



FLUXO: EMITENTE (CHEFIA IMEDIATA); INTERESSADO: MÉDICO, SCPMSO

(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 SECUNDÁRIAS:

40 - CONCLUSÃO:

40.1. - AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA:

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

☐ PERÍODO REGULARIZADO DE ____/____/____ a ____/____/____, ART. _____, CID: _____

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. - AFASTAMENTO GERADO POR ATESTADOS ACUMULADOS ULTRAPASSA OS 15 DIAS DE LICENÇA A CARGO DO ESTADO (ORIENTAÇÃO PARA PROCURAR O INSS):

☐ SIM ☐ NÃO ÚLTIMO DIA DE AFASTAMENTO CONCEDIDO PELA SCPMSO ____/____/____.

40.3. - ORIENTAÇÃO A PROCURAR O INSS POR INDICAÇÃO DO MÉDICO PERITO:

☐ SIM ☐ NÃO ÚLTIMO DIA DE AFASTAMENTO CONCEDIDO PELA SCPMSO ____/____/____.

40.4. - OUTROS / COMPLEMENTAÇÃO: _____

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