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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do examinado      | Data de nascimentoClique 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 |
| DataClique 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): | DataClique ou toque aqui para inserir uma data. |
| **Supervisor Médico**(Carimbo e Assinatura): | DataClique ou toque aqui para inserir uma data.  |
| **Gerência de Perícia Médica**(Carimbo e Assinatura): | DataClique ou toque aqui para inserir uma data. |