

-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --

Um paciente de 48 anos de idade, assintomático, em uso regular de alopurinol 300 mg devido ao diagnóstico de gota, compareceu ao ambulatório para consulta de acompanhamento de rotina. No prontuário, constavam três registros prévios de pressão arterial elevada, obtidos em consultas ambulatoriais ao longo dos últimos seis meses. Ele negou tabagismo, etilismo e história familiar de doença cardiovascular (DCV). No exame físico, apresentou peso de 76 kg, altura de 1,80 m e circunferência abdominal de 98 cm. A frequência cardíaca era de 70 bpm e a pressão arterial medida no consultório foi de 158 mmHg × 96 mmHg. Os demais achados do exame físico não mostraram alterações relevantes. Os exames laboratoriais evidenciaram glicemia de jejum de 91 mg/dL, hemoglobina glicada de 5,5% e creatinina sérica de 0,7 mg/dL. O perfil lipídico revelou colesterol total de 230 mg/dL, HDL-colesterol de 30 mg/dL, LDL-colesterol de 150 mg/dL e triglicerídeos de 250 mg/dL.

A partir desse caso clínico hipotético, julgue os itens a seguir, conforme a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2025) e a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2025).

- 51 Ao referido paciente está indicado o tratamento da hipertensão arterial em monoterapia com qualquer uma das classes de primeira linha: bloqueadores dos canais de cálcio, tiazídicos, inibidores do sistema renina-angiotensina ou bloqueadores dos receptores da angiotensina.
- 52 No Brasil, embora a faixa etária de manifestação da DCV aterosclerótica seja cerca de uma década superior à dos países desenvolvidos, permanece essencial priorizar a prevenção cardiovascular, sem negligenciamento de outras doenças do contexto epidemiológico brasileiro.
- 53 No caso apresentado, recomenda-se a dosagem de Lp(a).
- 54 A dislipidemia, observada no caso clínico em questão, representa o principal fator de risco associado à mortalidade cardiovascular no Brasil.
- 55 Caso o referido paciente seja estratificado como de risco intermediário por meio do *prevent score*, a necessidade e a intensidade da terapia hipolipemiante poderão ser definidas com base no escore de cálcio coronário.

Um homem branco de 67 anos de idade, com histórico de cardiomiopatia não isquêmica e em uso de enalapril, espironolactona e carvedilol nas doses máximas recomendadas, procurou o pronto atendimento por apresentar dispneia nas atividades habituais havia cerca de sete dias, associada a ganho ponderal aproximado de 6 kg nas últimas duas semanas. Seu último ecocardiograma havia demonstrado fração de ejeção de 28%.

No exame físico, apresentava extremidades bem perfundidas, pressão arterial de 108 mmHg × 72 mmHg, frequência cardíaca de 70 bpm, frequência respiratória de 21 irpm e SatO₂ de 95% em ar ambiente. A ausculta pulmonar evidenciou estertores crepitantes bibasais, além de ingurgitamento jugular a 45°, pulsos periféricos preservados e edema bilateral de membros inferiores.

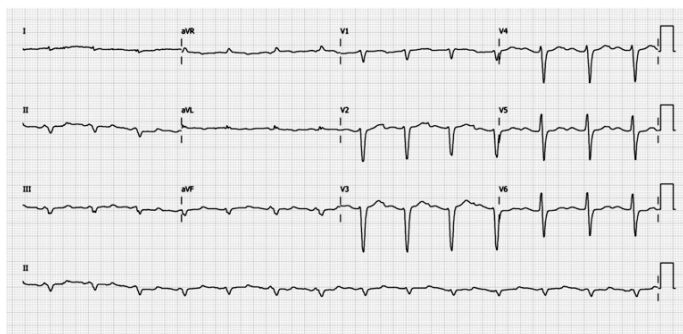
Nos exames laboratoriais, observou-se sódio sérico de 133 mEq/L, ureia de 58 mg/dL e creatinina de 1,9 mg/dL, com taxa de filtração glomerular (TFG) de 48 mL/min/1,73 m². O eletrocardiograma evidenciou sobrecarga atrial e ventricular esquerdas, sem outras alterações significativas.

Diante do caso clínico hipotético precedente, julgue os próximos itens, de acordo com o Consenso de Especialistas do Colégio Americano de Cardiologia para o Tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida (2024).

- 56 Caso haja piora do quadro devido a fibrilação atrial permanente, estará indicado o uso da ivabradina.
- 57 A introdução de um diurético tiazídico no tratamento medicamentoso desse paciente proporcionará a redução dos sinais e sintomas descritos.
- 58 Recomenda-se ao paciente citado a imediata substituição do enalapril pelo sacubitril-valsartana.
- 59 A dapaglifozina deve ser associada ao tratamento do referido paciente, visando-se à redução da morbimortalidade e à atenuação da redução da TFG.
- 60 No contexto descrito, o paciente se beneficiará da associação de nitrato com hidralazina, haja vista a presença de doença renal.

Espaço livre

Uma paciente de 77 anos de idade passou a apresentar dispneia aos esforços maiores que o habitual havia cerca de três meses. Entre os antecedentes clínicos, destacavam-se hipertensão arterial sistêmica em estágio 1, estando a paciente em uso regular de anlodipino 2,5 mg ao dia, e síndrome do túnel do carpo bilateral, diagnosticada e tratada em um punho havia nove anos e, no outro, havia três anos. No exame físico, não foram identificadas alterações relevantes. A ecocardiografia evidenciou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo, com espessura parietal de 15 mm, fração de ejeção de 58%, disfunção diastólica grau II e redução difusa da deformação miocárdica subendocárdica com preservação relativa do ápice, identificada pela técnica de *speckle tracking*. O eletrocardiograma da paciente em questão é mostrado a seguir. A pesquisa de gamopatia monoclonal resultou negativa.

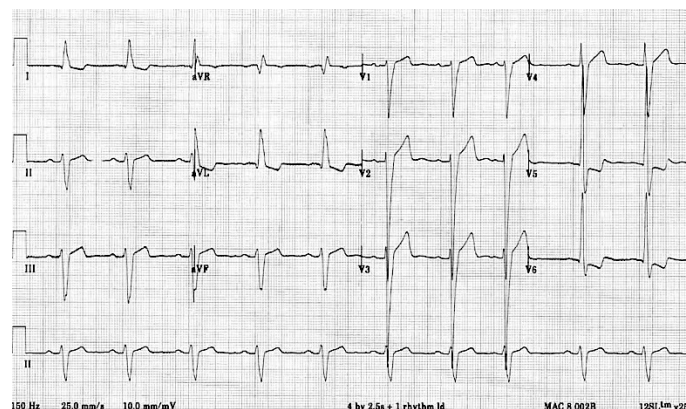


Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens que se seguem.

- 61 Para confirmação do diagnóstico, é ainda necessária a realização de cintilografia miocárdica com tecnécio-99m.
- 62 Recomenda-se estratificar o risco dessa paciente por meio de sistemas de estadiamento validados, incluindo-se biomarcadores como BNP/NT-ProBNP e(ou) troponina.
- 63 A mutação no gene PRKAG2 é a mais provável nesse caso.

Espaço livre

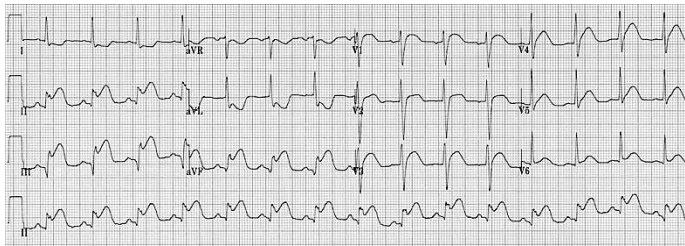
Uma paciente de 84 anos de idade compareceu ao ambulatório queixando-se de dispneia progressiva aos esforços havia seis meses. No atendimento, apresentava dificuldade para caminhar no plano por distâncias maiores que 100 metros. Ela relatou ter hipertensão arterial sistêmica, diagnosticada havia aproximadamente 20 anos, estando em uso regular de lisinopril 20 mg ao dia. Negou vícios. No exame físico, encontrava-se em regular estado geral, com frequência cardíaca de 70 bpm e pressão arterial de 128 mmHg × 72 mmHg, com pulso carotídeo de baixa amplitude, com subida lenta e pico tardio, *ictus cordis* sustentado e prolongado. Na ausculta cardíaca, observou-se ritmo regular em dois tempos e sopro sistólico ejetivo com pico telessistólico, auscultado no 2.º espaço intercostal direito, junto à borda esternal, de caráter crescendo-decrescendo, com irradiação para as artérias carótidas em intensidade 3+/4, com frêmito palpável. Os demais achados do exame físico não evidenciaram alterações relevantes. O eletrocardiograma realizado no dia da consulta é apresentado a seguir.



Julgue os seguintes itens, referentes ao caso clínico hipotético precedente.

- 64 Gradiente médio de pressão sistólica acima de 40 mmHg e área real do orifício aórtico, calculada pela equação de continuidade, superior a 1 cm² são os achados esperados em eventual ecocardiografia dessa paciente.
- 65 O caso em apreço deve ser avaliado por um *heart team*, composto por cardiologista clínico, cardiologista intervencionista e cirurgião-cardiovascular, a fim de se definir a estratégia terapêutica mais adequada para a paciente.
- 66 A manifestação clínica observada nesse caso está associada ao melhor prognóstico, quando comparada a outras apresentações frequentes da doença, como síncope ou angina.
- 67 Recomenda-se a realização de teste ergoespiométrico para avaliar a reserva inotrópica e a capacidade funcional da paciente, o que contribuirá para orientar a decisão terapêutica.

Uma paciente de 70 anos de idade, portadora de hipertensão arterial, procurou a emergência médica por apresentar dor torácica intensa, de caráter lancinante, localizada na parede anterior do tórax e com irradiação para a região cervical, iniciada havia cerca de duas horas e sem alívio com analgésicos usuais. Ela negou comorbidades. No exame físico, encontrava-se sudorética, sem cianose, com SatO₂ de 94% em ar ambiente, pressão arterial de 196 mmHg × 118 mmHg e frequência cardíaca de 90 bpm. A ausculta cardíaca revelou ritmo regular em dois tempos, com sopro diastólico de baixa intensidade (1+/4), auscultado no segundo espaço intercostal direito, junto à borda esternal. Os níveis de troponina ultrasensível estavam dentro da normalidade. O eletrocardiograma realizado no atendimento é apresentado a seguir.



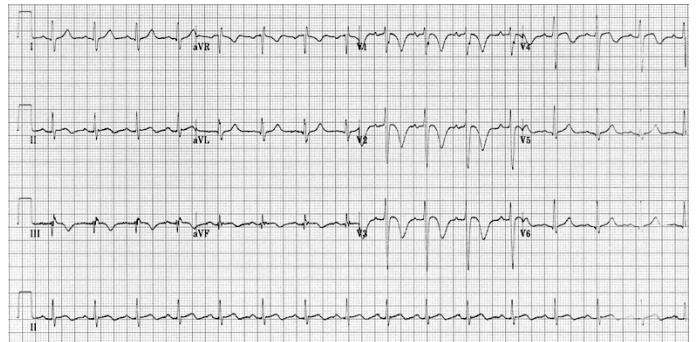
Considerando esse quadro clínico hipotético, julgue os itens subsequentes.

- 68** Na chegada da paciente à emergência, deveriam ter sido administrados ácido acetilsalicílico e heparina não fracionada, deixando-se o segundo antiagregante plaquetário (inibidor do P2Y12) para momento posterior, após a definição da anatomia coronariana.
- 69** O mecanismo fisiopatológico mais provável nesse caso consiste na instabilização e ruptura de uma placa aterosclerótica, com subsequente formação de um trombo oclusivo.
- 70** Recomenda-se a administração intravenosa de metoprolol na paciente, com o objetivo de reduzir a pressão arterial sistólica para valores inferiores a 120 mmHg.

Espaço livre

Um paciente de 70 anos de idade, hipertenso e ex-tabagista (30 maços/ano), foi admitido no pronto-socorro de um hospital terciário, com quadro de dor torácica súbita havia cerca de três horas. A dor havia se iniciado em repouso, era mal localizada, descrita como opressiva e acompanhada de dispnéia intensa. Durante o trajeto até o hospital, o paciente havia apresentado um episódio de síncope sem pródromos, com recuperação espontânea em poucos minutos, sem liberação esfíncteriana e sem período pós-ictal. Segundo ele, tinha passado por cirurgia ortopédica para artroplastia de quadril direito havia duas semanas. Relatou também dor e aumento de volume na panturrilha direita havia três dias. Negou febre, tosse produtiva ou hemoptise. Estava em uso somente de anlodipino 5 mg ao dia.

No exame físico na admissão, encontrava-se dispneico e ansioso. Apresentava frequência cardíaca de 101 bpm, frequência respiratória de 30 irpm, SatO₂ de 89% em ar ambiente e pressão arterial de 88 mmHg × 58 mmHg. A ausculta pulmonar mostrou murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem estertores significativos. Observou-se turgência jugular a 45°, além de edema assimétrico em membro inferior direito, com aumento de circunferência da panturrilha, dor à palpação profunda e discreta hiperemia local. O eletrocardiograma realizado na admissão é apresentado a seguir. A concentração de troponina ultrasensível era de 20 ng/L (valor de referência < 14 ng/L) e de BNP era de 650 pg/mL (valor de referência < 100 pg/mL). Os exames laboratoriais de rotina não revelaram anormalidades.



Tendo como referência o quadro clínico hipotético descrito, julgue os itens subsecutivos.

- 71** Nesse contexto clínico, indica-se a realização de angiotomografia computadorizada das artérias pulmonares, para confirmação diagnóstica.
- 72** Espera-se que a ecocardiografia com *doppler* evidencie sinais de disfunção do ventrículo direito associados a aumento da pressão na artéria pulmonar.
- 73** Nesse caso, é adequado iniciar o uso de heparina de baixo peso molecular por via endovenosa enquanto se aguarda a confirmação diagnóstica.

Acerca de doenças pulmonares, julgue os itens a seguir.

- 74** A ocorrência de infarto pulmonar geralmente indica um quadro de embolia pulmonar de média a grande monta.
- 75** Na fisiopatologia da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a alteração celular típica das vias aéreas de pequeno calibre é a hiperplasia das células caliciformes, em que essas células secretoras de muco substituem as células exócrinas bronquiolares secretoras de surfactante.

A respeito de doenças gastrointestinais, julgue os itens seguintes.

- 76** Os cálculos de bilirrubinato de cálcio correspondem a mais de 90% dos cálculos biliares detectados em países ocidentais, sendo classificados como pigmentares.
- 77** As úlceras pépticas gástricas tendem a ocorrer em pacientes com idades mais avançadas que as duodenais, sendo o pico de incidência mais reportado na sexta década de vida.

No que se refere a doenças endócrinas, julgue os próximos itens.

- 78** O risco de desenvolvimento de neoplasia maligna de tireoide em portadores de bócio multinodular (BMN) é menor que naqueles com nódulos solitários.
- 79** O excesso de iodo é o responsável pelo hipotireoidismo que pode se desenvolver em pacientes que fazem uso crônico de sotalol como antiarrítmico.

A respeito das doenças reumáticas, julgue os itens subsequentes.

- 80** A maioria dos portadores de lúpus eritematoso sistêmico (LES) apresenta poliartrite intermitente, que varia de leve a incapacitante.
- 81** A artrite reumatoide (AR) raramente afeta a coluna torácica ou a lombar.

A respeito de emergências clínicas, julgue os itens que se seguem.

- 82** Na cetoacidose diabética, a hidratação venosa deve preceder a insulino terapia e pode, por si só, melhorar parcialmente o quadro.
- 83** Na parada cardiorrespiratória por fibrilação ventricular, deve-se, imediatamente após a desfibrilação, checar o pulso do paciente para decidir sobre a continuidade ou não da massagem cardíaca.
- 84** Para paciente com intoxicação por metanol, o antídoto que deve ser utilizado é o pentanol medicinal.
- 85** A pesquisa de hemólise é um dos passos necessários para o diagnóstico da hipertensão acelerada maligna.
- 86** Em cerca de 10-15% dos pacientes com hemorragia digestiva baixa, há sangramento digestivo alto, o que justifica a realização de endoscopia digestiva alta antes da colonoscopia nos casos de instabilidade hemodinâmica em que haja suspeita de origem alta para o sangramento.
- 87** No paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com hipercapnia, a oferta de oxigênio em excesso produz agravamento da hipercapnia, devido ao pior acoplamento da relação ventilação/perfusão, uma vez que áreas com ventilação comprometida passam a ser mais perfundidas.
- 88** Na embolia pulmonar de alto risco (maciça), há choque do tipo distributivo.

A respeito do uso de exames complementares na prática clínica, julgue o próximo item.

- 89** Em geral, o uso de exames diagnósticos é mais efetivo em situações de probabilidade pré-teste intermediárias, em que a obtenção de um resultado positivo ou negativo do teste leva a um maior valor preditivo positivo ou negativo, respectivamente.

Em relação aos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, julgue os itens a seguir.

- 90** A metadona é contraindicada para o tratamento farmacológico de desintoxicação de indivíduo dependente de opioides.
- 91** Mulheres têm maior probabilidade de desenvolver consumo patológico de álcool que homens, ainda que estes representem a maior parte dos consumidores de bebidas alcóolicas.
- 92** Em caso de tentativa de suicídio por meio de ingestão de grande quantidade de clonazepam, o uso de flumazenil está indicado para reverter os efeitos do benzodiazepínico.
- 93** O uso frequente de altas doses de cafeína pode acarretar alterações do sono relacionadas à demora para adormecer, mas não à incapacidade de manter o sono ou ao despertar precoce, devido ao mecanismo de ação da substância.
- 94** No atendimento de urgência de um paciente usuário de álcool de longa data com quadro agudo de ataxia, oftalmoplegia e confusão mental após administração de glicose hipertônica, é indicado o uso de tiamina.
- 95** Um indivíduo que esteja em uso de dissulfiram e consuma cocaína pode apresentar síndrome de intoxicação grave decorrente da inibição do metabolismo da cocaína pelo dissulfiram, com risco de arritmias, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

No que diz respeito aos transtornos de humor, julgue os itens que se seguem.

- 96** A presença de transtornos do humor, o uso abusivo de álcool e o histórico de tentativa prévia de suicídio são fatores de risco importantes para suicídio.
- 97** Um paciente homem, com 30 anos de idade, quadro de anedonia, hipotímia, hiporexia, hipersonia, anergia e prejuízo no desempenho das atividades cotidianas há 30 dias, sem histórico prévio de transtornos mentais, nem de uso de substâncias psicoativas, nem de condições médicas gerais, apresenta quadro compatível com transtorno depressivo maior, segundo o DSM-5-TR.
- 98** A litemia é o exame padrão-ouro para o diagnóstico laboratorial do transtorno bipolar.
- 99** Para o diagnóstico de transtorno bipolar tipo II, é necessário haver quadro atual ou prévio de pelo menos um episódio hipomaniaco e de pelo menos um episódio depressivo maior, sem histórico de episódios maníacos.
- 100** Considere que uma paciente mulher, com 32 anos de idade, compareça a atendimento médico com queixa de cansaço progressivo há 4 meses associado a diminuição de energia, perda de interesse por atividades habituais, dificuldade de concentração, sensação de tristeza frequente e aumento da sonolência. Nessa situação, os diagnósticos diferenciais de anemia e hipertireoidismo devem ser considerados.
- 101** Considere que, em consulta de reavaliação de paciente com transtorno depressivo maior moderado, tenha se constatado que o paciente apresentou resposta parcial ao uso de fluoxetina 80 mg/dia por 8 semanas. Nesse caso, está indicado o aumento da dose para até 160 mg/dia, a fim de se atingir a meta de remissão completa do quadro.

Estudante universitário, com 21 anos de idade, foi levado pelos pais a ambulatório de clínica médica. Os pais se queixaram de que o paciente, que sempre foi tranquilo e dedicado aos estudos, tornou-se mais isolado, deixou de frequentar a faculdade e começou a dormir muito pouco, há cerca de 2 meses. Com a progressão do quadro, o jovem passou a relatar que estava sendo observado constantemente e que pessoas ao seu redor estariam falando dele e planejando algo contra ele. Referiu, ainda, ouvir vozes que comentavam suas ações, mesmo quando estava sozinho. Os pais também observaram que, em alguns momentos, ele apresentava fala desorganizada e dificuldade em manter uma linha de raciocínio coerente, assim como se comportava de maneira incomum, como quando cobria janelas, evitava o uso de aparelhos eletrônicos por medo de estar sendo vigiado e permanecia em estado de constante alerta. Negaram histórico prévio de alterações do estado mental, de uso substâncias psicoativas ou de doenças médicas gerais.

A partir da situação hipotética apresentada, julgue os itens seguintes.

- 102** O quadro clínico em tela é compatível com primeiro episódio psicótico, devendo ser prescrito tratamento com antipsicótico em monoterapia, como risperidona ou olanzapina, para os sintomas agudos.
- 103** Caso julgue necessário preservar o paciente de riscos de auto ou heteroagressão, é apropriado que o médico assistente determine internação compulsória.
- 104** A tomografia computadorizada é mais acurada que a ressonância magnética para reconhecer alterações estruturais do cérebro, motivo pelo qual deve ser escolhida para a avaliação de diagnósticos diferenciais do quadro psicótico do paciente em questão.
- 105** Entre os sinais e sintomas psicopatológicos presentes no quadro apresentado estão os delírios persecutórios, que são alterações da sensopercepção que representam prejuízo na capacidade do indivíduo de sentir e perceber o mundo ao seu redor.
- 106** Em caso de agitação psicomotora, é adequado indicar contenção física, medida não medicamentosa utilizada para proteger o paciente por meio de dispositivos colocados sobre seu corpo para limitar seus movimentos, desde que essa medida seja usada por período limitado e associada a manejo medicamentoso.

Acerca da ansiedade e dos transtornos a ela relacionados, julgue os itens subsequentes.

- 107** O uso de betabloqueador, como o propranolol, pouco antes da exposição a um estímulo fóbico pode ajudar o indivíduo com transtorno de ansiedade social a ter um melhor desempenho na situação específica.
- 108** A ansiedade é um mecanismo adaptativo que atua como sinal de alerta frente a ameaças, mas que pode evoluir de maneira patológica e causar prejuízo funcional e(ou) sofrimento significativo na vida de um indivíduo.
- 109** Suponha que um paciente com diagnóstico de transtorno do pânico se queixe, em atendimento médico, de precordialgia intensa, associada a sudorese, parestesia, dispneia e sensação de morte iminente há 5 minutos. Nesse caso, a abordagem inicial desse paciente deve consistir na administração de benzodiazepínico para controle da crise de pânico.
- 110** A agorafobia é caracterizada pelo medo do momento presente e é um transtorno de ansiedade relacionado à incapacidade de lidar com questões atuais da vida e à preocupação excessiva associada a essas questões.
- 111** A terapia comportamental é tratamento de primeira linha na abordagem da fobia específica, podendo ser empregadas diversas técnicas direcionadas a esse transtorno de ansiedade, como a dessensibilização sistemática.
- 112** Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono estão entre as principais características clínicas do transtorno de ansiedade generalizada.

João, 42 anos de idade, trabalha como gestor hospitalar há vários anos, submetido a modelo de gestão por resultados com alta fragmentação de tarefas e baixo suporte social. Compareceu ao serviço de saúde de seu órgão relatando episódios de taquicardia, anedonia e uso nocivo de álcool (padrão *binge*) há vários meses. Associa a ocorrência dos episódios aos períodos de fechamento de metas trimestrais. A anamnese ocupacional revelou que a organização do trabalho de João impede o gozo regular de intervalos e utiliza mecanismos de controle digital que estendem a jornada para o ambiente doméstico.

