



PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS

PREVPEL

Instituto de Previdência dos Servidores
Públicos Municipais de Pelotas

DIRETORIA DE BENEFÍCIOS - LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA

EXAME Nº 01 PARA

- (x) DEPENDENTE INVÁLIDO
 () APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
 () OUTROS

PROTOCOLO

Nº _____
DATA: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO

EXAMINADO: _____
DN: ___/___/___ SERVIDOR _____ MATRÍCULA: _____

Histórico da doença atual: _____

O afastamento decorreu de acidente de trabalho ocupacional: () sim () não

Regime de tratamento: () ambulatorial () hospitalar

Observações: (opiniões, conclusões): _____

EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Antecedentes: _____

Diagnóstico principal: _____

Exames complementares: (solicitações, resultados, pareceres especializados): _____

RESULTADO DO EXAME MÉDICO

CID:

--	--	--	--	--

- CONCLUSÃO: () APOSENTADORIA POR INVALIDEZ A PARTIR DE : ___/___/___
(1º DIA SEGUINTE AO ÚLTIMO LIMITE FIXADO NO AUXÍLIO DOENÇA)
- DE ACORDO COM A LEI MUNICIPAL 4.246 E O REGULAMENTO DE BENEFÍCIOS A APOSENTADORIA
POR INVALIDEZ SERÁ COM PROVENTOS () INTEGRAIS () PROPORCIONAIS
- () HÁ INVALIDEZ PARA DEPENDENTE
 () ESTÁ APTO PARA EXERCER SUAS ATIVIDADES
 () HÁ INCAPACIDADE PARA O TRABALHO ATÉ ___/___/___ () COM RETORNO AO TRABALHO
() COM REVISÃO
- () REABILITAÇÃO

DATA PROVÁVEL DE INÍCIO DA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO E/OU INVALIDEZ: ___/___/___

HÁ INCAPACIDADE PARA OS ATOS DA VIDA CIVIL? () SIM () NÃO

EM ___/___/___

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO PERITO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS

PREVPEL

Instituto de Previdência dos Servidores
Públicos Municipais de Pelotas

DIRETORIA DE BENEFÍCIOS - LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA

EXAME Nº 01 PARA

- () DEPENDENTE INVÁLIDO
 (X) APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
 () OUTROS

PROTOCOLO

Nº _____

DATA: ___ / ___ / ___

IDENTIFICAÇÃO

EXAMINADO: _____

DN: ___ / ___ / ___

SERVIDOR _____

MATRÍCULA: _____

Histórico da doença atual: _____

O afastamento decorreu de acidente de trabalho ocupacional: () sim () não

Regime de tratamento: () ambulatorial () hospitalar

Observações: (opiniões, conclusões): _____

EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Antecedentes: _____

Diagnóstico principal: _____

Exames complementares: (solicitações, resultados, pareceres especializados): _____

RESULTADO DO EXAME MÉDICO

CID:

--	--	--	--	--	--

- CONCLUSÃO: () APOSENTADORIA POR INVALIDEZ A PARTIR DE: ___/___/___
 (1º DIA SEGUINTE AO ÚLTIMO LIMITE FIXADO NO AUXÍLIO DOENÇA)
 - DE ACORDO COM A LEI MUNICIPAL 4.246 E O REGULAMENTO DE BENEFÍCIOS A APOSENTADORIA
 POR INVALIDEZ SERÁ COM PROVENTOS () INTEGRAIS () PROPORCIONAIS
- () HÁ INVALIDEZ PARA DEPENDENTE
 () ESTÁ APTO PARA EXERCER SUAS ATIVIDADES
 () HÁ INCAPACIDADE PARA O TRABALHO ATÉ ___/___/___ () COM RETORNO AO TRABALHO
 () COM REVISÃO
- () REABILITAÇÃO

DATA PROVÁVEL DE INÍCIO DA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO E/OU INVALIDEZ: ___/___/___

HÁ INCAPACIDADE PARA OS ATOS DA VIDA CIVIL? () SIM () NÃO

EM ___/___/___

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO PERITO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS

PREVPEL

Instituto de Previdência dos Servidores
Públicos Municipais de Pelotas

DIRETORIA DE BENEFÍCIOS - LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA

EXAME Nº 01 PARA

- () DEPENDENTE INVÁLIDO
- () APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
- (X) OUTROS

PROTOCOLO

Nº _____
DATA: ___ / ___ / _____

IDENTIFICAÇÃO

EXAMINADO: _____
DN: ___ / ___ / ___ SERVIDOR _____ MATRÍCULA: _____

Histórico da doença atual: _____

O afastamento decorreu de acidente de trabalho ocupacional: () sim () não

Regime de tratamento: () ambulatorial () hospitalar

Observações: (opiniões, conclusões): _____

EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Antecedentes: _____

Diagnóstico principal: _____

Exames complementares: (solicitações, resultados, pareceres especializados): _____

RESULTADO DO EXAME MÉDICO

CID:

--	--	--	--	--

- CONCLUSÃO: () APOSENTADORIA POR INVALIDEZ A PARTIR DE : ___ / ___ / ___
 (1º DIA SEGUINTE AO ÚLTIMO LIMITE FIXADO NO AUXÍLIO DOENÇA)
 - DE ACORDO COM A LEI MUNICIPAL 4.246 E O REGULAMENTO DE BENEFÍCIOS A APOSENTADORIA
 POR INVALIDEZ SERÁ COM PROVENTOS () INTEGRAIS () PROPORCIONAIS
- () HÁ INVALIDEZ PARA DEPENDENTE
 - () ESTÁ APTO PARA EXERCER SUAS ATIVIDADES
 - () HÁ INCAPACIDADE PARA O TRABALHO ATÉ ___ / ___ / ___ () COM RETORNO AO TRABALHO
 () COM REVISÃO
 - () REABILITAÇÃO

DATA PROVÁVEL DE INÍCIO DA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO E/OU INVALIDEZ: ___ / ___ / ___
HÁ INCAPACIDADE PARA OS ATOS DA VIDA CIVIL? () SIM () NÃO

EM ___ / ___ / ___

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO PERITO