



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
Instituto Nacional do Seguro Social

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL N° \_\_\_\_\_**

<b>SERVIDOR</b>	1. Nome do Servidor		2. Matrícula SIAPE	
	3. Estado Civil	4. Sexo	5. Data de Nascimento	
	6. Endereço		7. Telefone	
	8. Cargo Efetivo		9. Data de Admissão	
	10. Unidade de Lotação		11. Código da Unidade de Lotação	
	12. Motivo			
	13. Informações Complementares (para licença por motivo de doença em pessoa da família)			
	13.1. Nome do Familiar		13.2. Grau de Parentesco	
	14. Último dia trabalhado ____/____/____	15. Data do início do agravo ____/____/____	16. Data do início da incapacidade ____/____/____	
	<b>HISTÓRICO</b>			
	17. História da doença atual			
	18. Antecedentes Pessoais			
	Visto da Chefia Imediata ____/____/____ Data			



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
Instituto Nacional do Seguro Social

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL N° \_\_\_\_\_**

**UNIDADE DE PERÍCIA MÉDICA**

EXAME FÍSICO			
19. Peso (Kg)	20. Altura	21. Frequência Cardíaca	22. Pressão Arterial
23. Dados objetivos do exame			
24. Requisições/Resultados do Exame			
25. Pareceres de outros Profissionais da equipe multiprofissional de saúde, anexados:			
AMBIENTE LABORAL			
26. Histórico Operacional			
27. Riscos identificados no ambiente de trabalho atual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prejudicado <input type="checkbox"/> Não se aplica			
27.1. Se SIM :			
27.1.1. Físico: <input type="checkbox"/> Ruído Contínuo <input type="checkbox"/> Ruído de Impacto <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Radiação Ionizante <input type="checkbox"/> Ar Comprimido <input type="checkbox"/> Radiações não Ionizantes <input type="checkbox"/> Vibrações			
27.1.2. Químico: <input type="checkbox"/> Agentes Químicos <input type="checkbox"/> Aerodispersóides <input type="checkbox"/> Atividades e Operações com Agentes Químicos			
27.1.3. Biológico: <input type="checkbox"/> Sim			
27.1.4. Ergonômico: <input type="checkbox"/> Iluminação <input type="checkbox"/> Mobiliário <input type="checkbox"/> Organização do Trabalho			
27.1.5. Mecânico: <input type="checkbox"/> Sim			
27.2. Laudo de Avaliação Ambiental n° _____ de ____/____/____, feito por _____			
27.3. Prejudicado: <input type="checkbox"/> Não existência de laudo <input type="checkbox"/> Outro _____			
28. Diagnóstico provável			28.1. CID-10
28.2. É necessário parecer de especialista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prejudicado <input type="checkbox"/> Não se aplica		28.3. Qual (is):  <p style="text-align: right;">(Anexar a este laudo)</p>	



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
Instituto Nacional do Seguro Social

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL N° \_\_\_\_\_**

<b>UNIDADE DE PERÍCIA MÉDICA</b>	QUESITOS	
	29. Diante do resultado do exame, está o servidor temporariamente incapaz para o exercício do cargo:  ( ) Sim ( ) Não ( ) Prejudicado ( ) Não se aplica	
	29.1. Em caso afirmativo, necessita o servidor de licença:  ( ) Inicial ( ) Prorrogação	29.2. Em caso de <u>prejudicado</u> , o servidor necessita ser reabilitado?  ( ) Sim ( ) Não
	30. Por quanto tempo?  ( ) _____ dias, a partir de ____/____/____ até ____/____/____	31. Está o examinado inválido para o exercício de suas funções ou outras correlatas?  ( ) Sim ( ) Não ( ) Prejudicado ( ) Não se aplica A partir de ____/____/____
	32. O servidor necessita se readaptado?  ( ) Sim ( ) Não	
	33. A doença se enquadra no art. 186, inciso I, § 1º, da Lei nº 8.112/90?  ( ) Sim ( ) Não	33.1. Em caso afirmativo a partir de ____/____/____
	34. Qual hipótese diagnóstica (por extenso) _____ _____ _____	34.1. O servidor é portador de doença incapacitante, conforme previsto neste manual?  ( ) Sim ( ) Não
	35. A moléstia é decorrente decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional/ocupacional? (Inciso I, art. 186, da Lei 8.112/90)  ( ) Sim ( ) Não	
	36. Deverá ser comunicado ao Órgão Habilitador da Profissão?  ( ) Sim ( ) Não	37. Deverá ser exigida a nomeação de curador?  ( ) Sim ( ) Não
	38. O candidato tem condições de saúde para o exercício do cargo?  ( ) Sim ( ) Não ( ) Com limitação	
	39. É indispensável à assistência pessoal e constante do servidor à pessoa da família examinada?  ( ) Sim ( ) Não ( ) Prejudicado	39.1. Em caso afirmativo, deve ser concedida licença por  ( ) _____ dias, a partir de ____/____/____
	40. O pedido de remoção justifica-se sob o ponto de vista médico?  ( ) Sim ( ) Não ( ) Prejudicado	41. O examinado está inválido?  ( ) Totalmente ( ) Parcialmente ( ) Permanente ( ) Temporariamente ( ) Não ( ) Prejudicado
	42. É o examinado portador de deficiência?  ( ) Permanente ( ) Incapacitante ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Física ( ) Mental ( ) Múltipla	
	43. O ambiente, processo ou organização de trabalho, pode ser a causa ou concausa do afastamento do servidor?  ( ) Sim ( ) Não ( ) Prejudicado ( ) Não se aplica	



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
Instituto Nacional do Seguro Social

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL N° \_\_\_\_\_**

**UNIDADE DE PERÍCIA MÉDICA**

PARECER DA UNIDADE DE PERÍCIA MÉDICA

44. Parecer da Junta Médica ou do Perito Médico

45. Conclusão

O servidor deve ser afastado

O servidor deve continuar em exercício

O servidor deve ser aposentado por invalidez

O servidor deve ser reavaliado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O servidor deve reassumir em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O servidor deve ser encaminhado para \_\_\_\_\_

45.1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

46. Enquadramento Legal - Artigos da Lei 8.112/90:

Art. 83       Art. 83/82       Art. 202       Art. 202/82       Art. 207 (120 dias)       Art. 207 § 2º (120 dias)

Art. 207 § 3º (30 dias)       Art. 207 § 3º/82 (120 dias)       Art. 207 § 4º (30 dias)       Art. 210 (90 ou 30 dias)

Art. 211/82       Art. 211/82       Outros \_\_\_\_\_

47. Local e Data

Assinatura e matrícula SIAPE do 1º Perito

Assinatura e matrícula SIAPE do 2º Perito

Assinatura e matrícula SIAPE do 3º Perito

48. Observações

49. Homologação

Mantido o prazo

Alterado o prazo

Encaminhe-se a Unidade de Recursos Humanos

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e matrícula SIAPE do responsável pela Unidade de Perícia Médica



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
Instituto Nacional do Seguro Social

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL Nº \_\_\_\_\_**

<b>UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS</b>	50. _____ (concede ou não) licença no período de ____/____/____ a ____/____/____.	
	2 - Publique-se em BS/BSL.	
	3 - Arquive-se.	
_____/_____/_____ Data		_____ Assinatura e matrícula SIAPE do responsável
Publicado no BS/BSL nº _____ de ____/____/____	Dada ciência ao servidor por meio	
_____ Assinatura e carimbo do responsável	_____ Assinatura e carimbo do responsável	