

CONCLUSÃO DA PERÍCIA MÉDICA					INSS			
GERENCIA	CODIGO	APS / UAAPS	CODIGO	NO. BENEFICIO	ESP	ORD	DER	DAT
						01		
NOME DO EXAMINADO					Estado Civil :		DIB	
ENDEREÇO					Sexo		DME	
					() Masc. () Fem.			
EMPRESA					COD. PROF.:		Lim.Anter.:	
ENDEREÇO					CGC		TIPO FILIAÇÃO ÚLTIMO VÍNCULO	
CTPS/SERIE	PIS	R.G.	Orgao	Teve Beneficio Anterior?	Convenio	CID		
/				SIM () NAO ()				
NOME DO SEGURADO (EM CASO DE DEPENDENTE)								
PERITO MÉDICO								
MOLÉSTIA ISENTA		D.I.D.	D.I.I	Em caso de Acidente de Trabalho		C.I.D	Conclusões	
PERÍODO DE CARÊNCIA				R.A	Nexo	Aux.Acidente	Princ.:	
Sim () Nao ()				S() N()	S() N()	S() N()	Sec.:	() 1-Contraria
								() 2- / /
Acresc. Transf.Esp.Fase:								() RP- / /
25%		() 0 - Normal	() 4 - Rev. Anal.	() 7 - Deslig prog RP				() R2- Rev.2 anos
Sim ()		Sim () () 1 - PR	() 5 - DCB ant.	() 9 - Rest. Beneficio				() LI- Lim.Indefinido
Nao ()		Nao () () 2 - Recursos	() 6 - Em prog RP	() 11 - Revisão 2 anos				
Segurado apresentou documento que justifique a retroação da DII ? () SIM () NAO								
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO PERITO				DATA --/--/---- COD. MÉDICO				
OBS.: SETOR DE BENEFÍCIOS				JUSTIFICATIVA DO PARECER:				
OBS.: SETOR DE PERÍCIA				COD. MÉDICO				
				DATA - ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO QUADRO				
ADMINISTRATIVO - PERÍCIA								
LOCAL DO EXAME		EXAMES REQUISITADOS	DILIGENCIA	MÉDICO PERITO	MED. PERITO QUADRO	DT PROX.EXAME	D.R.E.	
1 2 3 4								
1 C D E		SIM () NAO ()	S () N ()					
SERVIÇO/SEÇÃO DE GERENCIAMENTO DE BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE (GBENIN)								
1 - CONFIRMADO LIMITE INDEFINIDO (LI)		SIM() NAO()	4 - CONFIRMADO AUXÍLIO ACIDENTE(AA)		SIM() NAO()			
2 - CONFIRMADO REVISÃO EM 2 ANOS		SIM() NAO()	5 - ALTERAÇÃO DE ESPÉCIE (31 - 91)		SIM() NAO()			
3 - CONFIRMADO ACRÉSCIMO DE 25%		SIM() NAO()						
JUSTIFICATIVA DO PARECER:								
				COD. MÉDICO				
				DATA - ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO				

LAUDO MEDICO-PERICIAL

INSS

-GMP-

-ORGÃO LOCAL-

-No. BENEFICIO-

-ESPECIE-

NOME DO EXAMINADO

DATA NASC.

IDADE

EST. CIVIL

SEXO

NATURALIDADE/NACIONALIDADE

R.G.

ORGÃO

DAT

FEM.

COD.PROFISSÃO (CARACTERIZANDO O TIPO DE TRABALHO) | TEMPO DE PROFISSÃO | SIT.FUNC. | LOCAL DE EXAME | TEVE BENEFICIO ANTERIOR ?

| E D A | I C D E |

SIM () NAO ()

CAUSA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO

DID

DII

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL

ANTECEDENTES PESSOAIS

ESTADO DE NUTRIÇÃO E ASPECTO GERAL

| ATITUDE

BIOTIPO

| ALTURA (cm) |

PESO (Kg) |

TEMPERATURA C |

PULSO RADIAL |

PRESSÃO ARTERIAL

Max.:

Min.:

EXAMES DIVERSOS

A B

A B

1 TECIDO CELULAR SUBCUTANEO-PELE E FANEROS

1 () ()

7 APARELHO OSTEO-ARTICULAR LIGAMENTOSO

7 () ()

2 APARELHO CIRCULATORIO

2 () ()

8 APARELHO ENDOCRINO

8 () ()

3 APARELHO RESPIRATORIO

3 () ()

9 SISTEMA NERVOSO

9 () ()

4 APARELHO HEMOLINFOPOETICO

4 () ()

10 ORGAOS DOS SENTIDOS

10 () ()

5 APARELHO DIGESTIVO

5 () ()

11 EXAME MENTAL

11 () ()

6 APARELHO GENITO URINARIO

6 () ()

12 OUTROS

12 () ()

'A' = EXAMES REALIZADOS SEM PARTICULARIDADES

'B' = EXAMES REALIZADOS RELATADOS ABAIXO

RELATORIO - DADOS OBJETIVOS - CAPACIDADE FUNCIONAL - ESTATICA E DINAMICA

REQUISICOES INDISPENSAVEIS

DIAGNOSTICO (LITERAL)

| CODIGO DIAGNOSTICO

CONSIDERACOES SOBRE A CAPACIDADE LABORATIVA COM BASE NO EXAME MEDICO-PERICIAL

LOCAL - DATA - ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO-PERITO