**RELATÓRIO DE INSPEÇÃO MÉDICA PARA FINS DE PENSÃO PREVIDENCIÁRIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do examinado | | | Data de nascimento  Clique ou toque aqui para inserir uma data. | | Doc. de identidade | | Telefone contato |
| Endereço completo | | | | | | | Complemento |
| Bairro | | Município - UF | | | | | CEP |
| Finalidade da inspeção | | | | | | | |
| Nome do ex-segurado | | | | | | | Matrícula |
| Nome do representante legal | | | | | | | |
| Data  Clique ou toque aqui para inserir uma data. | Nome do servidor responsável | | | Matrícula | | Assinatura | |

**PERÍCIA MÉDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Termo de inspeção médica  **CID:** | |
| Está o examinado totalmente inválido para exercer toda e qualquer atividade laborativa em caráter permanente? | Sim   Não |
| Data provável do início da invalidez | Clique ou toque aqui para inserir uma data. |
| Está o examinado absolutamente incapaz para os atos da vida civil? | Sim  Não |
| No caso de concessão do benefício de pensão o examinado SERÁ REAVALIADO no prazo estabelecido no artigo 164 do Regulamento do Regime Próprio de Previdência dos Servidores do Estado de Santa Catarina, aprovado pelo Decreto 3.337/2010, visando atestar a permanência das condições que lhe causaram a incapacidade. | |
| **Médico Perito Examinador** (Carimbo e Assinatura): | Data  Clique ou toque aqui para inserir uma data. |
| **Supervisor Médico** (Carimbo e Assinatura): | Data  Clique ou toque aqui para inserir uma data. |
| **Gerência de Perícia Médica** (Carimbo e Assinatura): | Data  Clique ou toque aqui para inserir uma data. |