

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS
SERVIÇO DE PERÍCIAS MÉDICAS (SPM)

SOLICITAÇÃO DE LAUDO MÉDICO OU ODONTOLÓGICO

Sobre o(a) Sr(a): _____

Matrícula: _____

Lotado(a) na Secretaria: _____

Função: _____

Saudações, Ilmo(a) Sr(a) Dr(a): _____

A fim de exame médico-pericial, solicito as informações abaixo e no verso.

Obs.: Sabendo que a correta leitura e compreensão do texto (além de atender eventual exigência legal) é de especial interesse do periciando e do médico assistente, antecipadamente agradecemos o preenchimento datilografado ou em "letra de forma" (ou, se preferir, digitando as respostas) certo(s) de sua compreensão, agradecemos.

Camaragibe, _____ de _____ de _____.

Médico(s) Serviço de Perícias Médicas

LAUDO

(OBS.: caso o espaço dos itens seja insuficiente anexar folha complementar)

1º) HISTÓRICO CLÍNICO/CIRÚRGICO (INCLUINDO DATA DO INÍCIO DA DOENÇA, DATA DO REGISTRO DA DOENÇA NESSE SERVIÇO, PERÍODOS DE HOSPITALIZAÇÃO, CIRURGIAS REALIZADAS COM DATAS DAS MESMAS):

2º) ESTADO CLÍNICO ANTERIOR E ATUAL:

3º) DIAGNÓSTICO(S) ANTERIOR(ES): CID 09, CID 10:

4º) DIAGNÓSTICO(S) ATUAL(IS) CID 10

5º) TERAPEUTICA INSTITUIDA E/OU PROPOSTA:

6º) EVOLUÇÃO/PRESENÇA DE SEQUELAS E/OU COMPLICAÇÕES:

7º) PROGNOSTICO:

8º) SUA AVALIAÇÃO QUANTO A CAPACIDADE PARA O TRABALHO (EM GERAL E/OU ESPECÍFICO DO EXAMINADO), ESPECIFICANDO QUAIS SÃO (E EM QUE GRAU) AS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS:

9º) RESULTADO (COM AS DATAS) DOS EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR CÓPIAS):

10º) OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR PERTINENTES:

DATA: _____, _____ DE _____ DE _____.

Assinatura e Carimbo:
