



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO MÉDICO PARA PRIMEIRA PERÍCIA DO INSS

Nome paciente: _____

Nº Prontuário: _____ Unidade de Saúde: _____

Data do início dos sintomas: ___/___/___

Data do primeiro atendimento na Unidade: ___/___/___ Data de início do tratamento: ___/___/___

Diagnóstico com CID 10: _____

Evolução detalhada do quadro:

Exames complementares solicitados e/ou realizados:

Estado atual da doença:

- Quadro clínico estabilizado com controle dos sintomas / sinais
- Quadro clínico não controlado. Motivo: _____

Restrições e limitações:

- Não
- Sim - Temporária Permanente

Detalhar: _____

nome e carimbo do médico assistente

Data: ___/___/___