

**IPISM****INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Paraíba, 576 - Funcionários - Fone 0xx31 3269-2000 - FAX 3269-2002 - C. Postal 704 - CEP 30130.140 - Belo Horizonte - MG - email ipism@ipism.gov.br

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Tipo Beneficiário:

Número

Nome

Endereço (logradouro, nº e complemento)

Bairro

CEP

Cidade

UF

Fone

Solicita encaminhamento junto à perícia, para fins de inscrição como beneficiário(a), de:

Nome do Paciente

Data de Nasc.

Vínculo com o(a) segurado(a)

Localidade

Data

Solicitante:

ENCAMINHAMENTO À JCS**Solicito examinar o paciente acima identificado, respondendo os quesitos formulados.**

Localidade

Data

Responsável pelo Encaminhamento

LAUDO PERICIAL1- O Paciente é portador de alguma doença? Sim Não

Diagnóstico/CID: _____

2- Em caso de afirmativo, a doença o torna incapaz?

a) Sim Total Permanente Multiprofissional Parcial Temporário Omniprofissional

Especifique: _____

b) Não

3 - Se afirmativa a resposta ao item 2, pode-se precisar a data e a idade do(a) periciado(a) à época em que ocorreram a doença e a incapacidade?

4 - Doença passível de controle, com possibilidade de modificação da capacidade laborativa atualmente constatada?

 Sim Não

Em caso afirmativo, determine o prazo de validade do laudo

Belo Horizonte, ___ de _____ de 20__

Oficial Médico da JS

Assessor Médico do IPISM

Presidente da JCS

PARECER DO CHEFE DA DIVISÃO DE PREVIDÊNCIA

Localidade

Belo Horizonte/MG

Data

Assinatura do Chefe da Divisão

 GBS GPAM**DECISÃO DO DIRETOR DE PREVIDÊNCIA**

Localidade

Belo Horizonte/MG

Data

Assinatura do Diretor de Previdência