



# Estratégias para concessão da **Aposentadoria da Pessoa com Deficiência**

*Braian Santos*

# Introdução

18.600.000 de pessoas possuem alguma deficiência física, mental, intelectual ou sensorial no Brasil.

47,2% destas pessoas possui 60 anos ou mais.

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37317-pessoas-com-deficiencia-tem-menor-acesso-a-educacao-ao-trabalho-e-a-renda>

## 13 - Direito Previdenciário

|        | Atividades  | Valores mínimos                                      | Percentuais mínimos  |
|--------|---|--|--|
| 13.1   | Fase Administrativa   |  |  |
| 13.1.1 | Concessão ou restabelecimento de aposentadoria, auxílio - acidente, pensão por morte e benefícios assistenciais (BPC) | 03 (três) parcelas do valor total bruto do benefício | Até 30% do Provento Econômico. Vide Item 11 das Normas Gerais. |

# Introdução

Evolução do Conceito de Deficiência

Lei Complementar nº 142/2013

Lei nº 13.146/2015

Quem define o Grau de Deficiência?

Conversão de Tempo de Serviço Comum

Aposentadoria da Pessoa com Deficiência por Tempo de Contribuição

Aposentadoria da Pessoa com Deficiência por Idade

Acréscimo de 25% na Aposentadoria

# CURRÍCULO



**@oabbarreiro**  
**@comissao.prev.oabbarreiro**  
**@braiansantos.adv**



**@braiansantosadv**



**braiansantosadv.com.br**



## **Braian Santos Costa**

Advogado Previdenciário

Graduado em Direito

Especialista em Direito Previdenciário

Especialista em Direito do Trabalho

Atua exclusivamente com Direito  
Previdenciário desde 2010

Presidente da Comissão de Direito  
Previdenciário OAB Barreiro

## Quem tem direito?

A Aposentadoria da Pessoa com Deficiência é um **benefício previdenciário** que pode ser pago aos segurados do INSS que têm **impedimento de longo prazo**.

Impedimento de longo prazo = **Superior a 2 anos**.

Estes impedimento podem afetar a mente, o corpo, a capacidade de aprendizado ou os sentidos, caracterizando os obstáculos sociais e barreiras que dificultam sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

Por isto, a legislação, **Lei nº 13.146/2015**, prevê uma **aposentadoria diferenciada para a pessoa com deficiência**.



# Deficiência ≠ Incapacidade

| Deficiência  | Incapacidade  |
|--|---|
| Segurado(a) possui impedimento de longo prazo (+2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, com interação com uma ou mais barreiras. | Segurado(a) que possui sequela de acidente ou doença, que o(a) incapacita de forma permanente, sem possibilidade de reabilitação. |
| <b>Não impede</b> o exercício de atividade profissional.   | <b>Impede</b> o exercício de atividade profissional.  |

## Atividade como PCD

É necessário comprovar a existência da deficiência durante o **período mínimo de 15 anos** de tempo de contribuição, mas **não é necessário cadastro em atividade como PCD**.

# Atividade como PCD

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Secretaria de Políticas Públicas de Emprego

Coordenação Geral de Estatísticas do Trabalho

RELAÇÃO ANUAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS - RAIS - Ano-Base: 2018

Relatório Completo do Trabalhador

VÍNCULOS

PIS/PASEP: [REDACTED]

CPF: [REDACTED]

Raça/Cor: 2 - Branca

Grau de Instrução: 7 - Ensino médio completo

Nome: [REDACTED]

Carteira de Trabalho/Série: [REDACTED]

Sexo: Masculino

Pessoa com Deficiência: 6 - Reabilitado

Local de Trabalho: Belo Horizonte

Ano Chegada: [REDACTED]

Nacionalidade: 10 - Brasileira

Nascimento: 05/08/1965

PIS convertido/renumerado: [REDACTED]

CNPJ: 60.746.948/6347-15

Razão Social: BANCO BRADESCO S A

CEI Vinculado:

Data Admissão: 15/12/1986

Tipo de Admissão: 1 - Admissão de empregado no primeiro emprego (com registro)

Tipo salário: 1 - Mensal

Horas Semanais: 30

Salário contratual/Vencimento Básico: 6.995,04

Alvará Judicial: NÃO TEM ALVARÁ JUDICIAL PARA TRABALHAR

CBO: 41321-0 - Caixa de banco

Tipo de Vínculo: 10 - Trab urb vinc empregador pes jurídica p/cont trabalho reg p/CLT, por prazo indeterminado.

De

Até

Motivo

1)

2)

3)

Quantidade de dias

Data /

Valor do Aviso Prévio

Causa -

|           | Remuneração | Hora extra |          | Remuneração | Hora extra | Verbas Pagas na Rescisão |     |          |
|-----------|-------------|------------|----------|-------------|------------|--------------------------|-----|----------|
| Janeiro   | 3.916,43    |            | Julho    | 6.785,20    |            | Banco de Horas           | 00  | 0,00     |
| Fevereiro | 3.934,12    |            | Agosto   | 9.552,48    |            | Reajuste Coletivo        | 00  | 0,00     |
| Março     | 4.159,24    |            | Setembro | 7.317,59    |            | Gratificações            | 00  | 0,00     |
| Abril     | 6.785,20    |            | Outubro  | 7.256,19    |            | Férias Indenizadas       |     | 0,00     |
| Mai       | 8.035,42    |            | Novembro | 8.016,90    |            | Multa Rescisória         |     | 0,00     |
| Junho     | 6.791,30    |            | Dezembro | 7.422,32    |            | Adiantamento 13º         | Mai | 1.929,60 |
|           |             |            |          |             |            | Complemento 13º          | Dez | 5.065,44 |



# Atividade como PCD



Ao responsável pelo Posto de Saúde xxx,

Solicito ao responsável pelo Posto de Saúde xxx, cópia de toda a documentação em seu poder para que o(a) Sr(a). Nome Completo possa comparecer junto à Agência da Previdência Social com toda a documentação que ateste sua deficiência.

O(A) Sr(a). Nome Completo, conforme Receituário Médico anexo, faz acompanhamento neste Posto de Saúde, desde xxxx, alegando início em xxx.

No mais, o procurador que ao final subscreve, informa que é imprescindível para a concessão do benefício previdenciário, os documentos que comprovem a situação clínica, sendo-os **Relatórios Médicos, Exames, Prontuário Médico, Receita Médica**, e quaisquer outros que comprovem.

Por fim, na impossibilidade de fornecimento de tais documentos, requer a emissão de declaração do Posto de Saúde atestando sua responsabilidade pelo não fornecimento dos referidos documentos.

Cordialmente,

Cidade, xx de xx de xxxx.

Braian Santos Costa  
OAB/MG n.º 156.612



Cidade, xx de xx de xxxx.

REF.: REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Prezado(a) Sr(a). Diretor(a):

Sirvo-me do presente para requerer a Vossa Senhoria, **cópia integral de meu prontuário médico junto a esta unidade**, para fins de comprovação da situação clínica.

Solicito ainda, cópia integral dos atendimentos clínicos e prontuários realizados, ao qual realizo tratamento.

Para tanto, informo meus dados abaixo:

NOME: NOME COMPLETO  
CPF: xxx.xxx.xxx-xx  
ENDEREÇO: xxx  
TELEFONE: (xx) xxx

Certa de vossa compreensão, subscrevo a presente no aguardo da documentação.

Atenciosamente,

NOME DO(A) PACIENTE  
CPF xxx.xxx.xxx-xx

BRAIAN SANTOS COSTA  
OAB/MG 156.612

# Atividade como PCD

## Clínica de Olhos Dr. José Ricardo Alvares Paiva

HOSPITAL SEMPER - Alameda Ezequiel Dias, 389/2º - Fone (31) 3248-3124

Dra. Alba Regina  
Stehling Fernandes  
CRM MG 17541  
3273-0945

Dra. Cristina Helena  
Toledo de Paula  
CRM MG 18455  
3273-0945

Dra. Juliana  
Lambert Orefice  
CRM MG 26827  
3295-1944

Dra. Luciana  
Meirelles Franklin  
CRM MG 31684  
3248-3124

Dra. Miriam Débora  
Martins Magalhães  
CRM MG 17536  
3274-8101

Dr. Pindaro Dias  
Massote  
CRM MG 20569  
3273-8141

Dr. Renato Cruz  
Laender  
CRM MG 6167  
3282-3300


Peço: Angiografia OD

Trata-se de paciente portador de ruptura de coroide em OD há  
6 anos. AV cd a 4 mt em OD e 20/25 mem OE. PO 15mmHg AO

Atenciosamente,

BELO HORIZONTE, 4 de agosto de 2003

Dr(a).

  
Fábio N. Kanedani  
CRM 35482

## CENTRO OFTALMOLÓGICO DE MINAS GERAIS

## DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO

Nº 27760

Hosp. N.º NPS

Nome: Nelson de AlmeidaIdade: 20 anos Cór: 18/04/86Nome do responsável: Paulo Roberto de AlmeidaEndereço: Rua 147, 678

## ANTECEDENTES:

Gravidez: Sem limitações para os AVD's (Atividade de Vida Diária)Parto: Vide grávidaHereditários: Sem limitações

## HISTÓRIA:

Idade e modo de início: Foi notado desde o nascimentoFaz exame aos 10 anos e mandaram paraEvolução: a cirurgia mas não fezAtualmente quer operar.Sintomas: 

## TRATAMENTO PRÉVIO:

Óculos: -Oclusão: -Exercícios: -Operações: -Outros: -

## ANOTAÇÕES:

Dr. Mario das GraçasSERVICO DE ARQUIVO MEDICO  
Centro Oftalmológico de Minas Gerais  
CNPJ: 17.357.641/0001-09

## LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA

De acordo com os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei 13.146/2015, Lei 12764/12, Decreto 3.298/1999 e da Instrução Normativa SIT/ MTE n.º 98 de 15/08/2012.

Nome: Nelson de Almeida CPF: 37710115CID: 8 Origem da deficiência: ☒ Congênita ☐ Acidente/Doença do. trabalho ☐ Acidente comum ☐ Doença comum ☐ Adquirida pós operatório

Descrição detalhada dos impedimentos (alterações) nas funções e estruturas do corpo (física, auditiva, visual, intelectual e mental - psicossocial). Utilizar folhas adicionais, se necessário. Adicionar as informações e exames complementares solicitados abaixo para cada tipo de deficiência

VMN/Amblíopia - OE

Descrição das limitações no desempenho de atividades da vida diária e restrições de participação social, (Informar se necessita de apoios – órteses, próteses, softwares, ajudas técnicas, cuidador etc.). Utilizar folhas adicionais, se necessário.

Sem limitações para os AVD's (Atividade de Vida Diária)☐ I- Deficiência Física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> paraplegia                                     | <input type="checkbox"/> paraparesia                     |
| <input type="checkbox"/> monoplegia                                     | <input type="checkbox"/> monoparesia                     |
| <input type="checkbox"/> tetraplegia                                    | <input type="checkbox"/> tetraparesia                    |
| <input type="checkbox"/> triplegia                                      | <input type="checkbox"/> triparesia                      |
| <input type="checkbox"/> hemiplegia                                     | <input type="checkbox"/> hemiparesia                     |
| <input type="checkbox"/> ostomia  | <input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro |
| <input type="checkbox"/> paralisia cerebral                             |  |
| <input type="checkbox"/> membros com deformidade congênita ou adquirida |  |
| <input type="checkbox"/> nanismo (altura: _____)                        |  |
| <input type="checkbox"/> outras - especificar: _____                    |  |

☒ III a- Visão Monocular- conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira legal em um olho, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) (ou cegueira declarada por oftalmologista).

Obs: Anexar laudo oftalmológico

☐ IV- Deficiência Intelectual- funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> a) - Comunicação;                          |
| <input type="checkbox"/> b) - Cuidado pessoal;                      |
| <input type="checkbox"/> c) - Habilidades sociais;                  |
| <input type="checkbox"/> d) - Utilização de recursos da comunidade; |
| <input type="checkbox"/> e) - Saúde e segurança;                    |
| <input type="checkbox"/> f) - Habilidades acadêmicas;               |
| <input type="checkbox"/> g) - Lazer;                                |
| <input type="checkbox"/> h) - Trabalho.                             |

Obs: Anexar laudo do especialista.

☐ II- Deficiência Auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz

Obs: Anexar audiograma

☐ III- Deficiência Visual

( ) cegueira - acuidade visual  $\leq 0,05$  (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;

( ) baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica;

( ) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60°

Obs: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo visual em graus.

☐ IV a- Deficiência Mental – Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, Transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (Informar no campo descritivo se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas).

Obs: Anexar laudo do especialista

☐ IV b- Deficiência Mental – Lei 12764/2012 – Espectro Autista Obs: Anexar laudo do especialista.☐ V- Deficiência Múltipla - associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)

Conclusão: A pessoa está enquadrada nas definições do artigo 2º, da Lei nº 13.146/2015-Lei Brasileira de Inclusão-Estatuto da Pessoa com Deficiência; dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Dec. 5296/2004; do artigo 1º, §2º, da Lei nº 12.764/2012, Parecer CONJUR 444/11, das recomendações da IN 98/SIT/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, promulgada pelo Decreto nº. 6.949/2009.

Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da área da saúde / Especialidade

Data:

28/10/19

Estou ciente de que estou sendo enquadrado na cota de pessoas com Deficiência /reabilitados da empresa. Autorizo a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho.

Assinatura do empregado

Dr. Mario das Graças



# Respondendo as Perguntas

1/3

# Avaliação da Deficiência

A **Lei Complementar nº 142/2013** estabelece a possibilidade de concessão tanto de Aposentadoria por Idade como Aposentadoria por Tempo de Contribuição à pessoa com deficiência.

No entanto, para a Aposentadoria por Tempo de Contribuição é necessário avaliar o **grau da deficiência** e cumprir o tempo mínimo de contribuição.

# Avaliação da Deficiência

Para definir o grau de deficiência a **LC nº 142/2013** estabeleceu a regulamentação pela **Portaria INTERMINISTERIAL AGU/MPS/MF/SEDH/MP Nº 1 de 27.01.2014** que instituiu o **Índice de Funcionalidade Brasileiro aplicado para fins de Classificação e Concessão da Aposentadoria da Pessoa com deficiência - IF-BrA**.

Esta avaliação é feita com base no conceito de funcionalidade descrito na **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**, da Organização Mundial de Saúde, com a aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para Fins de Aposentadoria – IFBrA.





JUSTIÇA FEDERAL  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DE MINAS GERAIS (JFMG)  
LAUDO MÉDICO PERICIAL

• CONSIDERAÇÕES MÉDICO PERICIAIS. RESPOSTA AOS QUESITOS:

1) O periciado é ou foi portador de doença ou lesão? Em caso afirmativo, qual (Nome e CID)?

- Cegueira em um olho (CID H54.4)

2) Com base na documentação, exames, relatórios apresentados, literatura médica ou experiência pessoal ou profissional, qual a data estimada do início da doença ou lesão e da cessação, se for o caso? Qual (mês/ano)

Lesão de longa data (desde 25 anos de idade) por lesão macular de aspecto irreversível em olho direito.

3) A doença ou lesão de que o periciando é portador, o torna incapaz para o seu trabalho ou para sua atividade habitual?

ão incapacita para atividade habitual, mas limita produtividade em função de perda de estereopsia (visão de profundidade) que a visão monocular ocasiona.

4) Caso o periciando esteja incapacitado, a incapacidade é:

a) Temporária ou permanente?

b) Total ou parcial?

Permanente e parcial.

5) Com base na documentação, exames, relatórios apresentados, literatura médica ou experiência pessoal e profissional, qual a data estimada do início da incapacidade e, sendo o caso, de sua cessação (mês/ano)?

Não incapacita para atividade habitual, mas limita produtividade em função de perda de estereopsia (visão de profundidade) que a visão monocular ocasiona.

## QUESITOS PERÍCIA MÉDICA

1. A parte autora possui algum tipo de deficiência?

2. A parte autora possui deficiência de natureza física, mental, intelectual ou sensorial ?

3. Em caso afirmativo, qual seria a data estimada do início de tal deficiência? Tal deficiência pode ser considerada de longo prazo?

4. A deficiência da parte autora implica impedimentos que podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas ?

5. A deficiência, que acomete a parte autora, pode ser considerada em grau grave, moderado ou leve?

6. Prestar outras informações que o caso requeira.



JUSTIÇA FEDERAL  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DE MINAS GERAIS (JFMG)  
**LAUDO MÉDICO PERICIAL**

## ESCALA DE AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DO DANO

### CORPO

| CORPO                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| CRÂNIO E PESCOÇO                   | x |   |   |   |   |
| FACE                               | x |   |   |   |   |
| COLUNA E MEDULA                    | x |   |   |   |   |
| TÓRAX E ABDOMEN (CONTEÚDO PÉLVICO) | x |   |   |   |   |
| MEMBROS (PELVE ÓSSEA)              | x |   |   |   |   |

### CAPACIDADES

|   | CAPACIDADES                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| POSTURA<br>DESLOCAMENTO<br>TRANSFERÊNCIAS | PERMANECER NA POSIÇÃO DE PÉ          | x |   |   |   |   |
|   | PERMANECER NA POSIÇÃO SENTADA        | x |   |   |   |   |
|   | VIRAR-SE EM POSIÇÃO DEITADA          | x |   |   |   |   |
|   | PASSAR DA POSIÇÃO DEITADA-SENTADA    | x |   |   |   |   |
|   | PASSAR DA POSIÇÃO SENTADA PARA DE PÉ | x |   |   |   |   |
|   | ANDAR OU DESLOCAR PLANO HORIZONTAL   | x |   |   |   |   |
|   | CORRER                               |   | x |   |   |   |
|   | LEVANTAR DO CHÃO                     | x |   |   |   |   |
| MANIPULAÇÃO E<br>PREENSÃO                 | PREENSÃO COM A MÃO DIREITA           | x |   |   |   |   |
|   | PREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA          | x |   |   |   |   |
|   | POSICIONAR MÃO DIREITA NO ESPAÇO     | x |   |   |   |   |
|   | POSICIONAR MÃO ESQUERDA NO ESPAÇO    | x |   |   |   |   |
| COMUNICAÇÃO                               | ORAL                                 | x |   |   |   |   |
|   | ESCRITA                              | x |   |   |   |   |
|   | GESTUAL                              | x |   |   |   |   |

|                           |                                |   |  |  |  |  |
|---------------------------|--------------------------------|---|--|--|--|--|
| COGNIÇÃO E<br>AFETIVIDADE | MEMÓRIA                        | x |  |  |  |  |
|                           | APRENDIZAGEM                   | x |  |  |  |  |
|                           | ORIENTAÇÃO                     | x |  |  |  |  |
|                           | AFETIVIDADE                    | x |  |  |  |  |
| CONTROLE<br>ESFINCTERES   | CONTROLE URINÁRIO              | x |  |  |  |  |
|                           | CONTROLE FECAL                 | x |  |  |  |  |
| SEXUALIDADE<br>PROCRIAÇÃO | TER RELAÇÕES SEXUAIS COMPLETAS | x |  |  |  |  |
|                           | PROCRIAR                       | x |  |  |  |  |

### ESCALA DE GRAVIDADE

| CORPO                          | CAPACIDADE E SITUAÇÃO                     |
|--------------------------------|---|
| 0 – sem sequelas               | 0 – sem dificuldade                       |
| 1 – sequelas mínimas           | 1 – Dificuldade mínima                    |
| 2 – sequelas médias            | 2 – Dificuldade média (ajuda técnica)     |
| 3 – sequelas importantes       | 3 – Dificuldade importante (ajuda humana) |
| 4 – sequelas muito importantes | 4 – Impossibilidade ou ajuda humana total |

### SITUAÇÕES

|                          | SITUAÇÕES                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| ATOS DA VIDA<br>DIÁRIA   | COMER E BEBER                         | x |   |   |   |   |
|                          | IR AO BANHEIRO                        | x |   |   |   |   |
|                          | FAZER HIGIENE PESSOAL                 | x |   |   |   |   |
|                          | VESTIR E DESPIR                       | x |   |   |   |   |
|                          | DEITAR E LEVANTAR-SE DA CAMA          | x |   |   |   |   |
|                          | DESLOCAR-SE DENTRO DE CASA            | x |   |   |   |   |
|                          | FAZER ATIVIDADES CASEIRAS             | x |   |   |   |   |
|                          | APANHAR UM OBJETO NO CHÃO             | x |   |   |   |   |
|                          | ESCREVER                              | x |   |   |   |   |
|                          | TELEFONAR                             | x |   |   |   |   |
|                          | GERIR SEUS PRÓPRIOS BENS              | x |   |   |   |   |
|                          | TOMAR SUA MEDICAÇÃO                   | x |   |   |   |   |
|                          | SAIR E ENTRAR DE CASA                 | x |   |   |   |   |
|                          | SUBIR OU DESCER ESCADA OU RAMPA       | x |   |   |   |   |
|                          | FAZER COMPRAS E ATIVIDADES EXTERIORES | x |   |   |   |   |
|                          | UTILIZAR MEIO DE TRANSPORTE COMUM     | x |   |   |   |   |
|                          | UTILIZAR MEIO DE TRANSPORTE PESSOAL   | x |   |   |   |   |
| VIDA AFETIVA E<br>SOCIAL | RELAÇÕES AFETIVAS COM A FAMÍLIA       | x |   |   |   |   |
|                          | RELAÇÕES AFETIVAS AMIGOS/VIZINHOS     | x |   |   |   |   |
|                          | PRATICAR ATIVIDADES DE LAZER PASSIVAS | x |   |   |   |   |
|                          | PRATICAR ATIVIDADES DE LAZER ATIVAS   | x |   |   |   |   |
|                          |                                       |   |   |   |   |   |

|   |                                       |   |   |  |  |  |
|---|---------------------------------------|---|---|--|--|--|
| VIDA<br>PROFISSIONAL<br>OU DE<br>FORMAÇÃO | EXERCER ATIVIDADE PROFISSIONAL        |   | x |  |  |  |
|   | DESLOCAR-SE PARA O TRABALHO           | x |   |  |  |  |
|   | DESLOCAR-SE PARA A ESCOLA             |   |   |  |  |  |
|   | DESLOCAR NO LOCAL DE TRABALHO/ESCOLA  | x |   |  |  |  |
|   | IR AO BANHEIRO NO TRABALHO/ESCOLA     | x |   |  |  |  |
|   | ALIMENTAR NO TRABALHO/ESCOLA          | x |   |  |  |  |
|   | ESTABELECEER BOAS RELAÇÕES TRAB./ESC. | x |   |  |  |  |

### SCORE DE CAPACIDADE E SITUAÇÃO

| SCORE | CAPACIDADE | SITUAÇÃO (com trabalho) | SITUAÇÃO (sem trabalho) |
|-------|------------|-------------------------|-------------------------|
| 0     | 0-5        | 0-5                     | 0-12                    |
| 1     | 6-13       | 6-16                    | 13-25                   |
| 2     | 14-35      | 17-43                   | 26-38                   |
| 3     | 36-64      | 44-75                   | 39-51                   |
| 4     | 65-92      | 76-108                  | 52-68                   |

|   |   |
|---|---|
| 0 | Ausência de handicap  |
| 1 | Handicap leve (sem dependência – dificuldade ou lentidão)                         |
| 2 | Handicap médio (restrições nítidas da atividade/ ajuda mecânica ou medicamentosa) |
| 3 | Handicap grave (necessidade de ajuda humana parcial)                              |
| 4 | Handicap muito grave (ajuda humana total)   |

A ESCALA DE AVALIAÇÃO TRIDIMENSIONAL DO DANO aplicada para autora resultou em **Ausência de handicap.**

#### CONCLUSÃO DO LAUDO MÉDICO PERICIAL:

- Cegueira em um olho (CID H54.4)
- De acordo com a escala tridimensional do dano autor apresentou ausência de handicap; sua **deficiência é leve.**
- A visão monocular do autor não incapacita para atividade habitual (técnico mecânico); apresenta cegueira em olho direito desde 25 anos de idade, o que ocasiona perda da função de estereopsia (visão de profundidade) que pode interferir em sua produtividade e na saúde mental.
- Ressalto ainda, Lei Nº 14.126, de 22 de março de 2021, que classifica a visão monocular como deficiência sensorial, do tipo visual.

Atenciosamente,

Médica **[Assinatura]**  
Especializada em Oftalmologia  
Especialista em Retina e Vítreo  
Médica Perita

# Respondendo as Perguntas

2/3



# Requisitos

## Aposentadoria da Pessoa com Deficiência por Tempo de Contribuição

- **Grau Grave: 25 anos**, se homem **e 20 anos**, se mulher
- **Grau Médio: 29 anos**, se homem **e 24 anos**, se mulher
- **Grau Leve: 33 anos**, se homem **e 28 anos**, se mulher
- **15 anos de tempo de contribuição com a deficiência**
- **Não tem idade mínima**

## Conversão de Tempo

O tempo de contribuição “comum” **pode ser convertido em tempo de contribuição da pessoa com deficiência.**

Os(as) segurados(as) que não têm uma deficiência hoje podem ser afetados(as) por alguma deficiência de longo prazo no futuro, e por isto, o tempo que você trabalhou de forma “comum” pode ser utilizado na contagem para a aposentadoria da pessoa com deficiência.

Além disso, pode haver situações de piora ou melhora no grau da sua deficiência. Para esses casos específicos, existe uma tabela de conversão diferenciada para o homem e para a mulher.

# Tabela de Conversão - Homem

| Tempo de contribuição                   | Converter para 25 anos (grau grave) | Converter para 29 anos (grau médio) | Converter para 33 anos (grau leve) | Converter para 35 anos (tempo de contribuição “comum”) |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| 25 anos (grau grave)                    | 1,00                                | 1,16                                | 1,32                               | 1,40   |
| 29 anos (grau médio)                    | 0,86                                | 1,00                                | 1,14                               | 1,21   |
| 33 anos (grau leve)                     | 0,76                                | 0,88                                | 1,00                               | 1,06   |
| 35 anos (tempo de contribuição “comum”) | 0,71                                | 0,83                                | 0,94                               | 1,00   |



## Tabela de Conversão - Homem

O segurado **José** trabalhou por **15 anos como Frentista** de um Posto de Gasolina.

Só que em determinado dia, José sofreu um acidente de carro e precisou amputar um dos braços.

A deficiência de José foi considerada de **Grau Leve** posteriormente, ele conseguiu ser reabilitado no setor administrativo do Posto de Gasolina onde já trabalhava.

Neste exemplo, José terá que multiplicar o tempo de contribuição “comum” que já possui, ou seja, **15 anos, por 0,94** (de 35 para 33 anos de contribuição de acordo com a tabela).

- **$15 \times 0,94 = 14,1$ ;**
- **14,1 (anos de contribuição para a aposentadoria com deficiência de grau leve);**
- Resultado: **José vai precisar de mais 18,9 anos de trabalho como deficiente** para ter direito a esse benefício e completar 33 anos de contribuição.
  - $14,1 + 18,9 = 33$  anos.

# Tabela de Conversão - Mulher

| Tempo de contribuição                   | Converter para 20 anos (grau grave) | Converter para 24 anos (grau médio) | Converter para 28 anos (grau leve) | Converter para 30 anos (tempo de contribuição “comum”) |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| 20 anos (grau grave)                    | 1,00                                | 1,20                                | 1,40                               | 1,50   |
| 24 anos (grau médio)                    | 0,83                                | 1,00                                | 1,17                               | 1,25   |
| 28 anos (grau leve)                     | 0,71                                | 0,86                                | 1,00                               | 1,07   |
| 30 anos (tempo de contribuição “comum”) | 0,67                                | 0,80                                | 0,93                               | 1,00   |

## Acréscimo de 25% na Aposentadoria

O artigo 45 da lei 8.213/1991 diz o seguinte:

*“O valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25%”.*

Por isto, não existe a possibilidade de acréscimo de 25% no valor de quem recebe Aposentadoria da Pessoa com Deficiência.

Este adicional só pode ser acrescido no valor de quem recebe **Aposentadoria por Invalidez**, caso fique comprovada a necessidade de assistência permanente de outra pessoa para realizar as atividades básicas do dia a dia.

# Requisitos

## Aposentadoria da Pessoa com Deficiência por Idade

- **60 anos**, se homem
- **55 anos**, se mulher
- **15 anos de tempo de contribuição com a deficiência**
- **Independente do grau de deficiência**

# Respondendo as Perguntas

3/3



**@oabbbarreiro**

**@comissao.prev.oabbbarreiro**

**@braiansantos.adv**



**@braiansantosadv**



**braiansantosadv.com.br**

*Braian Santos*