

LAUDO MÉDICO PERICIAL

AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PARA FINS DE CONCESSÃO DE PENSÃO

Identificação:

Nome do Servidor:

CPF:

Órgão:

Matrícula SIAPE:

Identificação do Familiar / Dependente

Nome do Examinado:

Grau de Parentesco:

Data de Nascimento:

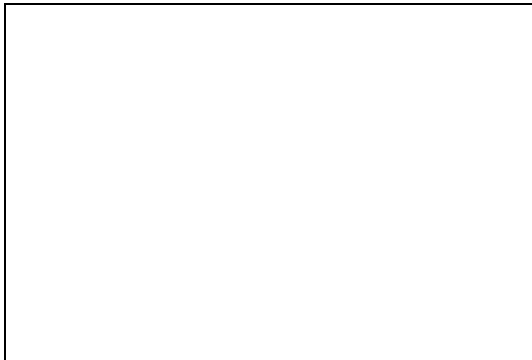
- 1) Considerando o exame pericial realizado em ____/____/_____,
concluimos que:
- 2) O examinado é portador de invalidez diagnosticada anteriormente à data do óbito
do servidor? Sim () Não ()
- 3) A doença está especificada no art. 1º da Lei nº 11.052/04? Sim () Não ()
- 4) Nome da doença está especificada no art. 1º da Lei nº 11.052/04, por extenso:

- 5) CID da doença invalidante: _____
- 6) Data do diagnóstico da doença invalidante: ____/____/_____
- 7) O examinado deverá retornar para reavaliação? Sim () Não ()
Se Sim, Data prevista para reavaliação: ____/____/_____

Base Legal:

Art. 217, inciso IV, alínea “b”; ou Art. 217, inciso VI, combinado com a alínea “B” do inciso IV;
ou Art. 217, § 3º combinado com a alínea “B” do inciso IV, da Lei nº 8.112/90; ou
Art. 16, inciso I da Lei 8.213/91.

Em, ____/____/_____



CARIMBO E CNPJ DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO