

(Para uso exclusivo do médico perito da SCPMSO)

34 - IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO: DATA: ____/____/____

HORA: _____

35 - ANAMNESE:

36 - EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS):

37 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:

38 – CID PRINCIPAL:

39 - CIDs SECUNDÁRIAS:

40 – CONCLUSÃO:

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA:

- NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, NO MOMENTO.
 LTS INDEFERIDA POR PERDA DO PRAZO LEGAL DE MARCAÇÃO.
 LTS REDUZIDA: POR PERDA DO PRAZO LEGAL DE MARCAÇÃO.
 POR NÃO HAVER JUSTIFICATIVA TÉCNICO-PERICIAL PARA O PRAZO SOLICITADO.
 POR EXCEDER O PRAZO MÁXIMO PREVISTO EM LEGISLAÇÃO
- PERÍODO REGULARIZADO DE ____/____/____ a ____/____/____, ART. _____.
- PERÍODO CONCEDIDO DE ____/____/____ a ____/____/____, ART. _____.

ENCAMINHAMENTO PARA ANÁLISE DE ACIDENTE DE TRABALHO/DOENÇA OCUPACIONAL: SIM NÃO NÃO SE APLICA

NECESSIDADE DE AVALIAR SUSPENSÃO DA CNH (apenas para cargo de MOTORISTA)? SIM NÃO NÃO SE APLICA

ADAPTAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO: DEFERIDA POR ____ SESSÕES EM ____ DIAS A PARTIR DA AVALIAÇÃO PERICIAL INDEFERIDA

INCAPACIDADE PERMANENTE:

- NÃO EXISTE INCAPACIDADE PERMANENTE, NO MOMENTO
 PORTADOR DE INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO PÚBLICO (INVALIDEZ)
 PORTADOR DE INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO NO CARGO, INSUSCETÍVEL DE READAPTAÇÃO:
 DECORRENTE DE ACIDENTE DO TRABALHO, DOENÇA PROFISSIONAL OU DOENÇA DO TRABALHO – **APOSENTADORIA INTEGRAL**
 DECORRENTE DE DOENÇAS COMUNS OU GRAVES – **APOSENTADORIA PROPORCIONAL**

AJUSTAMENTO FUNCIONAL

- INICIAL PRORROGAÇÃO

REVERSÃO: MANUTENÇÃO DA INCAPACIDADE PERMANENTE REVERSÃO AO SERVIÇO PÚBLICO REVERSÃO AO SERVIÇO PÚBLICO EM AJUSTAMENTO FUNCIONAL

ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

- PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI DE ISENÇÃO DE IR, NO CONCEITO DE _____
_____, CID: _____, CONFORME _____

A PARTIR DE ____/____/____: DEFINITIVAMENTE

POR ____ ANOS

NÃO SE APLICA

- NÃO PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI DE ISENÇÃO DE IR, NO MOMENTO

OUTROS: _____

40.1- RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS: SIM NÃO NÃO SE APLICA

41 - CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL

42 – LOCAL, DATA, ASSINATURA DO MÉDICO E CRM:

LOCALIDADE

____/____/____
DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

43 – PARA USO DO MÉDICO REVISOR / HOMOLOGAÇÃO: