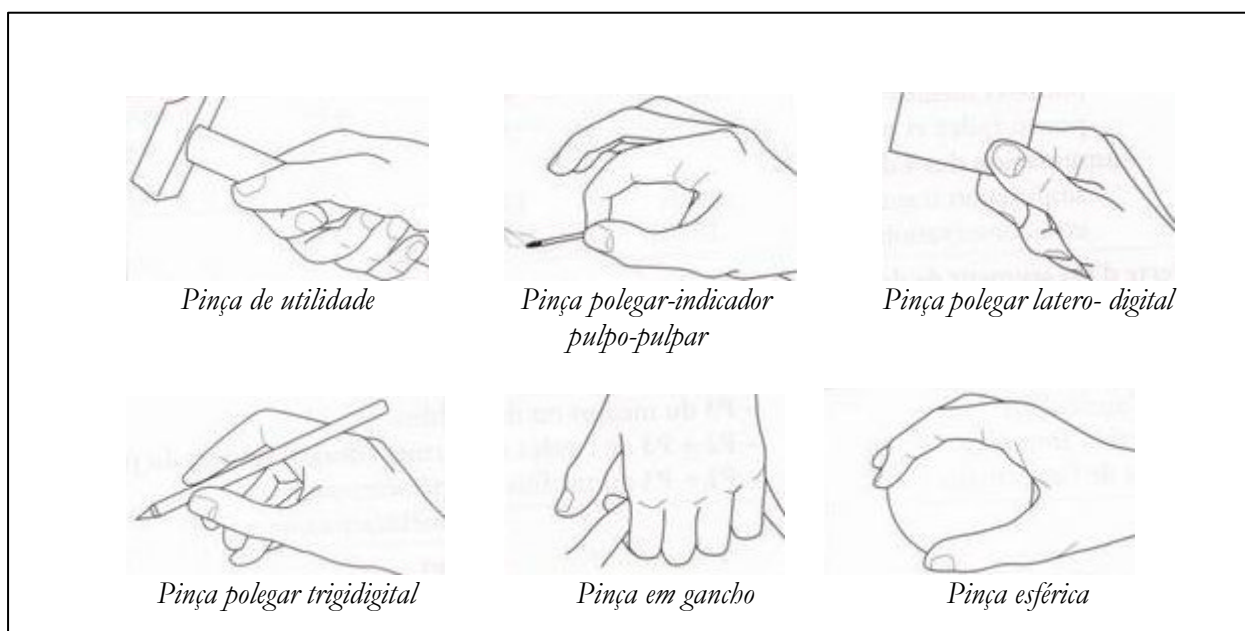
A preensão constitui a principal função da mão, a qual depende da eficácia das pinças (finas e grossas), pressupondo a conservação do comprimento, mobilidade e sensibilidade dos dedos.

O exame objectivo da mão deverá 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, deverá ser considerado, entre outros aspectos, o lado dominante e o prejuízo funcional e para as AVD.

Figura 1. Principais pinças



3. Amputações

3.1.1. Amputação da mão

3.1.1.1. Amputação total	35 a 40%
3.1.1.2. Amputação transmetacárpica com conservação do polegar	18 a 20%
3.1.1.3. Amputação metacarpo-falângica com conservação do polegar	15 a 17%

3.1.2. 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.

3.1.2.1. Polegar	
3.1.2.1.1. Perda do metacárpico e das 1ª e 2ª falanges	17 a 20%
3.1.2.1.2. Perda das 1ª e 2ª falanges	11 a 15%
3.1.2.1.3. Perda da 2ª falange	5 a 10%
3.1.2.2 Segundo e terceiro dedos	
3.1.2.2.1. Perda do metacárpico e/ou das 1ª, 2ª e 3ª falanges	5 a 8%
3.1.2.2.2. Perda da 2ª e 3ª falange	3 a 4%
3.1.2.2.3. Perda da 3ª falange	1 a 2%
3.1.2.3. Quarto dedo e quinto dedos	
3.1.2.3.1. Perda do metacárpico e/ou das 1ª, 2ª e 3ª falanges	4 a 5%
3.1.2.3.2. Perda da 2ª e 3ª falange	2 a 3%
3.1.2.3.3. Perda da 3ª falange	1%

3.2. Anquiloses e rigidez

3.2.1. 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).

