



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
COORDENADORIA SETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHO

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES AO MÉDICO ASSISTENTE

Eu, _____,
matrícula nº _____, assinatura: _____,
autorizo meu médico assistente a prestar as informações solicitadas.

Prezado(a) Dr(a): Solicitamos sua colaboração para nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico pericial. O fornecimento destas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para auxiliar a análise do benefício pleiteado, conta com autorização do requerente interessado ou seu responsável legal. Fundamentação Legal: Lei nº 8.213/91 e RPS regulamentado pelo Decreto nº 3.048/99; Lei nº 7.713/88; Lei nº 9.250/95; Lei nº 8.742/93 regulamentada pelo Decreto nº 6.214/07; Lei nº 11.907/09; Lei nº 3.268/57; Decreto nº 44.045/58 e Resolução do Conselho Federal de Medicina nºs 1.246/88, 1.484/97 e 1.851/08.

- I. o diagnóstico (com CID e data do início da doença);
- II. os resultados dos exames complementares;
- III. a conduta terapêutica e evolução;
- IV. o prognóstico;
- V. as consequências à saúde do paciente (limitações a vida cotidiana);
- VI. o provável tempo de repouso estimado necessário para a recuperação, que complementar o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário;

Conforme resolução CFM nº 1.931 de 17/09/2009, as informações tem que estar de forma legível.

I. _____
II. _____

III. _____

IV. _____

V. _____

VI. _____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE:

DATA E TELEFONE: