

|                    |  |                  |  |                       |  |                  |  |   |  |                            |  |               |  |                              |  |               |  |
|--------------------|--|------------------|--|-----------------------|--|------------------|--|---|--|----------------------------|--|---------------|--|------------------------------|--|---------------|--|
| -----GERENCIA----- |  | -----CODIGO----- |  | -----APS / UAAPS----- |  | -----CODIGO----- |  | -----No. BENEFICIO-----                     |  | -----ESP-----              |  | -----ORD----- |  | -----DER-----                |  | -----DAT----- |  |
| NOME DO EXAMINADO  |  |                  |  |                       |  |                  |  |   |  | Estado Civil :             |  |               |  | DIB                          |  |               |  |
| ENDERECO           |  |                  |  |                       |  |                  |  |   |  | Sexo<br>( ) Masc. ( ) Fem. |  |               |  | DME                          |  |               |  |
| EMPRESA            |  |                  |  |                       |  |                  |  |   |  | COD. PROF.:                |  |               |  | Lim.Anter.:                  |  |               |  |
| ENDERECO           |  |                  |  |                       |  |                  |  |   |  | CGC                        |  |               |  | TIPO FILIACAO ULTIMO VINCULO |  |               |  |
| CTPS/SERIE         |  | PIS              |  | R.G.                  |  | Orgao            |  | Teve Beneficio Anterior?<br>SIM ( ) NAO ( ) |  | Convenio                   |  | CID           |  |                              |  |               |  |

|   |  |                                |  |   |  |   |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |
|---|--|--------------------------------|--|---|--|---|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|
| NOME DO SEGURADO (EM CASO DE DEPENDENTE)  |  |                                |  |   |  |   |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |
| PERITO MEDICO   |  |                                |  |   |  |   |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |
| MOLESTIA ISENTA<br>Sim ( ) Nao ( )  |  | D.I.D.                         |  | D.I.I   |  | Em caso de Acidente de Trabalho<br>R.A. Nexos Aux.Acidente<br>S( ) N( ) S( ) N( ) S( ) N( ) |  |  |  | C.I.D<br>Princ.:<br>Sec.: |  | Conclusoes<br>( ) 1-Contraria<br>( ) 2-<br>( ) RP-<br>( ) R2- Rev.2 anos<br>( ) LI- Lim.Indefinido |  |  |  |
| Acresc.<br>25%<br>Sim ( ) Nao ( )   |  | Transf.Esp.<br>Sim ( ) Nao ( ) |  | Fase:<br>( ) 0 - Normal<br>( ) 1 - PR<br>( ) 2 - Recursos |  | ( ) 4 - Rev. Anal.<br>( ) 5 - DCB ant.<br>( ) 6 - Em prog RP                                |  | ( ) 7 - Deslig prog RP<br>( ) 9 - Rest. Beneficio<br>( ) 11 - Revisao 2 anos |  |                           |  |  |  |  |  |
| Segurado apresentou documento que justifique a retroacao da DII ? ( ) SIM ( ) NAO |  |                                |  |   |  |   |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |

|                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |             |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|-------------|--|
| ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO PERITO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DATA --/--/----                                 |  | COD. MEDICO |  |
| OBS.: SETOR DE BENEFICIOS             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | JUSTIFICATIVA DO PARECER:                       |  |             |  |
| OBS.: SETOR DE PERICIA                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | COD. MEDICO                                     |  |             |  |
|                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DATA - ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO DO QUADRO |  |             |  |

|  |  |  |  |                           |  |               |  |                    |  |                |  |        |  |  |  |
|--|--|--|--|---------------------------|--|---------------|--|--------------------|--|----------------|--|--------|--|--|--|
| ADMINISTRATIVO - PERICIA                   |  |  |  |                           |  |               |  |                    |  |                |  |        |  |  |  |
| LOCAL DO EXAME<br>1 2 3 4<br>I   C   D   E |  | EXAMES REQUISITADOS<br>SIM ( ) NAO ( ) |  | DILIGENCIA<br>S ( ) N ( ) |  | MEDICO PERITO |  | MED. PERITO QUADRO |  | DT PROX. EXAME |  | D.R.E. |  |  |  |

|  |  |        |  |        |  |                                     |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
|--|--|--------|--|--------|--|-------------------------------------|--|--------|--|--------|--|--|--|--|--|
| SERVICO/SECAO DE GERENCIAMENTO DE BENEFICIOS POR INCAPACIDADE (GBENIN) |  |        |  |        |  |                                     |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 1 - CONFIRMADO LIMITE INDEFINIDO (LI)                                  |  | SIM( ) |  | NAO( ) |  | 4 - CONFIRMADO AUXILIO ACIDENTE(AA) |  | SIM( ) |  | NAO( ) |  |  |  |  |  |
| 2 - CONFIRMADO REVISAO EM 2 ANOS                                       |  | SIM( ) |  | NAO( ) |  | 5 - ALTERACAO DE ESPECIE (31 - 91)  |  | SIM( ) |  | NAO( ) |  |  |  |  |  |
| 3 - CONFIRMADO ACRESCIMO DE 25%  |  | SIM( ) |  | NAO( ) |  |                                     |  |        |  |        |  |  |  |  |  |

|                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| JUSTIFICATIVA DO PARECER: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| COD. MEDICO                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATA - ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

LAUDO MEDICO-PERICIAL

GMP

ORGAO LOCAL

INSS

No. BENEFICIO

ESPECIE

NOME DO EXAMINADO

DATA NASC.

IDADE

EST. CIVIL

SEXO

NATURALIDADE/NACIONALIDADE

R.G.

ORGAO

DAT

COD.PROFISSAO (CARACTERIZANDO O TIPO DE TRABALHO)

TEMPO DE PROFISSAO

SIT.FUNC.

E

D

A

LOCAL DE EXAME

I

C

D

E

TEVE BENEFICIO ANTERIOR ?

SIM ( )

NAO ( )

CAUSA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO

DID

DII

HISTORIA DA DOENCA ATUAL

ANTECEDENTES PESSOAIS

ESTADO DE NUTRICAO E ASPECTO GERAL

ATITUDE

BIOTIPO

ALTURA (cm)

PESO (Kg)

TEMPERATURA C

PULSO RADIAL

PRESSAO ARTERIAL

Max.:

Min.:

EXAMES DIVERSOS

1

2

3

4

5

6

TECIDO CELULAR SUBCUTANEO-PELE E FANEROS

APARELHO CIRCULATORIO

APARELHO RESPIRATORIO

APARELHO HEMOLINFOPOETICO

APARELHO DIGESTIVO

APARELHO GENITO URINARIO

A

B

( )

( )

( )

( )

( )

( )

7

8

9

10

11

12

APARELHO OSTEIO-ARTICULAR LIGAMENTOSO

APARELHO ENDOCRINO

SISTEMA NERVOSO

ORGAOS DOS SENTIDOS

EXAME MENTAL

OUTROS

A

B

( )

( )

( )

( )

( )

( )

7

8

9

10

11

12

APARELHO OSTEIO-ARTICULAR LIGAMENTOSO

APARELHO ENDOCRINO

SISTEMA NERVOSO

ORGAOS DOS SENTIDOS

EXAME MENTAL

OUTROS

'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