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	2%	4%	3%	---
2º dedo	---	1%	1%	1%
3º dedo	---	1%	1%	1%
4º dedo	---	1%	1%	---

5º dedo	---	1%	1%	---
---------	-----	----	----	-----

3.2.2. 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 2º e 3º dedos: 20 a 80º; para os 4º e 5º dedos: 30 a 90º; IFD - 20 a 70º).

3.2.3. Sinergia

Quando haja compromisso de mais de um dedo, existindo entre des um efeito sinérgico, a valorização terá sempre de atender a que no caso da pinça fina, um dos dedos terá de ser sempre o polegar.

Se os dedos afectados estão amputados, o valor sinérgico deverá 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 deverá ser superior à soma aritmética das anquiloses, mas inferior à soma aritmética das amputações desses dedos.

3.3. 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%.

3.3.1. Anestesia

A taxa corresponde a 66% da taxa prevista para a perda anatómica do ou dos segmentos do(s) dedo(s) atingido(s).

3.3.2. 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).

C. MEMBRO INFERIOR

Nos casos em que exista um intervalo para os coeficientes propostos, deverá ser considerado, entre outros aspectos, o prejuízo funcional e para as AVD.

4. 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 deverão à tolerância à mesma e ao seu resultado funcional. Os pontos não poderão, contudo, ultrapassar o valor correspondente à amputação a um nível superior.

No caso de amputação bilateral o valor máximo será de 65 pontos, sendo os restantes valores calculados em função do nível de amputação.

4.1. Desarticulação da anca ou amputação alta da coxa não aparelhada	60
4.2. Desarticulação unilateral da anca ou amputação alta da coxa sem apoio isquiático	55
4.3. Amputação da coxa	50
4.4. Desarticulação do joelho	40
4.5. Amputação da perna	30
4.6. Amputação da tíbio-társica (Syme)	25
4.7. Amputação társica	20
4.8. Amputação médio-társica (Chopart)	12
4.9. Amputação tarso-metatarsica (Lisfranc)	10
4.10. Amputação dos 5 dedos do pé e do 1º metatársico	8
4.11. Amputação do 1º dedo e do 1º metatársico	4
4.12. Amputação de uma ou das duas falanges do 1º dedo	2 a 3
4.13. Amputação de um ou mais dos outros dedos	1 a 2

5. Anquiloses e rigidez

5.1. 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.

5.1.1. Artrodese ou anquilose em posição funcional

No que se refere às anquiloses em posição não funcional, os pontos a atribuir poderão ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

5.1.1.1. Anca

30 a 35

(de acordo com o compromisso da marcha)

5.1.2. Rigidez

No que se refere à rigidez cerrada, os pontos a atribuir poderão ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

5.1.2.1. Perda total da flexão

17

5.1.2.2. Flexão

13

5.1.2.2.1. Limitada a 30°

7

5.1.2.2.2. Limitada a 70°

4

5.1.2.2.3. Limitada a 90°

5.1.2.3. Perda total da extensão

2

5.1.2.4. Flexão irreductível de 20°

4

5.1.2.5. Perda total da abdução

6

5.1.2.6. Perda total da adução

1

5.1.2.7. Perda total da rotação externa

3

5.1.2.8. Perda total da rotação interna

1

5.2. 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.

5.2.1. Artrodese ou anquilose em posição funcional

No que se refere às anquiloses em posição não funcional, os pontos a atribuir poderão ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

5.2.1. Joelho

(de acordo com o compromisso da marcha)

23 a 25

5.2.2. Rigidez

No que se refere à rigidez cerrada, os pontos a atribuir poderão ter um valor superior, de acordo com as repercussões nas AVD, sempre que não seja possível a correcção cirúrgica, e tendo como limite máximo o da amputação.

5.2.2.1. Flexão *(arco possível a partir da extensão completa)*

5.2.2.1.1. Limitada a 30°	20
5.2.2.1.2. Limitada a 50°	15
5.2.2.1.3. Limitada a 70°	10
5.2.2.1.4. Limitada a 90°	5
5.2.2.1.5. Limitada a 110°	2

5.2.2.2. Extensão *(arco em défice)*

5.2.2.2.1. De 10°	3
5.2.2.2.2. De 15°	5
5.2.2.2.3. De 20°	10
5.2.2.2.4. De 30°	20

5.2.3. Instabilidades

5.2.3.1. Lateral	1 a 10
------------------	--------

5.2.3.2. Anterior	2 a 10
-------------------	--------

5.2.3.3. Posterior	3 a 12
--------------------	--------

5.2.3.4. Instabilidade mista <i>(com compromisso simultâneo de vários grupos ligamentares)</i>	10 a 17
--	---------

5.2.4. Desvios axiais

5.2.4.1. Genu valgum

5.2.4.1.1. Até 10°	1 a 3
5.2.4.1.2. De 10 a 20°	4 a 10
5.2.4.1.3. Acima de 20° (<i>raramente é funcional</i>)	11 a 20

5.2.4.2. Genu varum

5.2.4.2.1. Até 10°	1 a 3
5.2.4.2.2. De 10 a 20°	4 a 10
5.2.4.2.3. Acima de 20° (<i>raramente é funcional</i>)	11 a 20

5.2.5. Síndromes fêmuro-patellares

Síndromes fêmuro-patellares	1 a 8
-----------------------------	-------

5.2.6. Sequelas de lesões meniscais

Sequelas de lesões meniscais	1 a 5%
------------------------------	--------

5.3. Tibio-társica e pé

5.3.1. 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.

5.3.1.1. Artrodese ou anquilose em posição funcional

em função do compromisso da marcha	8 a 10
------------------------------------	--------

5.3.1.2. Rigidez

5.3.1.2.1. Perda total da flexão plantar	5
5.3.1.2.2. Perda total da flexão dorsal	5
5.3.1.2.3. Flexão plantar	
5.3.1.2.3.1. De 0 a 10°	5
5.3.1.2.3.2. De 0 a 20°	4
5.3.1.2.3.3. De 0 a 30°	2
5.3.1.2.4. Flexão dorsal	
5.3.1.2.4.1. De 0 a 5°	5
5.3.1.2.4.2. De 0 a 10°	3
5.3.1.2.4.3. De 0 a 15°	1
5.3.1.2.5. Equinismo ou pé talo irredutível	1 a 12

5.3.1.3. Laxidez

Se documentada	2 a 5
----------------	-------

5.3.2. 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.

5.3.2.1. Artrodese ou anquilose em posição funcional

Em função do compromisso da marcha e do ortostatismo	7 a 9
--	-------

5.3.2.2. Rigidez

Em função do compromisso da marcha e do ortostatismo	2 a 3
--	-------

5.3.3. Articulações médio-társica (Chopart) e tarso-metatarsica (Lisfranc)

5.3.3.1. Artrodese ou anquilose em posição funcional

Em função do compromisso da marcha	4 a 6
------------------------------------	-------

5.3.3.2. Rigidez

Em função do compromisso da marcha	2 a 3
------------------------------------	-------

5.3.4. Articulações metatarso-falângicas – dedos do pé

5.3.4.1. Anquiloses e rigidez

Para determinar os pontos, o perito deverá ter em conta que o limite máximo corresponde à amputação pelo nível respectivo.

5.3.5. Anquiloses e rigidez combinadas

No que se refere a estas sequelas, quando associadas, os pontos a atribuir poderão ter um valor superior, de acordo com as repercussões funcionais e nas AVD, tendo como valor limite o da amputação do segmento superior.

6. Dismetrias

A avaliação de alongamentos e encurtamentos dos membros inferiores é efectuada sem ter em conta a compensação por ortótese.

6.1. Igual ou superior a 5cm	6 a 8
6.2. Superior a 3cm e inferior a 5cm	4 a 5
6.3. Superior a 1cm e até 3cm	2 a 3

D. COLUNA VERTEBRAL

7. Coluna cervical

7.1. Sem lesão óssea ou disco-ligamentar documentada <i>(dores intermitentes, implicando medicação analgésica e/ou antiinflamatória, com reduzido compromisso da mobilidade)</i>	1 a 3
7.2. Com lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas	
7.2.1. Dores muito frequentes e/ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada	10 a 15
7.2.2. Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional	4 a 9
7.2.3. Artrodese ou anquilose sem outras queixas, segundo o número de níveis	3 a 10

8. Coluna torácica (dorsal), lombar e charneira lombo-sagrada

8.1. Sem lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas <i>(dores intermitentes, implicando medicação analgésica e/ou antiinflamatória, com reduzido compromisso da mobilidade)</i>	1 a 3
8.2. Com lesões ósseas ou disco-ligamentares documentadas	
8.2.1. Coluna torácica ou dorsal	
8.2.1.1. Dores muito frequentes e/ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada	7 a 10
8.2.1.2. Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional	3 a 6
8.2.2. Coluna lombar e charneiras toraco-lombar e lombo-sagrada	
8.2.2.1. Dores muito frequentes e/ou intensas, com acentuada limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica continuada	8 a 12
8.2.2.2. Dores frequentes com limitação funcional clinicamente objectivável, implicando terapêutica ocasional	3 a 7

9. Coccix

9.1. Coccicodínia	1 a 2
--------------------------	--------------

E. BACIA

10. Dores pós-fracturárias de um ramo isquio-púbico	1 a 2
11. Dores e/ou instabilidade da sínfise púbica	2 a 5
12. Dores relacionadas com diástase ou fractura sacro-iliaca	2 a 5
13. Dores e instabilidade da sínfise púbica e da articulação sacro-iliaca associadas	
13.1. Sem alteração da estática da bacia nem compromisso da marcha	5 a 8
13.2. 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.

14. Membro superior

14.1 Cintura escapular

14.1.1. Artrose pós-traumática (<i>inclui limitações funcionais e dor</i>)	1 a 5
14.1.2. Ombro doloroso	Até 3
14.1.3. Osteoartrite séptica crónica (<i>segundo as limitações funcionais e dor</i>)	18 a 20
14.1.4. Luxação recidivante inoperável (<i>segundo as limitações funcionais</i>)	3 a 13

14.2. Clavícula

14.2.1. Luxação acrómio-clavicular / esterno-clavicular inoperável	1 a 3
14.2.2. Pseudartrose inoperável da clavícula (<i>segundo as limitações funcionais</i>)	1 a 3

14.3. Braço

14.3.1. Pseudo-artrose inoperável do úmero (<i>segundo as limitações funcionais</i>)	10 a 15
14.3.2. Osteíte/osteomielite crónica do úmero	10 a 15
14.3.3. Consolidação em rotação e/ou angulação do úmero superior a 10°	1 a 3

(segundo as limitações funcionais)

14.4. Cotovelo

14.4.1. Artrose pós-traumática <i>(inclui limitações funcionais e dor)</i>	1 a 5
14.4.2. Cotovelo doloroso	1 a 3
14.4.3. Osteoartrite séptica crónica <i>(segundo as limitações funcionais e dor)</i>	18 a 20

14.5. Antebraço

14.5.1. Consolidação em rotação e/ou angulação de mais de 10°	1 a 3
14.5.2. Pseudo-artrose inoperável do cúbito e rádio <i>(segundo as limitações funcionais)</i>	10 a 15
14.5.3. Pseudo-artrose inoperável do cúbito <i>(segundo as limitações funcionais)</i>	6 a 8
14.5.4. Pseudo-artrose inoperável do rádio <i>(segundo as limitações funcionais)</i>	8 a 10
14.5.5. Osteomielite/osteíte de ossos do antebraço	6 a 10
14.5.6. Retracção isquémica de Volkmann	25 a 30
14.5.7. Punho doloroso / atrose do punho	1 a 3

14.6. Punho

14.6.1. Artrose pós-traumática de articulações metacarpo-falângicas e/ou interfalângicas / mão dolorosa	1 a 3
14.6.2. Síndrome residual pós-algodistrofia da mão <i>(permanente)</i>	3 a 5

15. Membro inferior

15.1. Anca

15.1.1. Artrose pós-traumática <i>(inclui limitações funcionais e dor)</i>	1 a 10
15.1.2. Anca dolorosa	1 a 3
15.1.3. Osteoartrite séptica crónica <i>(segundo as limitações funcionais e dor)</i>	20 a 25

15.2. Fémur

15.2.1. Osteomielite / osteíte crónica	14
15.2.2. Pseudo-artrose inoperável <i>(segundo as limitações funcionais)</i>	18 a 20
15.2.3. Consolidação em rotação e/ou angulação	
15.2.3.1. Até 10°	1 a 3
15.2.3.2. Mais de 10°	4 a 8

15.3. Joelho

15.3.1. Osteoartrite crónica <i>(segundo as limitações funcionais)</i>	18 a 20
15.3.2. Artrose pós-traumática <i>(segundo as limitações funcionais e dor)</i>	1 a 8
15.3.3. Joelho doloroso	1 a 3

15.4. Perna

15.4.1. Osteomielite / osteíte da tíbia e perónio	12
15.4.2. Pseudo-artrose da tíbia <i>(segundo as limitações funcionais)</i>	14 a 17

15.5. Tíbio-társica / Pé

15.5.1. Talalgia	1 a 3
15.5.2. Metatarsalgia	1 a 3
15.5.3. Artrose das articulações do pé (Chopart-Lisfranc)	1 a 5

16. Tórax

16.1. Dores inter-costais – pós-fractura de arcos costais/esterno	1 a 3
---	-------

17. Coluna vertebral

17.1. Artrose pós-traumática sem antecedentes a nível cervical, dorsal e lombra <i>(inclui dores)</i>	1 a 5
17.2. Agravamento de artrose prévia ao traumatismo	1 a 3
17.3. Fractura em cunha / achatamento vertebral	
17.3.1. Até 50%	1 a 3
17.3.2. Mais de 50%	4 a 7
17.4. Alterações da estática vertebral (cifose, escoliose, lordose) <i>(segundo o arco de curvatura e graus)</i>	1 a 12

18. Pelvis

Estreitamento pélvico sem possibilidade de parto por via baixa	4
--	---

IV.sistema cárdio respiratório

IV. SISTEMA CÁRDIO-RESPIRATÓRIO

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

1.1. Sintomatologia funcional mesmo em repouso <i>(confirmada por dados clínicos e para-clínicos; exigências terapêuticas muito importantes e hospitalizações frequentes; fracção de ejeção <20%)</i>	81 a 90%
1.2. Limitação funcional para esforços moderados <i>(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%)</i>	66 a 80%
1.3. Idem com exigência terapêutica considerável <i>(com ou sem perturbações do ritmo associadas; fracção de ejeção 25 a 30%)</i>	41 a 65%
1.4. Limitação funcional com implicações na actividade diária (marcha rápida) <i>(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%)</i>	31 a 40%
1.5. Limitação funcional alegada para esforços comuns (2 andares) <i>(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%)</i>	21 a 30%
1.6. Limitação funcional alegada para esforços significativos <i>(com sinais de disfunção miocárdica, exigências terapêuticas e vigilância próxima; fracção de ejeção 40 a 50%)</i>	11 a 20%
1.7. Limitação funcional alegada para esforços importantes (desporto) <i>(sem sinais de disfunção ou isquémia miocárdica, com necessidades terapêuticas e vigilância regular; fracção de ejeção 50 a 60%)</i>	3 a 10%

1.8. Sem limitação funcional

(boa tolerância ao esforço; segundo as necessidades terapêuticas e/ou vigilância regular; fração 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.

2. 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 deverá ter em conta a importância da insuficiência respiratória crónica que será 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	<i>Dispneia para esforços importantes acima do 2º andar</i>
2	<i>Dispneia na marcha em inclinação ligeira ou na marcha rápida, ou subir a um 1º andar</i>
3	<i>Dispneia na marcha normal em terreno plano</i>
4	<i>Dispneia na marcha lenta</i>
5	<i>Dispneia ao mínimo esforço</i>

3. Perda anatómica total ou parcial de um pulmão

3.1. Perda total	15%
3.2. Perda lobar	5%

Estas taxas são acumuláveis com a taxa correspondente à eventual insuficiência respiratória associada.

4. Insuficiência respiratória crónica

4.1. 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 (PaO₂) inferior a 60 mm Hg associada ou não a uma alteração da capnia (PaCo₂) com eventual necessidade de oxigenoterapia de longa duração (>15h/dia) ou de uma traqueostomia ou de uma assistência ventilatória intermitente. **51 a 90%**

4.2. 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% **31 a 50%**
- ? VEMS entre 40 e 60%

? *hipoxémia de repouso (PaO₂) entre 60 a 70mmHg*

4.3. Dispneia na marcha normal em superfície plana, em que se verifique uma das seguintes condições:

- ? *CV ou CPT entre 60 e 70%* **15 a 30%**
- ? *VEMS entre 60 e 70%*
- ? *DLCO/VA inferior a 60%*
-

4.4. 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%* **6 a 15%**
- ? *VEMS entre 70 e 80%*
- ? *DLCO/VA entre 60 e 70%*
-

4.5. 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

1 a 3%

V. sistema vascular

V. SISTEMA VASCULAR

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 deverá ter em conta as exigências terapêuticas e/ou a vigilância médica.

1. Arteriais

1.1. Membro inferior

1.1.1. <i>Queixas de esforço com claudicação</i>	5 a 10%
1.1.2. <i>Queixas em repouso (dores isquémicas espontâneas)</i>	11 a 20%
1.1.3. <i>Queixas em repouso (dores isquémicas espontâneas com necrose do tecido que pode chegar à amputação)</i>	21 até 50% (Cap.III.C. 4.3)

1.2. 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 deverão ser avaliadas tendo em conta um eventual estado anterior

2.1. Perturbação na marcha prolongada com edema permanente mensurável, necessitando de uso continuado de meia elástica de contenção; lesões tróficas e úlceras recidivantes	11 a 20%
2.2. Perturbação na marcha prolongada com edema permanente mensurável, necessitando de uso continuado de meia elástica de contenção	5 a 10%
2.3. Sensação de pernas pesadas com edema vespertino verificável	1 a 4%

3. Linfáticas (ou linfoedema)

3.1. Membro superior	1 a 10%
3.2. Membro inferior	Ver sequelas venosas

B. Baço

1. Esplenectomia total, com exigências terapêuticas	6 a 15%
2. Esplenectomia total, assintomática	5%

VI. sistema digestivo

VI. SISTEMA DIGESTIVO

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 (<i>colostomia, ileostomia</i>)	30%
2. Incontinência fecal	
2.1. Sem possibilidade de controlo terapêutico	45%
2.2. 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

3.1. Síndrome de malabsorção	50 a 60%
3.2. Necessitando acompanhamento médico frequente , tratamento contínuo e exigências dietéticas estritas com repercussão no estado geral	21 a 30%
3.3. Necessitando acompanhamento médico regular , tratamento quase contínuo e exigências dietéticas estritas com incidência social	11 a 20%
3.4. Necessitando acompanhamento médico periódico , tratamento intermitente, precauções dietéticas, e sem repercussões sobre o estado geral	1 a 10%

C. HÉRNIAS E ADERÊNCIAS

As hérnias são corrigíveis cirurgicamente, podendo todavia persistir aderências a valorizar segundo as repercussões funcionais, numa taxa entre **5 a 10%**

VII. sistema urinário

VII. SISTEMA URINARIO

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

1. Perda de um rim <i>(a taxa corresponde à perda de um órgão interno dentro do contexto psicológico e cultural; sem indicação de transplante, função renal normal ou manutenção do estado anterior)</i>	15%
--	------------

2. Insuficiência renal

2.1. Clearance de creatinina inferior a 10ml/mn <i>(necessidade de tratamento por diálise num centro ou auto-diálise, segundo as complicações)</i>	36 a 65%
2.2. Clearance de creatinina entre 10 e 30 ml/mn <i>(alteração do estado geral; dieta muito condicionada e consideráveis limitações terapêuticas)</i>	25 a 35%
2.3. Clearance de creatinina entre 30 e 60 ml/mn <i>(astenia; necessidade de dieta e de tratamento médico rigoroso)</i>	15 a 25%
2.4. Clearance de creatinina entre 60 e 80 ml/mn <i>(em função da dieta alimentar, das alterações do estado geral e dos tratamentos a seguir)</i>	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

Segundo tolerância aos corticóides e imunodepressores. <i>Caso deste resulte, também, insuficiência renal, acrescem as taxas contempladas no artigo 2 deste capítulo.</i>	10 a 20%
--	-----------------

B. INCONTINÊNCIA

4. Sem possibilidade de controlo terapêutico	30%
5. Com possibilidade de controlo terapêutico	Até 10%

C. ESTOMIA

6. Com necessidade de material apropriado	15%
---	------------

VIII. sistema reprodutor

VIII. SISTEMA REPRODUTOR

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

1.1. Histerectomia (sem consequências a nível da reprodução)	5%
1.2. Ooforectomia	
1.2.1. Unilateral	5%
1.2.2. Bilateral (sem consequências a nível da reprodução)	6%
1.3. Mastectomia	
1.3.1. Bilateral	16 a 25%
1.3.2. Unilateral	10 a 15%

2. Esterilidade

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

3.1. Orquidectomia

3.1.1. Unilateral

5%

3.1.2. Bilateral (sem consequências a nível da reprodução)

6%

3.2. Perda do pénis

40%

4. Esterilidade

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 será de 45%.

30%

5. Disfunção erétil

Em função da avaliação clínica e do resultado dos exames complementares de diagnóstico

5 a 15%

ix. sistema glandular endócrino

IX. SISTEMA GLANDULAR ENDÓCRINO

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

Os problemas relativos ao nexo 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 será feita em função da adaptação ao tratamento, do seu controlo e da sua eficácia.

A. HIPÓFISE

1. 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%

2. Diabetes insípida

(em função do controlo da poliúria e polidipsia e da eficácia terapêutica)

5 a 20%

B. TIRÓIDE

3. Hipotireoidismo

(excepcionalmente pós-traumático, podendo resultar como sequela de tratamento do hipertireoidismo)

1 a 5%

C. PARATIRÓIDE

5. 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

6. Diabetes insulino-dependente

O aparecimento deste tipo de diabetes coloca frequentemente problemas de nexo de causalidade, a não ser quando resulta de lesões pancreáticas major.

A taxa será 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.

6.1. Diabetes mal compensada

(com repercussão sobre o estado geral, necessitando de vigilância clínica constante)

20 a 40%

6.2. Diabetes bem compensada

(por insulino-terapia simples, em função das perturbações resultantes da vigilância clínica)

15 a 19%

Em casos de complicações com sequelas definitivas, devem estas ser avaliadas no âmbito das respectivas especialidades.

E. SUPRA-RENAIS

7. Insuficiência supra-renal

(valorizável em função da perturbação relacionada com a terapêutica e vigilância clínica)

10 a 25%

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.

F. GÓNADAS

De acordo com o resultado da terapêutica de substituição.

10 a 25%

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.

x. sistema cutâneo

X. SISTEMA CUTÂNEO

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 deverão 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.

1. Inferior a 10%	1 a 10%
2. De 10 a 20%	5 a 15%
3. De 21 a 60%	10 a 30%
4. Mais de 60%	25 a 50%