

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PARA FINS DE CONCESSÃO INTEGRALIZAÇÃO DE PROVENTOS

NOME COMPLETO	
CPF	MATRÍCULA SIAPE
ORGÃO	DATA DE NASC.:

- 1) Considerando o exame pericial realizado em ____/____/_____, concluímos que:
- a) O(A) examinado(a) é portador(a) de invalidez? **Sim () Não ()**.
 - b) O(A) examinado(a) é portador(a) de moléstia referida no §1º do art. 186 com o art. 190 da Lei nº 8.112/90? **Sim () Não ()**.
 - c) Nome da doença, por extenso: _____
 - d) CID da doença invalidante: _____
 - e) Data do diagnóstico da invalidez: ____/____/_____
 - f) O(A) examinado(a) deverá retornar para reavaliação? **Sim () Não ()**
Se sim, data prevista para reavaliação: ____/____/_____

/

Em, ____/____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E CNPJ DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL