



PERÍCIA MÉDICA DE CARACTERIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE GRAU DE DEFICIÊNCIA

01- PARA USO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL: NÚMERO DA COMUNICAÇÃO: _____ DATA: ____/____/____			02 -MASP (SE TIVER):
03 - NOME DO INTERESSADO:			04 - CPF:
05 – CARGO /EMPREGO ATUAL			06 – DATA DE INÍCIO DO VÍNCULO ATUAL: ____/____/____
07 – ESTADO CIVIL	08 - SEXO	09 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	10 - NATURALIDADE
11 – E-MAIL			12 –DDD/TELEFONE:
13 – NOME DA MÃE:			
14 – ENDEREÇO RESIDENCIAL – Rua/nº/Bairro/Cidade/CEP			
15 –ÓRGÃO / SETOR DE EXERCÍCIO			
16 – MUNICÍPIO DE EXERCÍCIO:			
17 – ASSINATURA DO INTERESSADO: _____/_____/_____ DATA ASSINATURA			

PARA USO DO MÉDICO PERITO

18 – IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:

NOME:

CARGO:

19 – ANAMNESE OCUPACIONAL DETALHADA:

20 – CONSTA CARACTERIZAÇÃO DE DEFICIÊNCIA NO EXAME PRÉ-ADMISSÃO PARA O CARGO VIGENTE?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO SE APLICA

21 – ANAMNESE CLÍNICA DETALHADA:

22 – MEDICAMENTOS EM USO (DETALHAR):

23 – EXAMES COMPLEMENTARES (COM DATAS):

24 – EXAME FÍSICO:

25 – Classificação de gravidade da deficiência (se verificada presença da deficiência):

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: ☐SIM ☐NÃO

Tipo de deficiência: ☐FÍSICA ☐AUDITIVA ☐VISUAL ☐INTELECTUAL/MENTAL ☐MÚLTIPLA: Assinalar quais

A) Comprometimento funcional em virtude da deficiência:

CRITÉRIO / PONTUAÇÃO		0+/5+	1+/5+	2+/5+	3+/5+	4+/5+	5+/5+
1	Comunicação						
2	Cuidado pessoal						
3	Habilidades sociais						
4	Utilização dos recursos da comunidade						
5	Saúde e segurança						
6	Habilidades acadêmicas						
7	Lazer						
8	Trabalho						

(MARCAR APENAS UMA OPÇÃO POR CRITÉRIO, SENDO 5+/5+O MAIOR ACOMETIMENTO POR CRITÉRIO)

Comprometimento Funcional considerado como: ☐LEVE ☐MODERADO ☐GRAVE

B) Gravidade da patologia que gerou a deficiência:

26 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (ESPECIFICAR SE CADA PATOLOGIA ESTÁ EM ATIVIDADE OU ESTACIONÁRIA):

27- CID:

28 – CONCLUSÃO MÉDICO PERICIAL:

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: ☐SIM ☐NÃO

Tipo de deficiência: ☐FÍSICA ☐AUDITIVA ☐VISUAL ☐INTELECTUAL /MENTAL ☐MÚLTIPLA: Assinalar quais

☐ Servidor apresenta deficiência caracterizada em grau ☐Leve ☐Moderado ☐Grave

➤ Data provável do início da deficiência ____/____/____

☐ Há comprovação de alteração em grau de deficiência após o início do vínculo com o Estado?

☐ Não

☐ Sim- a partir de ____/____/____ - Grau de deficiência anterior: ☐Leve ☐Moderado ☐Grave

☐ Não se aplica

☐ Há possibilidade de reversão da deficiência para grau inferior?

☐ Não

☐ Sim- Sugestão de reavaliação em ____ anos.

28.1 – **Para exame ADMISSIONAL:**

SE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:

☐ HÁ COMPATIBILIDADE ENTRE AS ATRIBUIÇÕES DO CARGO PLEITEADO E A DEFICIÊNCIA DO CANDIDATO

☐ NÃO HÁ COMPATIBILIDADE ENTRE AS ATRIBUIÇÕES DO CARGO PLEITEADO E A DEFICIÊNCIA DO CANDIDATO

NO CASO DE PCD, PARES DA CARREIRA PRESENTES: _____

Observação:

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

LOCALIDADE

____/____/____
DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO