



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA
Rua Carlos Trecenti, 105 – CEP 18.683-214 – Centro – Lençóis Paulista – SP
Fone/Fax (0xx14) 3264.8700 – 3264.8787
CNPJ 07.556.356/0001-55
site: www.iprem.sp.gov.br – e-mail: iprem@lencoispaulista.sp.gov.br

ANEXO V

FORMULÁRIO DE LAUDO MÉDICO PERICIAL – FOLHA 1

LAUDO MÉDICO PERICIAL – APOSENTADORIA POR INVALIDEZ						
Nome:					Matrícula:	
Data Nasc.:		Idade:	Sexo:	CPF:		
Cargo:			Data de Admissão:			
RELATÓRIO DE INVALIDEZ PERMANENTE						
Causa do afastamento do trabalho: _____						
Data início da licença: _____ Data início da doença: _____						
Histórico da doença que culminou na invalidez permanente:						
Antecedentes pessoais:						
Estado de nutrição e aspecto geral:					Atitude:	
Biotipo	Altura	Peso	Temperatura	Pulso Radial	Pressão Arterial	
	cm	Kg	°C		Máx	Mín
EXAMES DIVERSOS						
Espécie	A	B	Espécie	A	B	
1 – Tecido Celular Subcutâneo-Pele e Fanos			7 – Aparelho Osteo-Articular Ligamentoso			
2 – Aparelho Circulatório			8 – Aparelho Endócrino			
3 – Aparelho Respiratório			9 – Sistema Nervoso			
4 – Aparelho Hemolinfopoético			10 – Órgãos dos Sentidos			
5 – Aparelho Digestivo			11 – Exame Mental			
6 – Aparelho Genito Urinário			12 – Outros			
A = Exames realizados sem particularidades // B = Exames realizados conforme relatados abaixo						
Requisições Indispensáveis:						



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA
Rua Carlos Trecenti, 105 – CEP 18.683-214 – Centro – Lençóis Paulista – SP
Fone/Fax (0xx14) 3264.8700 – 3264.8787
CNPJ 07.556.356/0001-55
site: www.iprem.sp.gov.br – e-mail: iprem@lencoispaulista.sp.gov.br

FORMULÁRIO DE LAUDO MÉDICO PERICIAL – FOLHA 2

LAUDO MÉDICO PERICIAL – APOSENTADORIA POR INVALIDEZ	
Nome: _____ Matrícula: _____	
Data Nasc.: _____	Idade: _____ Sexo: _____ CPF: _____
Cargo: _____	Data de Admissão: _____
RELATÓRIO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
1 – Está o examinado incapacitado permanentemente para o trabalho? ☐ SIM ☐ NÃO	
1.1 – Informar a data de constatação da invalidez permanente: _____	
2 – A invalidez é decorrente de acidente de trabalho? Se sim anexar cópia Da NAT ☐ SIM ☐ NÃO	
3 – A invalidez é decorrente de doença profissional ou de doença do trabalho? ☐ SIM ☐ NÃO	
4 – Há nexo entre a lesão/acidente ou a doença e o trabalho? ☐ SIM ☐ NÃO	
5 – Há histórico de afastamento anterior pela mesma doença? ☐ SIM ☐ NÃO	
6 – Há histórico de afastamento anterior por outra doença? ☐ SIM ☐ NÃO	
7 – Há a possibilidade de recuperação à longo prazo? ☐ SIM ☐ NÃO	
8 – O examinado foi submetido a readaptação profissional? ☐ SIM ☐ NÃO	
9 – O examinado foi considerado insuscetível a readaptação/reabilitação profissional? <i>(Anexar relatório multiprofissional e interdisciplinar)</i> ☐ SIM ☐ NÃO	
Diagnóstico (LITERAL)	Código do Diagnóstico – CID
	=
	=
	=
	=
	=
Informações Adicionais/Observações:	



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA
Rua Carlos Trecenti, 105 – CEP 18.683-214 – Centro – Lençóis Paulista – SP
Fone/Fax (0xx14) 3264.8700 – 3264.8787
CNPJ 07.556.356/0001-55
site: www.iprem.sp.gov.br – e-mail: iprem@lencoispaulista.sp.gov.br

FORMULÁRIO DE LAUDO MÉDICO PERICIAL – FOLHA 3

LAUDO MÉDICO PERICIAL – APOSENTADORIA POR INVALIDEZ			
Nome:			Matrícula:
Data Nasc.:	Idade:	Sexo:	CPF:
Cargo:		Data de Admissão:	
RELATÓRIO DE INVALIDEZ PERMANENTE			
11 – A invalidez é decorrente doença grave nos termos da Portaria MTP/MS n.º 22/2022? (Caso “SIM”, indicar a doença dentre as relacionadas no quadro abaixo) ☐ SIM ☐ NÃO			
QUADRO DE DOENÇAS GRAVES (Portaria Interministerial MTP/MS n.º 22/2022)			
1 ☐ Tuberculose Ativa 2 ☐ Hanseníase 3 ☐ Transtorno Mental Grave, desde que esteja cursando com Alienação Mental 4 ☐ Neoplasia Maligna 5 ☐ Cegueira Posterior ao Ingresso no Serviço Público 6 ☐ Paralisia Irreversível e Incapacitante 7 ☐ Cardiopatia Grave 8 ☐ Doença de Parkinson 9 ☐ Espondilite Anquilosante 10 ☐ Nefropatia Grave 11 ☐ Estados Avançados do Mal de Paget (Osteíte Deformante) 12 ☐ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS 13 ☐ Contaminação por Radiação, com base em conclusão da medicina especializada 14 ☐ Hepatopatia Grave 15 ☐ Esclerose Múltipla 16 ☐ Acidente Vascular Encefálico (agudo)* 17 ☐ Abdome Agudo Cirúrgico* (*) As doenças e afecções listadas nos itens 16 e 17 serão enquadradas como isentas de carência quando apresentarem quadro de evolução aguda e atenderem a critérios de gravidade.			
CONCLUSÃO			
ATESTO, que o(a) servidor(a) acima identificado(a) foi submetido(a) à avaliação médica pericial conclusiva, sendo considerado(a):			
☐ APTO para exercer atividades profissionais normais em seu Cargo Efetivo.			
☐ APTO para exercer atividades profissionais, porém com restrições.			
☐ INAPTO/INCAPACITADO para exercer atividades profissionais.			
Local e Data:		Médico Perito:	
"Local," "dd" de "mmmm" de "aaaa".			
Carimbo do Médico com CRM		Assinatura do Médico	