

(Para uso exclusivo do médico perito da SCPMSO)

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO: _____

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ : ____ HS

36 - ANAMNESE:

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

38 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:

39 - CID:

39.1 – CIDs SECUNDARIAS:

40 – CONCLUSÃO:

40.1. – AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA:

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE ____/____/____ a ____/____/____

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

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

40.2. – ENCAMINHAMENTO PARA O INSS: SIM NÃO ÚLTIMO DIA DE AFASTAMENTO CONCEDIDO PELA SCPMSO ____/____/____.

40.3. – OUTROS / COMPLEMENTAÇÃO: _____

40.4. – 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