



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
DIRETORIA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

PERÍCIA MÉDICA

1. Identificação

Nome Matrícula
Cargo Lotação
E-mail Telefone
Período do Atestado a Data da Perícia

Obs.: Preencher o campo abaixo quando os atestados forem com períodos intercalados.

De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	De	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>

2. Perícia Médica

Idade Tempo na Função

Histórico



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
DIRETORIA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

Exame Físico

Diagnóstico (CID)

Considerações Médico Periciais

Data do início da incapacidade

Data provável da cessação da incapacidade

Há necessidade de revisão médico pericial antes do retorno do trabalho? Sim Não

Patologia definida nas leis
4714/01 e 7713/88? Sim Não

Pelotas,

Carimbo e Assinatura Médico Perito

Lançado por:

Em:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
DIRETORIA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

CONCLUSÃO PERICIAL

Nome

Matrícula

1. Há incapacidade para o Trabalho?

Não

Sim – Início da Incapacidade

Término da Incapacidade

2. Necessita Reavaliação prévia da Perícia médica antes do retorno ao trabalho?

Não

Sim – Data da perícia de reavaliação

3. Encaminhamento para reabilitação profissional? Sim Não

4. Há incapacidade definitiva (Aposentadoria por invalidez)? Sim Não

5. Patologia definida nas leis 4714/01 e 7713/88? Sim Não

Justificativa (CID)

Pelotas,

Carimbo e Assinatura Médico Perito

COMUNICAÇÃO DE RESULTADO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

Nº 0351

NOME: _____

EXAME Nº _____

PROTOCOLO: _____

CONCLUSÃO:

() INCAPACIDADE PARA O TRABALHO (AUXÍLIO DOENÇA) DE: ___/___/___ À ___/___/___

() PRORROGADO PERÍODO DA LICENÇA (AUXÍLIO DOENÇA) DE: ___/___/___ À ___/___/___

() NÃO HÁ INCAPACIDADE PARA O TRABALHO

() ENCAMINHADO PARA READAPTAÇÃO FUNCIONAL

() HÁ INCAPACIDADE DEFINITIVA (APOSENTADORIA POR INVALIDEZ)

A MOLÉSTIA SE ENQUADRA PARA ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA? () SIM () NÃO

OBS: Caso seja necessária a prorrogação da licença, deverá marcar nova perícia no SSO nos 7 dias que antecedem o final da licença

PELOTAS ___/___/___

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO PERITO

RECEBI A 1ª VIA EM ___/___/___

ASSINATURA DO EXAMINADO OU RESPONSÁVEL