

SEÇÃO JUDICIÁRIA DE ALAGOAS

Quesitação Padronizada - CNJ

Benefício Previdenciário por Incapacidade

1. DADOS DA PERÍCIA (DADOS GERAIS)

Processo		Juízo/Juizado
Natureza		
Perito(a)		CRM
Data da perícia		Local da perícia
Nome da parte pericianda		Data de nascimento
CPF	RG	Idade
A parte pericianda foi paciente do(a) perito(a)?		
() Sim () Não		
Houve o comparecimento de assistente técnico?		

() Sim. Indique o nome completo do assistente técnico:

() Não

A perícia é feita por telemedicina?

() Sim

() Não

2. DADOS DA PARTE PERICIANDA

Nome completo da parte pericianda

Nome social

Sexo biológico

(Feminino | Masculino | Intersexo)

Identidade de gênero

(Mulher cisgênero | Mulher transgênero | Homem cisgênero | Homem transgênero | Gênero não binário | Agênero | Gênerofluido | Bigênero | Mulher transexual | Não deseja informar)

Raça (autodeclaratório)

(Amarela | Branca | Parda | Preta | Indígena | Não deseja informar)

Estado Civil

(Solteiro(a) | Casado(a) | União Estável | Separado(a) judicialmente | Divorciado(a) | Viúvo(a) | Não deseja informar)

Grau de escolaridade

(Sem escolaridade | Ensino fundamental incompleto | Ensino fundamental completo | Ensino médio incompleto | Ensino médio completo | Ensino superior incompleto | Ensino superior completo)

Profissão**UF****Formação técnico-profissional****Outras formações técnico-profissionais****3. DADOS COMPLEMENTARES****a. Qual atividade laboral a parte pericianda declara exercer atualmente?****b. Outras atividades já exercidas?****c. A parte pericianda já foi submetida à reabilitação profissional?**

() Sim. Para qual atividade foi reabilitada?

() Não

d. Em caso de recebimento prévio de benefício cujo restabelecimento esteja sendo discutido, o tratamento foi mantido durante a vigência do benefício?

() Sim

() Não

4. HISTÓRICO CLÍNICO

a. A parte pericianda já teve algum afastamento de suas atividades laborais?

() Sim. Data declarada do afastamento:

() Não

b. História clínica (anamnese)

c. A parte pericianda relata que tem (ou já teve) doença ou lesão física ou mental e/ou comorbidades associadas?

() Sim. Especifique:

() Não

d. A parte pericianda está realizando tratamento?

() Sim.

d.1. Qual tratamento?

d.2. Data de início do tratamento / Há quanto tempo se trata:

() Não

e. Houve incapacidade pretérita em período(s) além daquele(s) em que a parte pericianda já esteve em gozo de benefício previdenciário?

() Sim. Especifique o período:

() Não

f. O(a) perito(a) teve acesso a que documentos médicos ou odontológicos da parte pericianda?

5. EXAME CLÍNICO

a. Descreva o estado clínico da parte pericianda

b. Descreva, se houver, as limitações funcionais presentes diante das exigências físicas/intelectuais exigidas para o exercício do trabalho habitual – profissiografia

6. ANÁLISE PERICIAL

a. A parte pericianda tem (ou já teve) alguma doença ou lesão física ou mental?

- (☐) **Sim** (continua para a pergunta b)
(☐) **Não** (pula para a próxima seção – informações adicionais)

b. A doença ou lesão física ou mental acima se enquadra em uma das seguintes enfermidades: tuberculose ativa; hanseníase; transtorno mental grave, desde que envolva alienação mental; neoplasia maligna; cegueira; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de Parkinson; espondiloartrose anquilosante; nefropatia grave; estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); síndrome da deficiência imunológica adquirida (Aids); contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; hepatopatia grave; esclerose múltipla; acidente vascular encefálico (agudo); e abdome agudo cirúrgico (de acordo com a Portaria Interministerial MTP/MS n. 22 de 31 de agosto de 2022)?

- (☐) **Sim. Especifique qual a doença:**

(☐) **Não**

c. Indique qual a enfermidade que acomete a parte pericianda (CID)

d. É possível atestar a data inicial da doença, lesão ou consolidação da sequela?

- (☐) **Sim. Informe a data:**

(☐) **Não**

Informações complementares (campo independente de sim ou não):

e. A doença ou lesão (ou o respectivo tratamento) incapacita ou incapacitou a parte pericianda para o trabalho?

() Sim.

Data inicial da incapacidade (DII):

Justifique, inclusive apontando documentos que corroborem a data indicada.

-

() **Não** (pular para item “7. Informações adicionais”)

Informações complementares (campo independente de sim ou não):

-

f. A doença ou lesão decorre de acidente de trabalho?

() Sim.

Justifique:

() Não

g. A doença ou lesão decorre de acidente de outra natureza?

() Sim.

Justifique:

() Não

h. A incapacidade laborativa é:

A. () Parcial

A.1. () Temporária

() Incapacidade atual

Qual a data ou o prazo estimado para a recuperação da capacidade laboral, conforme diretrizes médicas?

Data ou Prazo:

Justificativa:

-

() Incapacidade pretérita (cessada em momento anterior à perícia)

Data de fim da incapacidade:

A.2. () Permanente

Existe indicação para reabilitação profissional?

() Sim

() Não

Justifique, levando em consideração as limitações funcionais e características, como idade, escolaridade e profissiografia (em qualquer um dos casos – sim ou não):

-

B. () Total

B.1. () Temporária

() Incapacidade atual

Qual a data ou o prazo estimado para a recuperação da capacidade laboral, conforme diretrizes médicas?

Data ou Prazo:

Justificativa:

-

☐ **Incapacidade pretérita** (cessada em momento anterior à perícia)

Data de fim da incapacidade:

B.2. ☐ Permanente

A parte pericianda necessita de assistência permanente de outra pessoa para as atividades diárias?

☐ **Sim. Especifique:**

☐ **Não**

i. A incapacidade decorreu de progressão ou agravamento da(s) doença(s) ou lesão(ões) pré-existente(s)?

☐ **Sim**

☐ **Não**

j. A parte pericianda apresenta lesões consolidadas, com redução da capacidade para a atividade habitual, em decorrência de acidente?

☐ **Sim**

Data da consolidação:

-

Indique quais lesões e/ou reduções permanentes, apontando objetivamente qual a repercussão e as limitações enfrentadas para o desempenho da atividade que a parte pericianda exercia na data do acidente:

-

☐ **Não**

7. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

a. A parte pericianda respondeu sozinha às perguntas?

() Sim

() Não. Quem colaborou?

b. A parte pericianda é capaz de administrar os valores que vier a receber a título de atrasados?

() Sim

() Não

Informações complementares (campo independente de sim ou não):

-

c. Houve alguma alteração referente à incapacidade após a data da perícia administrativa?

() Sim.

Quais alterações?

-

() Não

Informações complementares (campo independente de sim ou não):

-

d. Existe divergência em relação às conclusões do laudo administrativo?

() Sim.

Aponte as razões para o dissenso:

-

() Não

e. Havendo laudo judicial anterior, neste ou em outro processo, pelas mesmas patologias descritas nestes autos, indique, em caso de resultado diverso, os motivos que levaram a tal conclusão, inclusive considerando eventuais tratamentos realizados no período, exames conhecidos posteriormente, fatos ensejadores de agravamento da condição etc.

f. Outros esclarecimentos que entenda pertinentes

8. QUESITOS ADICIONAIS

(campo a ser preenchido conforme necessidade do juízo)

9. ANEXOS

Exames, laudos e/ou elementos considerados (inclusive carga viral e/ou CD4)

10. CONCLUIR
Assinatura