A partir dessa situação hipotética, julgue os itens a seguir.

- 113** Conforme a legislação sanitária, a identificação de riscos psicossociais e do padrão de consumo de substâncias decorrentes da organização do trabalho é atribuição da vigilância sanitária.
- 114** O quadro de abuso do álcool apresentado por João prescinde de nexos técnico-epidemiológico para ser classificado como doença profissional do grupo I de Schilling.

Carlos, 38 anos de idade, opera perfuratriz pneumática em mina subterrânea há dez anos. Em atendimento com um médico do trabalho, ele relatou perda auditiva progressiva, zumbido constante e episódios de parestesia e de descoloração dos dedos das mãos quando exposto ao frio. A avaliação ambiental mais recente realizada na mina registrou nível de exposição normalizado (NEN) de 84 dB(A) e aceleração de vibração de mãos e braços com valor de exposição parcial de 4,8 m/s². A empresa não implanta ações de mudança estruturais do local de trabalho, uma vez que as avaliações quantitativas de riscos ocupacionais estão abaixo dos limites de tolerância da NR-15 para ruído e dentro da zona de precaução para vibração. No entanto, a empresa fornece protetores auriculares do tipo inserção e luvas comuns. O médico do trabalho, em obediência à política empresarial de redução do absenteísmo, hesitou em emitir a comunicação de acidente de trabalho (CAT) relativa ao caso de Carlos, seguindo o mesmo entendimento de que não há extrapolação dos níveis legais de riscos ocupacionais e que não há incapacidade para o trabalho.

Considerando a situação hipotética precedente, julgue os itens a seguir.

- 115** A recusa do médico do trabalho com relação à emissão da CAT é eticamente justificada pelo princípio da autonomia profissional, uma vez que a ausência de extrapolação dos índices legais de ruído e de vibração descaracteriza o nexo causal presumido, devendo prevalecer o princípio da autonomia institucional para a gestão do absenteísmo.
- 116** No que tange à higiene ocupacional e à gestão de riscos, a interpretação da empresa está tecnicamente equivocada, pois, embora o NEN de 84 dB(A) esteja abaixo do limite de tolerância, ele já ultrapassou o nível de ação estabelecido pela NR-9, o que impõe a obrigatoriedade de medidas preventivas e de monitoramento audiométrico sistemático, independentemente da eficácia declarada do equipamento de proteção individual (EPI).
- 117** A síndrome de Raynaud relatada, associada à exposição à vibração de mãos e braços acima do nível de ação, caracteriza nexo técnico-epidemiológico para doença do trabalho, contudo a emissão da CAT pode ser dispensada na ausência de incapacidade laborativa total, visto que a legislação acidentária brasileira não pressupõe a notificação do agravamento da saúde decorrente da exposição crônica a agentes físicos.

Pedro, 62 anos de idade, servidor público federal aposentado por tempo de contribuição, tem diagnóstico de cardiopatia isquêmica crônica. Há 2 anos, Pedro foi submetido a cirurgia de revascularização miocárdica. Apresenta atualmente fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 38%, hipocontratilidade ventricular ao ecocardiograma e sintomas de classe funcional II (NYHA) aos esforços moderados. Pedro, então, comparece à perícia oficial visando à isenção de IRPF sobre proventos de aposentadoria.

A partir da situação hipotética apresentada, julgue os itens a seguir.

- 118** O quadro de Pedro deve ser classificado como cardiopatia grave, apesar de seu quadro clínico não ser extremamente limitante.
- 119** Caso Pedro volte a trabalhar, a eventual isenção do imposto de renda será extensível ao seu novo salário, visto que a legislação visa compensar os gastos extraordinários com o tratamento da saúde independentemente do *status* funcional.
- 120** De acordo com o entendimento pacificado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), caso o quadro de Pedro seja reconhecido como cardiopatia grave pela junta médica oficial, ele manterá o direito à isenção de IRPF independentemente da contemporaneidade dos sintomas ou da persistência da gravidade clínica.

Espaço livre