

## NOTA DE ESCLARECIMENTO.

O INSTITUTO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES, por seu superintendente, **Sr. VAGNER DOS SANTOS OLIVEIRA**, em referência ao Ofício-Circular nº 7.352/2018, vem esclarecer que o servidor **RODRIGO HONORATO MARQUES** fora nomeado para o cargo de Médico Perito deste Instituto através da portaria nº 007/2017 para executar perícias nos servidores deste Município bem como emitir laudos periciais com carga horaria de 4 (quatro) horas mensais.

A medida foi tomada em razão da impossibilidade deste Instituto arcar com um profissional exclusivo para esta função haja vista ser a demanda de pequena monta porém imprescindível.

Entretanto, vale ressaltar que este Instituto desconhecia o acúmulo de cargos atestado pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais uma vez que, destaca-se, o referido profissional só comparecia a este Instituto quando requisitado para realizar os trabalhos para que fora contratado.

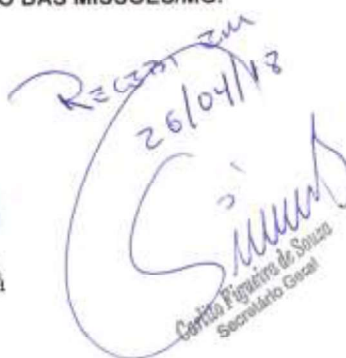
Sempre primando pela busca dos princípios legais, em ofertar aos órgãos competentes toda e qualquer informação necessária, nos colocamos à disposição de todos para quaisquer esclarecimentos.

Att.

INSTITUTO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES/MG.

São João das Missões, 25 de abril de 2018.

  
Wagner dos Santos Oliveira  
Superintendente

  
Carlos Figueira de Souza  
Secretário Geral

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES  
RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SERVIDOR

SERVIDOR(A) REGINA GONÇALVES DA SILVA

RG: MG4880376

CPF: 686925016-20

PIS:

CARGO AUXILAR DE ODONTOLOGIA

MÃE JOSÉLIA GONÇALVES DA SILVA

EST. CIVIL: CASADO

SEXO: FEMININO

DATA NASC: 15-7-1963

END:

FONE:

ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO

LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO

DADOS DO DEPENDENTE

NOME

RG:

CPF:

PIS:

CARGO

MÃE

EST. CIVIL:

SEXO:

DATA NASC:

END:

FONE:

FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA

- ☒ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado
- ☐ Outro

LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

PACIENTE FOI ACOMETIDA POR TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO APÓS CANCER DE MAMA. EM TRATAMENTO DE PATOLOGIA LOMBAR ATUALMENTE EM TRATAMENTO CONSERVADOR E FISIOTERAPIA. Não INDENTIFICANDO-SE INCAPACIDADE ATUAL. RECOMENDANDO-SE RETORNO A ATIVIDADE E SOMENTE REDUÇÃO DE TRANSPORTE DE CARGA E POSIÇÕES VICIOSAS.

CIP: 4, F33, M544

CONCLUSÃO

- ☒ Não constatação da incapacidade para a atividade laborativa apresentada
- ☐ Constatação de incapacidade permanente
- Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento ( ) dias a partir de
- Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_
- A incapacidade permanente se baseia em:
  - Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não
  - Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não
  - Doença grave ( ) Sim ( ) Não
  - Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não
  - Doença incurável ( ) Sim ( ) Não
- ☐ Outro

Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data

ITACARAMBI, 13/11/2017

MP Aparecida da Silva  
Supervisor de Serviço



PARECER DA JUNTA MÉDICA

## RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SERVIDOR

|                                   |                          |                     |  |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| SERVIDOR(A)                       | NELI ANTONIA DE SOUZA    |                     |  |
| RG: M5.513.547                    | CPF: 68692587672         | PIS:                |  |
| CARGO                             | PROFESSORA NAOS INICIAIS |                     |  |
| MÃE                               | HELENA FERREIRA DA SILVA |                     |  |
| EST. CIVIL:                       | SEXO: FEMININO           | DATA NASC: 01/09/67 |  |
| END:                              | FONE:                    |                     |  |
| ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO    |                          |                     |  |
| LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO |                          |                     |  |

## DADOS DO DEPENDENTE

|             |       |            |  |
|-------------|-------|------------|--|
| NOME        |       |            |  |
| RG:         | CPF:  | PIS:       |  |
| CARGO       |       |            |  |
| MÃE         |       |            |  |
| EST. CIVIL: | SEXO: | DATA NASC: |  |
| END:        | FONE: |            |  |

## FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA

- ☒ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado
- ☐ Outro

## LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL TÍBIA E FIBULA FIXADO COM PLACAS A PARAFUSOS. RX DO DIA 20/12/17 APRESENTA FRATURA SEM CONSOLIAÇÃO E DENSITOMETRIA COM -3DP. RECOMENDA-SE AFASTAMENTO LABORATIVO ATÉ A CORREÇÃO ADEQUADA DA PATOLOGIA. SUGERINDO-SE CENTO E OITENTA DIAS.

ID: S824

## CONCLUSÃO

- ☐ Não constatação da incapacidade
- ☐ Constatação de incapacidade permanente
- ☒ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento (CENTO E OITENTA) dias a partir de 15/11/2017

Data de início da incapacidade:

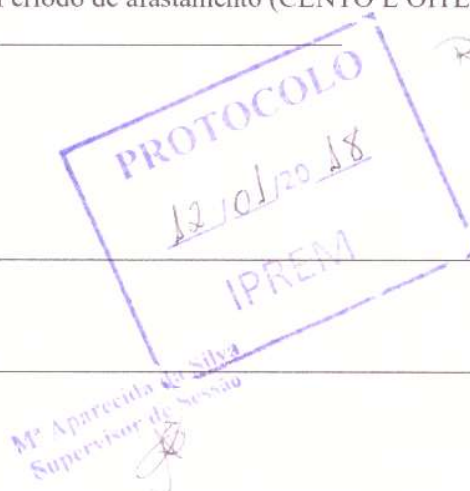
A incapacidade permanente se baseia em:

- Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não
- Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não
- Doença grave ( ) Sim ( ) Não
- Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não
- Doença incurável ( ) Sim ( ) Não

☐ Outro

Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data

CARAMBI, 11/01/2018



Retorno 14/05/18

M<sup>te</sup> Aparecida da Silva  
Supervisor de Serviço



## RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SERVIDOR

SERVIDOR(A) NELI ANTONIA DE SOUZA

RG: M5.513.547

CPF: 68692587672

PIS:

CARGO PROFESSORA NAOS INICIAIS

MÃE HELENA FERREIRA DA SILVA

EST. CIVIL:

SEXO: FEMININO

DATA NASC: 01/09/67

END:

FONE:

ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO

LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO

## DADOS DO DEPENDENTE

NOME

RG:

CPF:

PIS:

CARGO

MÃE

EST. CIVIL:

SEXO:

DATA NASC:

END:

FONE:

## FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA

- ☒ Auxílio-doença  
☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho  
☐ Aposentadoria por invalidez  
☐ Salário-maternidade  
☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado  
  
☐ Outro

## LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

FRATURA DE TÍBIA E FIBULA FIXADO COM PLACAS A PARAFUSOS.

DEFERE-SE ATESTADO DE NOVENTA DIAS SOLICITADO PELO MÉDICO ASSISTENTE.

CIL 824

## CONCLUSÃO

- ☐ Não constatação da incapacidade  
☐ Constatação de incapacidade permanente  
☒ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento (NOVENTA) dias a partir de 15/08/2017  
Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_

A incapacidade permanente se baseia em:

- Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não  
Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não  
Doença grave ( ) Sim ( ) Não  
Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não  
Doença incurável ( ) Sim ( ) Não

☐ Outro

Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data

ITACARAMBI, 09/12/2017



PROTOCOLO  
09 12 17  
M<sup>te</sup> Aparecida da Silva  
Supervisora de Serviço

# INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE ITACARAMBI

## RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SERVIDOR

|                                       |                    |                       |
|---------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| SERVIDOR(A) MEIRALICE ARAÚJO DE JESUS |                    |                       |
| RG: MG10152793                        | CPF:               | PIS:                  |
| CARGO                                 |                    |                       |
| MÃE                                   | ANA MARIA DE JESUS |                       |
| EST. CIVIL:                           | SEXO: F            | DATA NASC: 08/02/1965 |
| END:                                  | FONE:              |                       |
| ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTÇÃO         |                    |                       |
| LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO     |                    |                       |

### DADOS DO DEPENDENTE

|             |       |            |
|-------------|-------|------------|
| NOME        |       |            |
| RG:         | CPF:  | PIS:       |
| CARGO       |       |            |
| MÃE         |       |            |
| EST. CIVIL: | SEXO: | DATA NASC: |
| END:        | FONE: |            |

### FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA

- ☒ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado
- ☐ Outro

### LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

PERICIADA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA DE CORREÇÃO DE ANEURISMA. FOI OPERADA EM 2003 DEVIDO A RUPTURA DE ANEURISMA. SEGUNDO RELATÓRIO DO DR MARCÍLIO MONTEIRO CATARINO A REOPERAÇÃO É POUCO PROVÁVEL DE SER RECOMENDADA. CURSA COM PERDA DE MEMÓRIA E EVOLUI COM DÉFICIT COGNITIVO LEVE. SEM RELATO DE OUTRO SINTOMA FOCAL. SEM PERDA DE FORÇA MUSCULAR OU PARESTESIA. RCR2T, MVF, SEM ROMBERG OU PERDA DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA FOCAL AO EXAME.

CID: F013

### CONCLUSÃO

- ☐ Não constatação da incapacidade que impeça a atividade laborativa
- ☐ Constatação de incapacidade permanente
- ☒ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento (TREZENTOS E SESENTA E CINCO) dias a partir de 11/01/18

Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_

A incapacidade permanente se baseia em:

- Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não
- Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não
- Doença grave ( ) Sim ( ) Não
- Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não
- Doença incurável ( ) Sim ( ) Não

☐ Outro

Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data

ITACARAMBI, 11/01/2018



Mª Aparecida da Silva  
Supervisor de Sessão



IPREM

## F15

|                                   |                    |                           |                       |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|
| SERVIDOR(A)                       |                    | MEIRALICE ARAÚJO DE JESUS |                       |
| RG: MG10152793                    |                    | CPF:                      | PIS:                  |
| CARGO                             |                    |                           |                       |
| MÃE                               | ANA MARIA DE JESUS |                           |                       |
| EST. CIVIL:                       |                    | SEXO: F                   | DATA NASC: 08/02/1965 |
| END:                              |                    | FONE:                     |                       |
| ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO    |                    |                           |                       |
| LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO |                    |                           |                       |

|             |  |       |            |
|-------------|--|-------|------------|
| NOME        |  |       |            |
| RG:         |  | CPF:  | PIS:       |
| CARGO       |  |       |            |
| MÃE         |  |       |            |
| EST. CIVIL: |  | SEXO: | DATA NASC: |
| END:        |  |       | FONE:      |

- ☒ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado
- ☐ Outro

PERICIADA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA DE CORREÇÃO DE ANEURISMA. REFERE QUADRO DE CEFALIA HEMICRÂNICA SEM RELATO DE OUTRO SINTOMA FOCAL. SEM PERDA DE FORÇA MUSCULAR OU PARALISIA. RCR2T, MVF, SEM ROMBERG OU PERDA DE FORÇA, SEM ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA FOCAL AO EXAME.

☐ Não constatação da incapacidade que impeça a atividade laborativa  
☐ Constatação de incapacidade permanente  
☐ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento ( \_\_\_\_\_ ) dias a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_  
 A incapacidade permanente se baseia em:  
 Acidente em serviço (    ) Sim (    ) Não  
 Moléstia profissional (    ) Sim (    ) Não  
 Doença grave (    ) Sim (    ) Não  
 Doença contagiosa (    ) Sim (    ) Não  
 Doença incurável (    ) Sim (    ) Não  
☐ Outro

ITACARAMBI, 09/10/2017

Mr Aparecida da Silva  
Supervisor de Sessão

# INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES

## RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SERVIDOR

|  |                           |                       |  |
|--|---------------------------|-----------------------|--|
| SERVIDOR(A)  | MARIA HELENA RIBEIRO LIMA |                       |  |
| RG: MG7.308.679  | CPF:                      | PIS:                  |  |
| CARGO  | SERVENTE ESCOLAR          |                       |  |
| MÃE  | JOANA PEREIRA DA SILVA    |                       |  |
| EST. CIVIL: VIUVA  | SEXO: FEMININO            | DATA NASC: 02/07/1952 |  |
| END: RUA MAJOR QUIRINO N 113, CENTRO, S. JOÃO DAS MISSÕES-MG | FONE: (38) 99918-2940     |                       |  |
| ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO                               |                           |                       |  |
| LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO                            |                           |                       |  |

### DADOS DO DEPENDENTE

|             |       |            |  |
|-------------|-------|------------|--|
| NOME        |       |            |  |
| RG:         | CPF:  | PIS:       |  |
| CARGO       |       |            |  |
| MÃE         |       |            |  |
| EST. CIVIL: | SEXO: | DATA NASC: |  |
| EN          | FONE: |            |  |

### FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA

- ☒ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado
- ☐ Outro

### LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

PERICIADA REFERE QUADRO DE DOR LOMBAR CRÔNICA, NÃO APRESENTA EXAMES OU RELATÓRIO ESPECÍFICOS PARA A APTOLOGIA. AO EXAME NOTA-SE CIFOESCOLIOSE E NÃO SE IDENTIFICA RADICULOPATIAS OU ARTRALGIAS EVIDENTES. SEM OUTRAS PATOLOGIAS IMPACTANTES PARA A ATIVIDADE LABORATIVA. DEFERE-SE O ATESTADO SOLICITADO PELO MÉDICO ASSISTENTE DR MARCELO C. DAS DOS SANTOS CRMMG 60001. RECOMENDA-SE READAPTAÇÃO DAS ATIVIDADES COM REDUÇÃO DE CARGA VISTO AS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES REFERENTE AS PATOLOGIAS OSTEOARTICULARES COM COMPLICAÇÕES EM LER/DORT. CID:M54.5

### CONCLUSÃO

- ☐ Não constatação da incapacidade
  - ☐ Constatação de incapacidade permanente
  - ☒ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento (NOVENTA) dias a partir de 19/09/2017
- A incapacidade permanente se baseia em:
- Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não
  - Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não
  - Doença grave ( ) Sim ( ) Não
  - Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não
  - Doença incurável ( ) Sim ( ) Não
  - ☐ Outro

Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data

ITACARAMBI, 09/12/2017





**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES**

**RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA**

**DADOS DO SERVIDOR**

**SERVIDOR(A)** MARIA ELIZA CAMPOS SILVA

**RG:** **CPF:** 04357105676

**PIS:**

**CARGO**

**MÃE** MARIA ILZA DA SILVA RODRIGUES

**EST. CIVIL:** CASADA

**SEXO:** FEMININO

**DATA NASC:** 07/09/1971

**END:**

**FONE:**

**ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO**

**LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO**

**DADOS DO DEPENDENTE**

**NOME**

**RG:** **CPF:**

**PIS:**

**CARGO**

**MÃE**

**EST. CIVIL:**

**SEXO:**

**DATA NASC:**

**END:**

**FONE:**

**FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA**

- ☒ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado
- ☐ Outro

**LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES**

PERICIA DO FOI SUBMETIDA A AVALIAÇÃO NO QUAL OBSERVA-SE CHOROSA, HIPOTÍMICA. MÉDICO ASSISTENTE RECOMENDA AFASTAMENTO DA ATIVIDADE ATÉ MELHORA DO QUADRO DEPRESSIVO.

**CID:** C20

**CONCLUSÃO**

- ☐ Não constatação da incapacidade
- ☐ Constatação de incapacidade permanente
- ☒ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento (NOVENTA) dias a partir de 28/08/2017

Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_

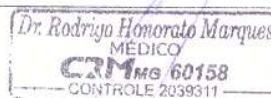
A incapacidade permanente se baseia em:

- Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não
- Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não
- Doença grave ( ) Sim ( ) Não
- Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não
- Doença incurável ( ) Sim ( ) Não

☐ Outro

**Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data**

ITACARAMBI, 13/11/2017





**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES**

**RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA**

**DADOS DO SERVIDOR**

|  |  |                                 |  |
|--|--|---------------------------------|--|
| <b>SERVIDOR(A)</b> MARIA EDINA FERNANDES MOREIRA |  |                                 |  |
| <b>RG:</b> 14.903.666                            |  | <b>CPF:</b>                     |  |
| <b>CARGO</b>                                     |  | <b>GARI</b>                     |  |
| <b>MÃE</b>                                       |  | <b>MARIA GONÇALVES DA SILVA</b> |  |
| <b>EST. CIVIL:</b> VIÚVA                         |  | <b>SEXO:</b> FEMININO           |  |
| <b>END:</b>                                      |  | <b>DATA NASC:</b> 14/11/1957    |  |
| <b>ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO</b>            |  | <b>FONE:</b>                    |  |
| <b>LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO</b>         |  |                                 |  |

**DADOS DO DEPENDENTE**

|                    |  |                   |  |
|--------------------|--|-------------------|--|
| <b>NOME</b>        |  |                   |  |
| <b>RG:</b>         |  | <b>CPF:</b>       |  |
| <b>CARGO</b>       |  |                   |  |
| <b>MÃE</b>         |  |                   |  |
| <b>EST. CIVIL:</b> |  | <b>SEXO:</b>      |  |
| <b>END:</b>        |  | <b>DATA NASC:</b> |  |
|                    |  | <b>FONE:</b>      |  |

**FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA**

- ☒ Auxílio-doença  
☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho  
☐ Aposentadoria por invalidez  
☐ Salário-maternidade  
☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado  
  
☐ Outro

**LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES**

PACIENTE COM QUEIXA DE POLIARTRALGIA E FRAQUEZA MUSCULAR, DENSITOMETRIA COM OSTEOPOROSE, AO EXAME SEM EVIDENCIA DE DISTURBIO DE MARÇA OU ARTRALGIA EM DEAMBULAÇÃO E SEM RESTRIÇÃO ARTICULAR.  
 RECOMENDA-SE RESTRIÇÃO DE TRANSPORTE DE CARGA PARA A ATIVIDADE LABORATIVA E AVALIAÇÃO DE ERGONOMIA PARA O EXERCÍCIO LABORATIVO.

CID: M25.5; M54.1, M80.0

**CONCLUSÃO**

- ☒ Não constatação da incapacidade para a atividade laborativa  
☐ Constatação de incapacidade permanente  
☐ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento ( ) dias a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_  
 A incapacidade permanente se baseia em:  
 Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não  
 Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não  
 Doença grave ( ) Sim ( ) Não  
 Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não  
 Doença incurável ( ) Sim ( ) Não  
☐ Outro

**Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data**

ITACARAMBI, 08/04/2017

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES**

**RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA**

**DADOS DO SERVIDOR**

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| <b>SERVIDOR(A)</b> MARIA EDINA FERNANDES MOREIRA |  |                              |  |
| <b>RG:</b> 14.903.666                            |  | <b>CPF:</b>                  |  |
| <b>CARGO</b>                                     |  | <b>GARI</b>                  |  |
| <b>MÃE</b>                                       |  | MARIA GONÇALVES DA SILVA     |  |
| <b>EST. CIVIL:</b> VIÚVA                         |  | <b>SEXO:</b> FEMININO        |  |
| <b>END:</b>                                      |  | <b>DATA NASC:</b> 14/11/1957 |  |
| <b>ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO</b>            |  | <b>FONE:</b>                 |  |
| <b>LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO</b>         |  |                              |  |

**DADOS DO DEPENDENTE**

|                    |  |                   |  |
|--------------------|--|-------------------|--|
| <b>NOME</b>        |  |                   |  |
| <b>RG:</b>         |  | <b>CPF:</b>       |  |
| <b>CARGO</b>       |  | <b>PIS:</b>       |  |
| <b>MÃE</b>         |  |                   |  |
| <b>EST. CIVIL:</b> |  | <b>SEXO:</b>      |  |
| <b>END:</b>        |  | <b>DATA NASC:</b> |  |
|                    |  | <b>FONE:</b>      |  |

**FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA**

- ☒ Auxílio-doença  
☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho  
☐ Aposentadoria por invalidez  
☐ Salário-maternidade  
☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado  
  
☐ Outro

**LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES**

PACIENTE COM QUEIXA DE POLIARTRALGIA E FRAQUEZA MUSCULAR, DENSITOMETRIA COM OSTEOPOROSE, AO EXAME SEM EVIDENCIA DE DISTURBIO DE MARÇA OU ARTRALGIA EM DEAMBULAÇÃO E SEM RESTRIÇÃO ARTICULAR.  
 RECOMENDA-SE RESTRIÇÃO DE TRANSPORTE DE CARGA PARA A ATIVIDADE LABORATIVA E AVALIAÇÃO DE ERGONOMIA PARA O EXERCICIO LABORATIVO.

CID: M50.5; M54.1, M80.0

**CONCLUSÃO**

- ☒ Não constatação da incapacidade para a atividade laborativa  
☐ Constatação de incapacidade permanente  
☐ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento ( ) dias a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_  
 A incapacidade permanente se baseia em:  
 Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não  
 Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não  
 Doença grave ( ) Sim ( ) Não  
 Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não  
 Doença incurável ( ) Sim ( ) Não  
☐ Outro

**Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data**

ITACARAMBI, 08/04/2017



# INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE ITACARAMBI

## RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SERVIDOR

|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| <b>SERVIDOR(A)</b> MARIA DAS DORES DE ASSIS SOUZA |   |                              |
| <b>RG:</b> M-9.157.909                            | <b>CPF:</b> 058172446-16                  | <b>PIS:</b>                  |
| <b>CARGO</b>                                      | <b>SERVENTE ESCOLAR</b>                   |                              |
| <b>MÃE</b>  | <b>IRACEMA ANGELICA DE OLIVEIRA ASSIS</b> |                              |
| <b>EST. CIVIL:</b>                                | <b>SEXO:</b> FEMININO                     | <b>DATA NASC:</b> 12/05/1961 |
| <b>END:</b>                                       | <b>FONE:</b>                              |                              |
| <b>ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO</b>             |   |                              |
| <b>LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO</b>          |   |                              |

### DADOS DO DEPENDENTE

|                    |              |                   |
|--------------------|--------------|-------------------|
| <b>NOME</b>        |              |                   |
| <b>RG:</b>         | <b>CPF:</b>  | <b>PIS:</b>       |
| <b>CARGO</b>       |              |                   |
| <b>MÃE</b>         |              |                   |
| <b>EST. CIVIL:</b> | <b>SEXO:</b> | <b>DATA NASC:</b> |
| <b>END:</b>        | <b>FONE:</b> |                   |

### FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA

- ☐ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado
- ☐ Outro

### LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

PERICIADA APRESENTA QUADRO TENDINOPATIA E ENTESITES EM COTOVELO, PARESTESIAS EM MÃO E DISFUNÇÃO DO FIBULARES. US DE COTOVELO COM AUMENTO E ESPESSAMENTO DE EXTENSORES DO ANTEBRAÇO. TC DE COLUNA LOMBAR DO DIA 14/04/2015 COM ESPONDILODISCOARTROSE LOMBAR. DEFERE-SE REAJUSTE FUNCIONAL RESALTANDO A NECESSIDADE DE REDUÇÃO DE TRANSPORTE DE CARGA A MENOS QUE 3 KG E POSTURAS INADEQUADAS ERGONOMICAMENTE. E DISTRIBUIÇÃO COM RODÍZIO DE ATIVIDADE EVITANDO MOVIMENTOS REPETITIVOS E DE PRENSÃO E FORÇA CONTÍNUAS.

CID: \_\_\_\_\_

### CONCLUSÃO

- ☐ Não constatação da incapacidade que impeça a atividade laborativa
- ☐ Constatação de incapacidade permanente
- ☐ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento ( \_\_\_\_\_ ) dias a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_
- A incapacidade permanente se baseia em:
  - Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não
  - Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não
  - Doença grave ( ) Sim ( ) Não
  - Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não
  - Doença incurável ( ) Sim ( ) Não
- ☐ Outro DEFERE-SE REAJUSTE FUNCIONAL PELO PRAZO DE SEIS MESES NOS TERMOS RELATADOS

ACIMA

Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data

ITACARAMBI, 09/10/2017



# INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES

## RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SERVIDOR

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| <b>SERVIDOR(A)</b> MARIA DA GLÓRIA GONÇALVES DOS SANTOS |  |                              |  |
| <b>RG:</b> MG12.383.617                                 |  | <b>CPF:</b>                  |  |
| <b>CARGO</b> SERVENTE ESCOLAR                           |  | <b>PIS:</b>                  |  |
| <b>MÃE</b> JUSTINA PINHEIRO DA SILVA SANTOS             |  |                              |  |
| <b>EST. CIVIL:</b> SOLTEIRA                             |  | <b>SEXO:</b> FEMININO        |  |
| <b>END:</b>   |  | <b>DATA NASC:</b> 30/06/1975 |  |
| <b>ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO</b>                   |  | <b>FONE:</b>                 |  |
| <b>LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO</b>                |  |                              |  |

### DADOS DO DEPENDENTE

|                    |  |                   |  |
|--------------------|--|-------------------|--|
| <b>NOME</b>        |  |                   |  |
| <b>RG:</b>         |  | <b>CPF:</b>       |  |
| <b>CARGO</b>       |  | <b>PIS:</b>       |  |
| <b>MÃE</b>         |  |                   |  |
| <b>EST. CIVIL:</b> |  | <b>SEXO:</b>      |  |
| <b>END:</b>        |  | <b>DATA NASC:</b> |  |
|                    |  | <b>FONE:</b>      |  |



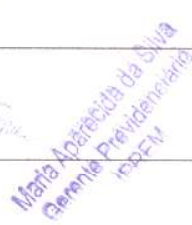
### FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA

|  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Auxílio-doença<br><input type="checkbox"/> Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho<br><input type="checkbox"/> Aposentadoria por invalidez<br><input type="checkbox"/> Salário-maternidade<br><input type="checkbox"/> Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado<br><br><input type="checkbox"/> Outro |
|--|

### LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

|  |
|--|
| PACIENTE COM TRANSTORNO COMPORTAMENTAL E CONVULSIVO CURSANDO COM ALTERAÇÕES SUGESTIVAS DE TRANSTORNO CONVERSIVO.<br>TC DE CRANIO DE 2011 SEM ALTERAÇÕES EVIDENTES<br>EXAME PSIQUIATRICO COM FALA LOGORREICA E POLIQUEIXOSA<br><br>CID 1.2; F32.3; G40.2; F68.1 |
|--|

### CONCLUSÃO

|  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não constatação da incapacidade em exame atual recomendando retorno a atividade.<br><input type="checkbox"/> Constatação de incapacidade permanente<br><input type="checkbox"/> Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento ( ) dias a partir de / /<br>Data de início da incapacidade: _____<br>A incapacidade permanente se baseia em:<br>Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não<br>Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não<br>Doença grave ( ) Sim ( ) Não<br>Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não<br>Doença incurável ( ) Sim ( ) Não<br><input type="checkbox"/> Outro | <div style="text-align: center;"> <br/> <br/>       Dr. Rodrigo<br/>       Médico<br/>       CRM 60150     </div> <div style="text-align: center;"> <br/>       Maria Apolista da Silva<br/>       Gerente Previdenciário<br/>       1007-14     </div> |
| <b>Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data</b><br>ITACARAMBI, 08/04/2017   |  |



# INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE ITACARAMBI

## RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SERVIDOR

|   |                         |                              |
|---|-------------------------|------------------------------|
| <b>SERVIDOR(A)</b> MARIA ARLINDA BATISTA LIMA.doc |                         |                              |
| <b>RG:</b> MG297575156                            | <b>CPF:</b> 03135696650 | <b>PIS:</b>                  |
| <b>CARGO</b>                                      | LAVADEIRA               |                              |
| <b>MÃE</b>  | IDÁLIA COSTA LIMA       |                              |
| <b>EST. CIVIL:</b> CASADA                         | <b>SEXO:</b> FEMININO   | <b>DATA NASC:</b> 01-12-1958 |
| <b>END:</b>                                       | <b>FONE:</b>            |                              |
| <b>ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO</b>             |                         |                              |
| <b>LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO</b>          |                         |                              |

### DADOS DO DEPENDENTE

|                    |              |                   |
|--------------------|--------------|-------------------|
| <b>NOME</b>        |              |                   |
| <b>RG:</b>         | <b>CPF:</b>  | <b>PIS:</b>       |
| <b>CARGO</b>       |              |                   |
| <b>MÃE</b>         |              |                   |
| <b>EST. CIVIL:</b> | <b>SEXO:</b> | <b>DATA NASC:</b> |
| <b>END:</b>        | <b>FONE:</b> |                   |

### FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA

- ☒ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado
- 
- ☒ Outro REAJUSTE FUNCIONAL

### LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

PACIENTE COM QUADRO DE DOR ARTICULAR E EM OMBRO. ULTRASSOM SUGERE TENDINOPATIA DE SUPRAESPINAL SEM SINAIS DE ROTURA. RECOMENDA-SE REAJUSTE FUNCIONAL POR UM PERÍODO DE UM A NO A FIM DE MELHORA CLÍNICA, LOGO APÓS RETORNO A ATIVIDADES INICIAIS. DEFERE-SE ATESTADO DE TRINTA DIAS A FIM DE REABILITAÇÃO

CIE 1797

### CONCLUSÃO

- ☐ Não constatação da incapacidade
- ☐ Constatação de incapacidade permanente
- ☒ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento (TRINTA) dias a partir de 19/02/2018

Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_

A incapacidade permanente se baseia em:

- Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não
- Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não
- Doença grave ( ) Sim ( ) Não
- Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não
- Doença incurável ( ) Sim ( ) Não
- Outro :

**Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data**

ITACARAMBI, 14/03/2018

## RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SERVIDOR

|  |                         |                       |  |
|--|-------------------------|-----------------------|--|
| SERVIDOR(A)  | Luiz Pereira Rezende    |                       |  |
| RG: mg8628608  | CPF: 253196838          | PIS:                  |  |
| CARGO  | PROFESSOR               |                       |  |
| MÃE  | Delfina Pereira Rezende |                       |  |
| EST. CIVIL: casado                                     | SEXO:                   | DATA NASC: 29/05/1975 |  |
| END: rua corenel furgence n 427 a, S. João das Missões |                         | FONE: (38)998540619   |  |
| ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO                         |                         |                       |  |
| LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO                      |                         |                       |  |

## DADOS DO DEPENDENTE

|             |       |            |  |
|-------------|-------|------------|--|
| NOME        |       |            |  |
| RG:         | CPF:  | PIS:       |  |
| CARGO       |       |            |  |
| MÃE         |       |            |  |
| EST. CIVIL: | SEXO: | DATA NASC: |  |
| END:        | FONE: |            |  |

## FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA

- ☒ Auxílio-doença  
☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho  
☐ Aposentadoria por invalidez  
☐ Salário-maternidade  
☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado  
  
☐ Outro

## LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

Periciado iniciou quadro psicótico com crises agudas, vozes de comando, agorafobia e invasão do corpo e perda da dissociação do corpo com o ambiente. Em Uso atual de antipsicótico.

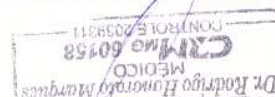
CID:  
F 20.0?

## CONCLUSÃO

- ☐ Não constatação da incapacidade  
☐ Constatação de incapacidade permanente  
☒ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento (trezentos e sessenta e cinco ) dias a partir de 17/05/2017  
Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_  
A incapacidade permanente se baseia em:  
Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não  
Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não  
Doença grave ( ) Sim ( ) Não  
Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não  
Doença incurável ( ) Sim ( ) Não  
☐ Outro

Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data

ITACARAMBI, 09 /10/2017



Mr Aparecida da Silva  
Super-Isolamento



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES**

**RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA**



**DADOS DO SERVIDOR**

|  |                                      |                              |
|--|--------------------------------------|------------------------------|
| <b>SERVIDOR(A)</b> JUSSILEIDE TEIXEIRA SOUZA |                                      |                              |
| <b>RG:</b>                                   | <b>CPF:</b> 032689846                | <b>PIS:</b>                  |
| <b>CARGO</b>                                 | <b>PROFESSORA</b>                    |                              |
| <b>MÃE</b>                                   | <b>VALDINA RAMOS DE SOUZA SANTOS</b> |                              |
| <b>EST. CIVIL:</b> CASADA                    | <b>SEXO:</b> FEMININO                | <b>DATA NASC:</b> 27/05/1976 |
| <b>END:</b>                                  | <b>FONE:</b>                         |                              |
| <b>ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO</b>        |                                      |                              |
| <b>LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO</b>     |                                      |                              |

**DADOS DO DEPENDENTE**

|                    |              |                   |
|--------------------|--------------|-------------------|
| <b>NOME</b>        |              |                   |
| <b>RG:</b>         | <b>CPF:</b>  | <b>PIS:</b>       |
| <b>CARGO</b>       |              |                   |
| <b>MÃE</b>         |              |                   |
| <b>EST. CIVIL:</b> | <b>SEXO:</b> | <b>DATA NASC:</b> |
| <b>END:</b>        | <b>FONE:</b> |                   |

**FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA**

- ☒ Auxílio-doença  
☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho  
☐ Aposentadoria por invalidez  
☐ Salário-maternidade  
☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado  
  
☐ Outro

**LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES**

PACIENTE REFERE QUADRO DE DOR EM OMBRO E DOR EM ABDUÇÃO, LOMBALGIA E MIALGIA INTENSA. JOBE NEGATIVO, PHALEN NEGATIVO.

CI/ 356; F41.2; M50; M79.0

**CONCLUSÃO**

- ☒ Não constatação da incapacidade para a atividade específica de professora diante das patologias apresentadas  
☐ Constatação de incapacidade permanente  
☐ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento ( \_\_\_\_\_ ) dias a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_  
 A incapacidade permanente se baseia em:  
     Acidente em serviço (    ) Sim (    ) Não  
     Moléstia profissional (    ) Sim (    ) Não  
     Doença grave (    ) Sim (    ) Não  
     Doença contagiosa (    ) Sim (    ) Não  
     Doença incurável (    ) Sim (    ) Não  
☐ Outro

**Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data**

ITACARAMBI, 08/04/2017

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES**

**RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA**

**DADOS DO SERVIDOR**

SERVIDOR(A) JUSSILEIDE TEIXEIRA SOUZA

RG: CPF: 032689846

PIS:

CARGO PROFESSORA

MÃE VALDINA RAMOS DE SOUZA SANTOS

EST. CIVIL: CASADA

SEXO: FEMININO

DATA NASC: 27/05/1976

END:

FONE:

ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO

LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO

**DADOS DO DEPENDENTE**

NOME

RG: CPF:

PIS:

CARGO

MÃE

EST. CIVIL:

SEXO:

DATA NASC:

END:

FONE:

**FIN IDADE DA PERÍCIA MÉDICA**

- ☒ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado

☐ Outro

**LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES**

PERICIADA REFERE QUADRO DE DOR EM OMBRO E DOR EM ABDUÇÃO, LOMBALGIA E MIALGIA INTENSA. CITA MIALGIA FREQUENTE. EM USO ATUAL DE CODEÍNA, FLUOXETINA, PREDNISONA, APNTOPRAZOL, CELEBRA, MIOSAN E REUQUINOL. SEGUNDO O MÉDICO ASSISTENTE DR MARCELO JOSE DA SILVA MAGALHÃES CRMMG 46854 APRESENTA FIBROMIALGIA COM FAN POSITIVADO SEM EXPRESSÃO CLÍNICA DE OUTRA PATOLOGIA SOROPositiva SOLICITANDO AFASTAMENTO POR 120 DIAS. DIANTE DO EXPOSTO E EXAMINADO INDEFER-SE AFASTAMENTO E REAJUSTE FUNCIONAL.

CIE 41.2; M500; M751

**CONCLUSÃO**

- ☒ Não constatação da incapacidade para a atividade específica de professora diante das patologias apresentadas
- ☐ Constatação de incapacidade permanente
- ☐ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento ( ) dias a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_
- A incapacidade permanente se baseia em:
  - Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não
  - Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não
  - Doença grave ( ) Sim ( ) Não
  - Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não
  - Doença incurável ( ) Sim ( ) Não
- ☐ Outro

Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data

ITACARAMBI, 12/08/2017

Dr. Rodrigo Roberto Monteiro  
CRM 50.988  
Régua



# INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES

## RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SERVIDOR

|                                     |                             |                       |  |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--|
| SERVIDOR(A)                         | DALVINA ANGELICA DA SILVA   |                       |  |
| RG: MG10.269.886                    | CPF:                        | PIS:                  |  |
| CARGO                               | AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS |                       |  |
| MÃE                                 | PETRINA ANGELICA BASTOS     |                       |  |
| EST. CIVIL: DIVORCIADO              | SEXO: FEMININO              | DATA NASC: 04/11/1960 |  |
| END: RUA PRESIDENTE JUSCELINO N 468 | FONE: (38) 999612104        |                       |  |
| ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO      |                             |                       |  |
| LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO   |                             |                       |  |

### DADOS DO DEPENDENTE

|             |       |            |  |
|-------------|-------|------------|--|
| NOME        |       |            |  |
| RG:         | CPF:  | PIS:       |  |
| CARGO       |       |            |  |
| MÃE         |       |            |  |
| EST. CIVIL: | SEXO: | DATA NASC: |  |
| END:        | FONE: |            |  |

### FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA

- ☐ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado

☒ Outro

### LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES

PERICIADA REFERE QUADRO DE DOR ARTICULAR E DIFICULDADE DE MOBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES PERIFÉRICAS. RM DE COLUNA LOMBAR DO DIA 20/09/2017 E LAUDADA PELA DRA SARAH FONSECA CARDOSO APRESENTA ESPONDILODISCOARTROSE LOMBAR INCIPIENTE, PREDOMINANDO EM L4-L5, ONDE SE EVIDENCIA LEVE ABAULAMENTO DISCAL, COM FISSURA DO ÂNULO FIBROSO FORAMINAL DIREITA, PROMOVEDO DISCRETA REDUÇÃO DOS NEUROFORAMES. A MÉDICA ASSISTENTE DRA MICHELE ALENCAR PEREIRA CRMMG 45753 SOLICITA AFASTAMENTO FUNCIONAL DA ATIVIDADE. AO EXA. APRESENTA DISCRETA REDUÇÃO DE REFLEXO PATELAR A DIREITA. NEER E JOB NEGATIVO BILATERAL. VARIZES EM MMI. SEM RESTRIÇÃO A MOBILIDADE DE EXTREMIDADES E DEAMBULAÇÃO. DIANTE DO EXPOSTO SUGERE-SE REAJUSTE FUNCIONAL POR UM PERÍODO DE SEIS MESES A FIM DE MELHORA CLÍNICA. RESTRINGINDO AS ATIVIDADES EM QUE MANTENHA-SE A MAIOR PARTE DO TEMPO EM POSIÇÃO SENTADA OU EM BANCO PARA AUXÍLIO DAS ATIVIDADES. RECOMENDA-SE QUE NÃO HAJA TRANSPORTE DE CARGA MAIOR QUE 5 KG.

CID:M255

### CONCLUSÃO

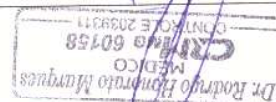
- ☐ Não constatação da incapacidade
- ☐ Constatação de incapacidade permanente
- ☐ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento ( ) dias a partir de / /  
Data de início da incapacidade:

☒ Outro DEFERE-SE REAJUSTE FUNCIONAL POR UM PERÍODO DE SEIS MESES NAS

### DETERMINAÇÕES ACIMA

Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data

ITACARAMBI, 09/10/2017



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES**

**RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA**

**DADOS DO SERVIDOR**

**SERVIDOR(A)** PEDRO CANIZIO PERERIA DA SILVA

**RG:** 6.640.898

**CPF:** 57255431100

**PIS:**

**CARGO** MOTORISTA

**MÃE** ANA PERERIA DA SILVA

**EST. CIVIL:** CASADO

**SEXO:**

**DATA NASC:** 27/04/1971

**END:**

**FONE:**

**ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO**

**LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO**

**DADOS DO DEPENDENTE**

**NOME**

**RG:**

**CPF:**

**PIS:**

**CARGO**

**MÃE**

**EST. CIVIL:**

**SEXO:**

**DATA NASC:**

**END:**

**FONE:**

**FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA**

- ☒ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado
- ☐ Outro

**LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES**

PERICIA DO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DEVIDO APENDICITE ENCONTRA-SE EM RECUPERAÇÃO. DEFERE SE AFASTAMENTO

CID: Z540

**CONCLUSÃO**

- ☐ Não constatação da incapacidade
- ☐ Constatação de incapacidade permanente
  - ☒ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento (SESSENTA) dias a partir de 26/06/2017
- Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_
- A incapacidade permanente se baseia em:
  - Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não
  - Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não
  - Doença grave ( ) Sim ( ) Não
  - Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não
  - Doença incurável ( ) Sim ( ) Não
- ☐ Outro

**Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data**

ITACARAMBI, 12/08/2017





**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES**  
**RESULTADO DE PERÍCIA MÉDICA**

**DADOS DO SERVIDOR**

**SERVIDOR(A)** CILENE DOS SANTOS OLIVEIRA

**RG:** M-9157.643

**CPF:** 065.047.746-41

**PIS:**

**CARGO** AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

**MÃE** MARIA ALVES DOS SANTOS OLIVEIRA

**EST. CIVIL:** SOLTEIRA

**SEXO:** FEMININO

**DATA NASC:** 05/11/1973

**END:**

**FONE:** (38) 999501534

**ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO DE LOTAÇÃO**

**LOCALIDADE DO ÓRGÃO OU REPARTIÇÃO**

**DADOS DO DEPENDENTE**

**NOME**

**RG:**

**CPF:**

**PIS:**

**CARGO**

**MÃE**

**EST. CIVIL:**

**SEXO:**

**DATA NASC:**

**END:**

**FONE:**

**FINALIDADE DA PERÍCIA MÉDICA**

- ☒ Auxílio-doença
- ☐ Auxílio-doença decorrente de acidente de trabalho
- ☐ Aposentadoria por invalidez
- ☐ Salário-maternidade
- ☐ Requerimento de pensão por morte para dependente de ex-segurado
- ☐ Outro

**LAUDO MÉDICO DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES**

PERICIADA FOI SUBMETIDA A HISTERECTOMIA TOTAL SEM OUTRAS COMPLICAÇÕES. APRESENTA-SE ESTÁVEL SEM INTERCORRENCIAS CLÍNICAS NO MOMENTO. SENDO DEFERIDO SESSENTA DIAS DE AFASTAMENTO ATÉ A MELHORA CLÍNICA.

**CID:** Z5A.0

**CONCLUSÃO**

- ☐ Não constatação da incapacidade para a atividade laborativa apresentada
  - ☐ Constatação de incapacidade permanente
  - ☒ Constatação da incapacidade temporária. Período de afastamento (SESSENTA) dias a partir de 04/08/2017  
Data de início da incapacidade: \_\_\_\_\_
- A incapacidade permanente se baseia em:
- Acidente em serviço ( ) Sim ( ) Não
  - Moléstia profissional ( ) Sim ( ) Não
  - Doença grave ( ) Sim ( ) Não
  - Doença contagiosa ( ) Sim ( ) Não
  - Doença incurável ( ) Sim ( ) Não
  - ☐ Outro

**Assinatura do Perito, carimbo, CRM e data**

ITACARAMBI, 12/09/2017

  
Assinatura do Perito Médico  
CRM 60155