

REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA

Prezado Dr.

Eu, _____
_____, cargo _____, matrícula (as) _____,
_____ responsável legal pelo paciente _____
_____ grau de parentesco: _____

AUTORIZO, nos termos da Resolução CFM nº 1.851/2008, para fins de Perícia Médica a ser realizada na Superintendência de Perícias Médicas e Saúde Ocupacional do Rio de Janeiro (SPMSO), destinada ao cumprimento da Lei nº 8.307/02 que dispõe sobre a concessão de horário especial aos servidores estaduais responsáveis por portadores de necessidades especiais que requeiram atenção permanente, as informações e esclarecimentos que seguem abaixo.

Assinatura do responsável legal pela pessoa portadora de necessidades especiais

____/____/____ _____

DECLARAÇÃO MÉDICA - NOME DO PACIENTE ASSISTIDO:

1. Diagnóstico:

2. Prognóstico da doença:

3. Limitações do paciente:

4. Terapêutica atual:

5. Grau de dependência do paciente:

6. Estado mental do paciente:

7. Condição atual do paciente quanto à orientação temporoespacial:

- ☐ Desorientação torposa (incapacidade de perceber e reter estímulos ambientais)
- ☐ Desorientação amnésica (incapacidade de reter informações ambientais)
- ☐ Desorientação demencial (agnosia e perda global das funções cognitivas)
- ☐ Desorientação abúlica (desorientação devida a alteração do humor e da volição)
- ☐ Desorientação delirante (decorrente de profundo estado delirante)
- ☐ Desorientação por déficit intelectual (decorrente de retardo mental grave ou moderado)
- ☐ Desorientação por desagregação (desagregação profunda do pensamento – paciente psicótico)

8. Condição atual do paciente quanto ao controle de esfíncteres:

- ☐ Incontinência urinária de esforço
- ☐ Incontinência urinária de urgência
- ☐ Incontinência urinária mista (permanente)
- ☐ Incontinência fecal parcial (devido à perda ocasional do controle)
- ☐ Incontinência fecal total (perda total do controle)

9. Condição atual do paciente quanto à capacidade de autoalimentação e autohigiene:

- ☐ Presença de deficiência motora que impede de levar o alimento à boca
- ☐ Dependência total de outrem para levar o alimento à boca
- ☐ Necessidade de ajuda para vestir-se
- ☐ Necessidade de ajuda para lavar-se ou banhar-se
- ☐ Necessidade de ajuda para realizar funções de eliminação e posterior higiene

10. Condição atual do paciente quanto à deambulação:

- ☐ Existe alteração da marcha, mas deambula sem auxílio de órteses
- ☐ A marcha está alterada e deambula sozinho com auxílio de bengala ou muleta
- ☐ Necessita de utilizar muletas e do auxílio de outrem para deambular
- ☐ É cadeirante
- ☐ Não se locomove. Permanência em decúbito (acamado)

11. Necessidade de atenção permanente (que não seja necessidade ocasional ou necessidade intermitente). Especificar:

Nome do médico assistente: CRM:

_____/_____/_____

Data: ____/____/____

Assinatura com firma reconhecida:
