



PODER JUDICIÁRIO
SEÇÃO JUDICIÁRIA DE MINAS GERAIS
SUBSEÇÃO JUDICIÁRIA DE VARGINHA
1ª VARA FEDERAL E 1º JEF ADJUNTO

ANEXO I DA PORTARIA CONJUNTA SECVA-01 003 DE 14/03/2017
(Atualizada de acordo com a Portaria 5830075, de 02/05/2018)

I – Dados gerais do processo

- a) Numero do processo:
- b) Juizado/Vara:

II – Dados gerais do(a) periciando(a)

- a) Nome do(a) autor(a):
- b) Estado civil:
- c) Sexo:
- d) CPF:
- e) Data de nascimento:
- f) Escolaridade:
- g) Formação técnico-Profissional:

III – Dados gerais da perícia

- a) Data do exame:
- b) Perito médico judicial/nome e CRM:
- c) Assistente técnico do INSS/Nome matricula e CRM (caso tenha acompanhado o exame):
- d) Assistente Técnico do autor/nome e CRM (caso tenha acompanhado o exame):

IV – Histórico laboral do (a) periciando(a)

- a) Profissão declarada:
- b) Tempo de profissão:
- c) Atividade declarada como exercida:
- d) Tempo de atividade:
- e) Descrição da atividade:
- f) Experiência laboral anterior:



PODER JUDICIÁRIO
SEÇÃO JUDICIÁRIA DE MINAS GERAIS
SUBSEÇÃO JUDICIÁRIA DE VARGINHA
1ª VARA FEDERAL E 1º JEF ADJUNTO

g) Data declarada de afastamento do trabalho de tiver ocorrido:

V - Quesitos relacionados a todos os benefícios por incapacidade

- a) Queixa que (a) periciando (a) apresenta no ato da perícia.
- b) Doença, lesão ou deficiência diagnosticada por ocasião da perícia (com CID).
- c) Causa provável da(s) doenças/moléstia(s) incapacidade.
- d) Doença/moléstia ou lesão decorrem do trabalho exercido? Justifique o agente de risco ou agente nocivo causador.
- e) A doença/moléstia ou lesão decorrem de acidente de trabalho? Em caso positivo, circunstanciar o fato, com data e local, bem como se reclamou assistência médica e/ou hospitalar.
- f) Doença /moléstia ou lesão torna o (a) periciando (a) incapacitado (a) para o exercício do último trabalho ou atividade habitual? Justifique a resposta, descrevendo os elementos nos quais se baseou a conclusão.
- g) Sendo positiva a resposta ao quesito anterior, a incapacidade do (a) periciando (a) e de natureza permanente ou temporária? Parcial ou total?
- h) Data do início da(s) doenças/lesão/moléstia(s) que acomete(m) o (a) periciando (a).
- i) Data de início da incapacidade identificada. Justifique.
- j) Incapacidade remonta a data de início da(s) doenças/moléstia(s) ou decorre de progressão ou agravamento dessa patologia? Justifique.
- k) É possível afirmar se havia incapacidade entre a data do indeferimento ou da cessação do benefício administrativo e a data da realização da perícia judicial? Se positivo, justifique apontando os elementos para esta conclusão.
- l) Caso se conclua pela incapacidade parcial e permanente, é possível afirmar se o (a) periciando (a) está apto para o exercício de outra atividade profissional ou para a reabilitação? Qual atividade?
- m) Sendo positiva a existência de incapacidade total e permanente, o(a) periciando(a) necessita de assistência permanente de outra pessoa para atividades diárias? A partir de quando?
- n) Qual ou quais são os exames clínicos, laudos ou elementos considerados para o presente ato médico pericial?



PODER JUDICIÁRIO
SEÇÃO JUDICIÁRIA DE MINAS GERAIS
SUBSEÇÃO JUDICIÁRIA DE VARGINHA
1ª VARA FEDERAL E 1º JEF ADJUNTO

- o) O (a) periciando (a) está realizando tratamento? Qual a previsão de duração do tratamento? Há previsão ou foi realizado tratamento cirúrgico? O tratamento é oferecido pelo SUS?
- p) Existe tratamento médico para que o periciando recupere sua capacidade laboral para a atividade habitual? E para outra atividade laboral? Especifique quais.
- q) Estime o perito a provável duração da incapacidade a partir da realização da perícia.
- r) Preste o perito demais esclarecimentos que entenda serem pertinentes para melhor elucidação da causa.
- s) Pode o perito afirmar se existe qualquer indício ou sinais de dissimulação ou de exacerbação de sintomas? Responda apenas em caso afirmativo.

VI – Quesitos específicos para auxílio-acidente (responder também os do item V)

- a) O (a) periciando (a) é portador de lesão ou perturbação funcional que implique redução de sua capacidade para o trabalho? Qual?
- b) Se houver lesão ou perturbação funcional, decorre de acidente de trabalho ou de qualquer natureza? Em caso positivo, indique o agente causador ou circunstancie o fato, com data e local, bem como indique se o (a) periciando (a) reclamou assistência médica e/ou hospitalar.
- c) O (a) periciando (a) apresenta sequelas de acidente de qualquer natureza, que causam dispêndio de maior esforço na execução da atividade habitual?
- d) Se positiva a resposta ao quesito anterior, quais são as dificuldades encontradas pelo (a) periciando (a) para continuar desempenhando suas funções habituais? Tais sequelas são permanentes, ou seja, não passíveis de cura?
- e) Houve alguma perda anatômica? Qual? A força muscular será mantida?
- f) A mobilidade das articulações está preservada?
- g) A sequela ou lesão porventura verificada se enquadra em alguma das situações discriminadas no Anexo III do Decreto 3.048/1999?
- h) Em face da sequela, ou doença, o(a) periciando(a) está: a) com sua capacidade laborativa reduzida, porém, não impedido de exercer a mesma atividade: b) impedido de exercer a mesma atividade, mas não para outra: c) inválido para o exercício de qualquer atividade?