

## PRONTUÁRIO MÉDICO

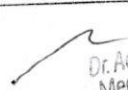
### IDENTIFICAÇÃO DO (A) SEGURADO (A)

|                                           |  |                                   |
|-------------------------------------------|--|-----------------------------------|
| NOME: ANGELA MARIA GOMES DA COSTA         |  | SEXO: FEM                         |
| MATRICULA: 532                            |  | IDADE: 50                         |
| DATA DE NASCIMENTO: 14/01/1969            |  | DATA DE ADMISSÃO: 03/09/2001      |
| CARGO/ FUNÇÃO: PROFESSORA                 |  | REGIME JUR. TRABALHO: ESTATUTARIO |
| LOTAÇÃO: FUNDO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO      |  |                                   |
| DATA DO INICIO DO AFASTAMENTO: 19/09/2017 |  |                                   |
| CAUSA DO AFASTAMENTO:                     |  |                                   |
| CID: G62/ G53.7                           |  |                                   |

### REQUISITOS A CARGO DA PERÍCIA:

|                                                                                                                |                                         |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| ESTÁ O EXAMINADO INCAPACITADO PARA A FUNÇÃO                                                                    | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/>            |
| A INCAPACIDADE DECORRE DE ACIDENTE DO TRABALHO                                                                 | SIM <input type="checkbox"/>            | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> |
| É SUSCETÍVEL DE RECUPERAÇÃO PARA A PRÓPRIA FUNÇÃO                                                              | SIM <input type="checkbox"/>            | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> |
| É SUSCETÍVEL DE READAPTAÇÃO EM OUTRA FUNÇÃO                                                                    | SIM <input type="checkbox"/>            | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> |
| HÁ INVALIDEZ PERMANENTE PARA A FUNÇÃO DE ORIGEM                                                                | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/>            |
| ATUALMENTE ESTÁ DE AUXILIO DOENÇA                                                                              | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                                |                                         |                                         |
| DESCRIÇÃO:<br><i>Em uso paracetamol / Piroxetina / Duloxetine /</i><br><i>Bolpi de m / 11 Ciclo benzaprina</i> |                                         |                                         |
| NOS EXAMES REALIZADOS HÁ COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ TOTAL OU IRREVERSÍVEL                                        | SIM <input type="checkbox"/>            | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                              |                                                                  |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| TRATA-SE DE MOLESTIA GRAVE PREVISTA NO ART. 13 DA LEI MUN N. 638/2016?       | SIM <input type="checkbox"/>                                     | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> |
| ESPECIFIQUE:                                                                 |                                                                  |                                         |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSE ATIVA                                   | <input type="checkbox"/> ALIENAÇÃO MENTAL                        |                                         |
| <input type="checkbox"/> NEOPLASIA MALIGNA                                   | <input type="checkbox"/> CEGUEIRA                                |                                         |
| <input type="checkbox"/> HANSENIÁSE                                          | <input type="checkbox"/> PARALISIA IRREVERSÍVEL OU INCAPACITANTE |                                         |
| <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA GRAVE                                   | <input type="checkbox"/> DOENÇA DE PARKINSON                     |                                         |
| <input type="checkbox"/> ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE                       | <input type="checkbox"/> NEFROPATIA GRAVE                        |                                         |
| <input type="checkbox"/> ESTADO AVANÇADO DE DOENÇA DE PAGET                  | <input type="checkbox"/> AIDS                                    |                                         |
| <input type="checkbox"/> CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO                           | <input type="checkbox"/> VITIMA DE ACIDENTE DO TRABALHO          |                                         |
| <input type="checkbox"/> MOLÉSTIA PROFISSIONAL QUE O INVALIDE PARA O SERVIÇO |                                                                  |                                         |

  
 Dr. Adriano César Zanina  
 Medicina do Trabalho  
 CRM-TO 655

**FUNDO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES DE GUARÁ**

|                                                                                                     |                                  |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------|
| TRATA-SE DOENÇA INCAPACITANTE PREVISTA NO ART. 14 DA LEI MUN N. 638/2016                            | SIM ( )                          | NÃO (X) |
| ( ) SARCOIDOSE                                                                                      | ( ) DOENÇA DE HANSEN             |         |
| ( ) TUMORES MALIGNOS                                                                                | ( ) HEMOPATIAS GRAVES            |         |
| ( ) DOENÇAS GRAVES E INVALIDANTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS |                                  |         |
| ( ) CARDIOPATIAS REUMÁTICAS CRÔNICA GRAVES                                                          | ( ) HIPERTENÇÃO ARTERIAL MALIGNA |         |
| ( ) CARDIOPATIAS ISQUÊMICAS GRAVES                                                                  | ( ) CARDIOMIOPATIAS GRAVES       |         |

|                                                        |                                         |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| ( ) ACIDENTES VASCULARES CEREBRAL (com acent. limitaç) | ( ) VASCULOPATIA PERIFÉRICAS GRAVES     |
| ( ) DOENÇAS PULMONAR CRÔNICA OBSTRUTIVA GRAVE          | ( ) HEPATOPATIAS GRAVES                 |
| ( ) NEFROPATIA CRÔNICAS GRAVES                         | ( ) DOENÇAS DIFUSAS DO TECIDO CONECTIVO |
| ( ) ESPONDILITE ANQUILOSANTE                           | ( ) ARTROSES GRAVES INVALIDANTES        |

CID DA DOENÇA (OBRIGATÓRIO):

G 62 / G 53.7.

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:

*Peroste dos generalizados que 7 aos movimentos.*

OBSERVAÇÕES E JUSTIFICATIVAS DO PARECER:

*- Evita ficar em 12<sup>o</sup> por longos períodos  
- evita peso peso.  
- evita a glomeções.*

PARECER MÉDICO PERICIAL FINAL:

- ☒ INDICADO PARA A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
- ( ) INDICADO PARA A READAPTAÇÃO FUNCIONAL
- ( ) APTO PARA O CARGO DE ORIGEM
- ( ) ATESTADO HOMOLOGADO
- ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

GUARÁ - TO, 10/3/2020

CARIMBO E ASSINATURA DOS MÉDICOS:

*[Assinatura]*  
 Dr. Adriano César Zanina  
 Medicina do Trabalho  
 CRM-TO 655

## PRONTUÁRIO MÉDICO

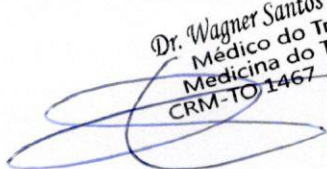
### IDENTIFICAÇÃO DO (A) SEGURADO (A)

|                                           |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| NOME: ANGELA MARIA GOMES DA COSTA         |                                   |
| MATRICULA: 532                            | SEXO: FEM                         |
| DATA DE NASCIMENTO: 14/01/1969            | IDADE: 50                         |
| CARGO/ FUNÇÃO: PROFESSORA                 | DATA DE ADMISSÃO: 03/09/2001      |
| LOTAÇÃO: FUNDO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO      | REGIME JUR. TRABALHO: ESTATUTARIO |
| DATA DO INICIO DO AFASTAMENTO: 19/09/2017 |                                   |
| CAUSA DO AFASTAMENTO:                     |                                   |
| CID: G62/ G53.7                           |                                   |

### REQUISITOS A CARGO DA PERÍCIA:

|                                                                                                                                                                                                              |         |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| ESTÁ O EXAMINADO INCAPACITADO PARA A FUNÇÃO                                                                                                                                                                  | SIM (X) | NÃO ( ) |
| A INCAPACIDADE DECORRE DE ACIDENTE DO TRABALHO                                                                                                                                                               | SIM ( ) | NÃO (X) |
| É SUSCETÍVEL DE RECUPERAÇÃO PARA A PRÓPRIA FUNÇÃO                                                                                                                                                            | SIM ( ) | NÃO (X) |
| É SUSCETÍVEL DE READAPTAÇÃO EM OUTRA FUNÇÃO                                                                                                                                                                  | SIM ( ) | NÃO (X) |
| HÁ INVALIDEZ PERMANENTE PARA A FUNÇÃO DE ORIGEM                                                                                                                                                              | SIM (X) | NÃO ( ) |
| ATUALMENTE ESTÁ DE AUXILIO DOENÇA                                                                                                                                                                            | SIM (X) | NÃO ( ) |
| DESCRIÇÃO: <i>Perícia de este em tratamento com polineuropatia axonal e mielinia em uso de Pregabalina 750mg 2x dia + Paroxetina 20mg 2x dia, Duloxetine 30mg 2x dia e clonazepam 1mg + 20mg piden 10mg.</i> |         |         |
| NOS EXAMES REALIZADOS HÁ COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ TOTAL OU IRREVERSÍVEL                                                                                                                                      | SIM ( ) | NÃO (X) |

|                                                                        |                                             |         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------|
| TRATA-SE DE MOLESTIA GRAVE PREVISTA NO ART. 13 DA LEI MUN N. 638/2016? | SIM ( )                                     | NÃO (X) |
| ESPECIFIQUE:                                                           |                                             |         |
| ( ) TUBERCULOSE ATIVA                                                  | ( ) ALIENAÇÃO MENTAL                        |         |
| ( ) NEOPLASIA MALIGNA                                                  | ( ) CEGUEIRA                                |         |
| ( ) HANSENIÁSE                                                         | ( ) PARALISIA IRREVERSÍVEL OU INCAPACITANTE |         |
| ( ) CARDIOPATIA GRAVE                                                  | ( ) DOENÇA DE PARKINSON                     |         |
| ( ) ESPONDILOARTROSE ANQUILOSANTE                                      | ( ) NEFROPATIA GRAVE                        |         |
| ( ) ESTADO AVANÇADO DE DOENÇA DE PAGET                                 | ( ) AIDS                                    |         |
| ( ) CONTAMINAÇÃO POR RADIAÇÃO                                          | ( ) VITIMA DE ACIDENTE DO TRABALHO          |         |
| ( ) MOLÉSTIA PROFISSIONAL QUE O INVALIDE PARA O SERVIÇO                |                                             |         |

  
**Dr. Wagner Santos Vanderley**  
 Médico do Tráfego  
 Medicina do Trabalho  
 CRM-TO 1467 RQE: 1513

**FUNDO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES DE GUARAI**

|                                                                                                     |                                  |                                         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|---------|
| TRATA-SE DOENÇA INCAPACITANTE PREVISTA NO ART. 14 DA LEI MUN N. 638/2016                            |                                  | SIM ( )                                 | NÃO (X) |
| ( ) SARCOIDOSE                                                                                      | ( ) DOENÇA DE HANSEN             |                                         |         |
| ( ) TUMORES MALIGNOS                                                                                | ( ) HEMOPATIAS GRAVES            |                                         |         |
| ( ) DOENÇAS GRAVES E INVALIDANTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS |                                  |                                         |         |
| ( ) CARDIOPATIAS REUMÁTICAS CRÔNICA GRAVES                                                          | ( ) HIPERTENÇÃO ARTERIAL MALIGNA |                                         |         |
| ( ) CARDIOPATIAS ISQUÊMICAS GRAVES                                                                  | ( ) CARDIOMIOPATIAS GRAVES       |                                         |         |
| ( ) ACIDENTES VASCULARES CEREBRAL (com acent. limitaç)                                              |                                  | ( ) VASCULOPATIA PERIFÉRICAS GRAVES     |         |
| ( ) DOENÇAS PULMONAR CRÔNICA OBSTRUTIVA GRAVE                                                       |                                  | ( ) HEPATOPATIAS GRAVES                 |         |
| ( ) NEFROPATIA CRÔNICAS GRAVES                                                                      |                                  | ( ) DOENÇAS DIFUSAS DO TECIDO CONECTIVO |         |
| ( ) ESPONDILITE ANQUILOSANTE                                                                        |                                  | ( ) ARTROSES GRAVES INVALIDANTES        |         |

CID DA DOENÇA (OBRIGATÓRIO):

6.62 / 6.53.7

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:

feicida com duas fevralizadas, com deficiência de M. Camurha;

OBSERVAÇÕES E JUSTIFICATIVAS DO PARECER:

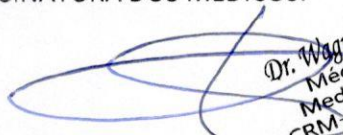
Evitar ficar em pé por longo período  
 Evitar pegar peso  
 Evitar atividades.  
 Evitar dirigir carro

PARECER MÉDICO PERICIAL FINAL:

- ☒ INDICADO PARA A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ  
☐ INDICADO PARA A READAPTAÇÃO FUNCIONAL  
☐ APTO PARA O CARGO DE ORIGEM  
☐ ATESTADO HOMOLOGADO  
☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

GUARAI - TO, 11/03/2020

CARIMBO E ASSINATURA DOS MÉDICOS:

  
**Dr. Wagner Santos Vanderley**  
 Médico do Tráfego  
 Medicina do Trabalho  
 CRM-TO 1467 RQE: 1513