



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA

NOME DO PACIENTE: _____

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº. 1658/2002. Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

RELATÓRIO MÉDICO

Os campos abaixo devem ser preenchidos pelo Médico Assistente do servidor

(Solicitamos, por gentileza, o preenchimento de todos os campos)

IMPORTANTE: AS INFORMAÇÕES ABAIXO FORNECIDAS ESTARÃO PROTEGIDAS PELO SIGILO MÉDICO

1. O (a) paciente é ou foi portador (a) de doença? Qual?

() SIM () NÃO () NÃO DETERMINADO

Nome da (s) doença (s):

CID 10 (Respectivamente):

2. O (a) paciente (a) está realizando tratamento? Qual a previsão da duração de tratamento?

() SIM () NÃO () NÃO DETERMINADO

Justificativa:

3. A doença de que o(a) paciente(a) é portador(a) o(a) torna incapaz para o trabalho habitual?

() SIM () NÃO () NÃO DETERMINADO

Justificativa:

4. Com base nos exames e tratamento, qual a data estimada do início da doença ou incapacidade, bem como da cessação?

INÍCIO: ____/____/____ () NÃO DETERMINADO
TÉRMINO: ____/____/____ () NÃO DETERMINADO

5. Caso o (a) paciente (a) esteja incapacitado (a), a incapacidade é:

Em relação ao **GRAU**: () PARCIAL () TOTAL () NÃO DETERMINADO
Em relação à **DURAÇÃO**: () TEMPORÁRIA () PERMANENTE () NÃO DETERMINADO

6. Considerando as peculiaridades biopsicossociais (sexo, idade, grau de instrução, natureza da doença, tipo de atividade laboral, etc.)? Há possibilidade de readaptação de função (realizar outra atividade mantendo restrição)?

() SIM () NÃO () NÃO DETERMINADO

Quais restrições:



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

7. Em caso de cardiopatia o (a) paciente se enquadra em qual classe pela Classificação das Cardiopatias de acordo com a capacidade funcional do coração – NYHA?

() Classe I () Classe II () Classe III () Classe IV

Justificativa:

8. Em caso de hepatopatia o (a) paciente se enquadra em qual classe pela Classificação de Child-Turcotte-Pugh?

() Classe A () Classe B () Classe C

Justificativa:

9. Em caso de nefropatia o (a) paciente se encontra em qual Estágio?

() Estágio 0 () Estágio 1 () Estágio 2 () Estágio 3 () Estágio 4 () Estágio 5

Justificativa:

10. Nos casos de incapacidade temporária, qual a data provável da cessação da incapacidade?

DATA: __/__/____ () NÃO DETERMINADO

Justificativa:

11. Houve progressão, agravamento ou desdobramento da doença?

() SIM () NÃO () NÃO DETERMINADO

Justificativa:

12. Em razão de sua incapacidade o (a) paciente necessita de cuidados permanentes de médicos, de enfermeiros ou de terceiros?

() SIM () NÃO () NÃO DETERMINADO

Justificativa:

Local: _____

Data: ____/____/____

Carimbo(s) e assinatura(s):

Médico Assistente