MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
REITORIA
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR - SIASS-UFCG
Av. Aprígio Veloso, 882 – Bairro Universitário – Campina Grande/PB – CEP: 58429-900
Site: www.siass.ufcg.edu.br E-Mail: siass.pb@ufcg.edu.br

# INSPEÇÃO MÉDICA OFICIAL PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO FEDERAL - PCD

| **IDENTIFICAÇÃO DO PERICIADO** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **»PERÍCIA:** ☐ **POSSE** ☐ **REDISTRIBUIÇÃO ADMINISTRATIVA** | | | | | | |
| **»Nome do Periciado** | | | | | **»CPF** | 000.000.000-00 | |
| **»Órgão do Concurso** | UFCG | **»Cargo pretendido** | Ex.: Assistente em Administração | | | | |
| **»Endereço Completo** | Ex.: Rua, Nº, Bairro, Apt.º, Quadra, Lote, Cidade, Estado e CEP | | | | | | |
| **»Escolaridade** | SELECIONE | **»Formação** | Ex.: Farmacêutico-Bioquímico | **»Raça/Cor/Etnia** | | | |
| **»Sexo:** | **»Estado Civil** | SELECIONE | | **»Data de Nascimento** | | | |
| **»Telefones** | Ex.: (83) 90000-0000 | | **»E-mail** | Dica: Utilize um e-mail válido e que usa com frequência. | | | |
| **»PcD** | ☐ **SIM** ☐ **NÃO** | | **»Tipo da Deficiência** | ☐ **Física** ☐ **Visual** ☐ **Auditiva** | | | |
| **»Idade:** anos | | **»Peso Atual:** kg | | **»Altura:** m | | | |

## CONCLUSÃO PERICIAL

Considerando a avaliação médica pericial realizada, bem como o rol de exames apresentados, concluímos que, em ___ de _____ de_____, o periciado acima identificado:

☐ **É portador de deficiência** ☐ **FÍSICA** ## ☐ **VISUAL** ## ☐ **AUDITIVA**

☐ **NÃO é portador de nenhum tipo de deficiência em consonância com a legislação vigente.**

Encontra-se ☐ **APTO** ## ☐ **INAPTO** para ☐ **POSSE** ## ☐ **REDISTRIBUIÇÃO ADMINISTRATIVA** no Serviço Público Federal no exercício do cargo pretendido.

## CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA PERICIAL / ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES

**CID-10 (Z10.0)**

BASE LEGAL:
Art. 14 Lei 8.112/90 // Art. 37 Lei 8.112/90 // Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 // Decreto Nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 // Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 // Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989.

Campina Grande/PB, ___ de _____ de _____.

_____
Médico Perito Oficial
SIASS

## DECLARAÇÃO

**As informações aqui prestadas são verdadeiras, sob pena de responsbilidade administrativa, civil e penal, conforme Art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica).**

_____
Assinatura do Periciado

**Estou ciente do resultado desta Avaliação Médico Pericial exarada em duas vias e recebi uma via original do Laudo Médico Pericial de igual teor.**

**APENAS** OS CAMPOS COM O SÍMBOLO " » " SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO PERICIADO. TODO O RESTANTE É DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO PERITO OFICIAL DO SIASS-UFCG.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
REITORIA
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR - SIASS-UFCG
Av. Aprígio Veloso, 882 – Bairro Universitário – Campina Grande/PB – CEP: 58429-900
Site: www.siass.ufcg.edu.br E-Mail: siass.pb@ufcg.edu.br

# INSPEÇÃO MÉDICA OFICIAL PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO FEDERAL - PCD

| **IDENTIFICAÇÃO DO PERICIADO** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **»PERÍCIA:** ☐ **POSSE** ☐ **REDISTRIBUIÇÃO ADMINISTRATIVA** | | | | | | |
| **»Nome do Periciado** | | | | | **»CPF** | 000.000.000-00 | |
| **»Órgão do Concurso** | UFCG | **»Cargo pretendido** | Ex.: Assistente em Administração | | | | |
| **»Endereço Completo** | Ex.: Rua, Nº, Bairro, Apt.º, Quadra, Lote, Cidade, Estado e CEP | | | | | | |
| **»Escolaridade** | SELECIONE | **»Formação** | Ex.: Farmacêutico-Bioquímico | | **»Raça/Cor/Etnia** | | |
| **»Sexo:** | **»Estado Civil** | SELECIONE | | **»Data de Nascimento** | | | |
| **»Telefones** | Ex.: (83) 90000-0000 | | **»E-mail** | Dica: Utilize um e-mail válido e que usa com frequência. | | | |
| **»PcD** | ☐ **SIM** ☐ **NÃO** | | **»Tipo da Deficiência** | ☐ **Física** ☐ **Visual** ☐ **Auditiva** | | | |
| **»Idade:** anos | | **»Peso Atual:** kg | | **»Altura:** m | | | |

## CONCLUSÃO PERICIAL

Considerando a avaliação médica pericial realizada, bem como o rol de exames apresentados, concluímos que, em ___ de _____ de_____, o periciado acima identificado:

☐ **É portador de deficiência** ☐ **FÍSICA** ## ☐ **VISUAL** ## ☐ **AUDITIVA**

☐ **NÃO é portador de nenhum tipo de deficiência em consonância com a legislação vigente.**

Encontra-se ☐ **APTO** ## ☐ **INAPTO** para ☐ **POSSE** ## ☐ **REDISTRIBUIÇÃO ADMINISTRATIVA** no Serviço Público Federal no exercício do cargo pretendido.

## CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA PERICIAL / ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES

**CID-10 (Z10.0)**

BASE LEGAL:
Art. 14 Lei 8.112/90 // Art. 37 Lei 8.112/90 // Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 // Decreto Nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 // Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 // Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989.

Campina Grande/PB, ___ de _____ de _____.

_____
Médico Perito Oficial
SIASS

## DECLARAÇÃO

**As informações aqui prestadas são verdadeiras, sob pena de responsbilidade administrativa, civil e penal, conforme Art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica).**

_____
Assinatura do Periciado

**Estou ciente do resultado desta Avaliação Médico Pericial exarada em duas vias e recebi uma via original do Laudo Médico Pericial de igual teor.**

**APENAS** OS CAMPOS COM O SÍMBOLO " » " SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO PERICIADO. TODO O RESTANTE É DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO PERITO OFICIAL DO SIASS-UFCG.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
REITORIA
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR - SIASS-UFCG
Av. Aprígio Veloso, 882 – Bairro Universitário – Campina Grande/PB – CEP: 58429-900
Site: www.siass.ufcg.edu.br E-Mail: siass.pb@ufcg.edu.br

INSPEÇÃO MÉDICA OFICIAL PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO FEDERAL - PCD

| IDENTIFICAÇÃO DO PERICIADO | | | »PERÍCIA: ☐ POSSE ☐ REDISTRIBUIÇÃO ADMINISTRATIVA | | |
|---|---|---|---|---|---|
| »Nome do Periciado | | | | »CPF | 000.000.000-00 |
| »Órgão do Concurso | UFCG | »Cargo pretendido | Ex.: Assistente em Administração | | |
| »PcD | ☐ SIM ☐ NÃO | »Tipo da Deficiência | ☐ Física ☐ Visual ☐ Auditiva | | |
| »Idade: anos | »Peso Atual: kg | »Altura: m | | | |

| EXAME CLÍNICO |
|---|
| |

| CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA PERICIAL / ORIENTAÇÕES / OBSERVAÇÕES |
|---|
| CID-10 (Z10.0) |

BASE LEGAL:
Art. 14 Lei 8.112/90 // Art. 37 Lei 8.112/90 // Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 // Decreto Nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 // Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 // Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989.

Campina Grande/PB, ___ de _____ de _____.

_____
Médico Perito Oficial
SIASS

**APENAS** OS CAMPOS COM O SÍMBOLO " » " SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO PERICIADO. TODO O RESTANTE É DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO PERITO OFICIAL DO SIASS-UFCG.