

ANEXO I - RELATÓRIO MÉDICO

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES AO MÉDICO ASSISTENTE

Nome do(a) Aposentado(a): _____, Telefone para contato: _____

Assinatura: _____, autorizo meu médico assistente a prestar as informações solicitadas pelo Regime Próprio de Previdência do Município de Toledo.

Prezado(a) Dr(a): Solicitamos sua colaboração para nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a perícia pela Junta Médica Oficial do Município. O fornecimento destas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para auxiliar a realização da avaliação periódica do aposentado por invalidez, de que trata a PORTARIA nº 001/2023, conta com autorização do requerente interessado ou seu responsável legal.

- I o diagnóstico (com CID e data do início da doença);
- II os resultados dos exames complementares;
- III a conduta terapêutica e evolução;
- IV plano terapêutico e prognóstico;
- V outras condições de saúde atuais, que complementarão o parecer fundamentado do médico perito.

Conforme Resolução CFM nº 1.931, de 17/09/2009, as informações devem estar de forma legível.

I _____

II _____

III _____

IV _____

V _____

Outras considerações:

Informações do Médico Assistente:	
Nome:	CRM:
Especialidade	Telefone:
Local/ Data:	Assinatura e carimbo: