



AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA

DADOS FUNCIONAIS:

NOME:

TELEFONE / CELULAR:

E-MAIL:

CARGO / FUNÇÃO:

CPF:

MATRÍCULA:

UNIDADE DE LOTAÇÃO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

MUNICÍPIO:

FILIAÇÃO (PAI)

FILIAÇÃO (MÃE)

DESTINO:

NÚCLEO DE MEDICINA DO TRABALHO (PERÍCIA)

É IMPRESCINDÍVEL A IMPRESSÃO DOS DOCUMENTOS ABAIXO E ANEXÁ-LOS AO PROCESSO.

- Preenchimento dos dados acima;
- Questionário de Avaliação respondido pelo médico assistente.
- Exames que comprovem o início da Doença.
- No caso de CA, exame Histopatológico
- Biopsia

OBSERVAÇÃO:

ANÁPOLIS, _____ DE _____ 20_____.

ASSINATURA do REQUERENTE

Para mais informações: 3902 – 2553



RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA

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.
(Doutor (a), solicitamos a gentileza do 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:



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

Para mais informações: 3902 – 2553
