

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: _____ / _____ / _____

36 - ANAMNESE: _____

HS

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