



QUESITAÇÕES SISPERJUD CNJ

MANUAL DO USUÁRIO

TELA DE INTRODUÇÃO

DADOS DA PERÍCIA

Há duas perguntas iniciais:

- A parte pericianda foi paciente do(a) perito(a)?***
A perícia é feita por telemedicina?

Processo

2 Juízo/Juizado

3 Natureza

4 Nome da parte pericianda*

5 Data e horário da perícia

6 Perito(a)

7 CRM

8 CPF Perito(a)*

9 Local da Perícia*

1 – DADOS GERAIS

DADOS GERAIS

Sempre que disponíveis, os dados abaixo serão preenchidos de forma automática.

1 Nome completo da parte periciando

2 Nome Social

3 Sexo biológico

4 Identidade de Gênero

5 Data de nascimento

6 Idade

7 Raça / Cor

8 Estado Civil

9 UF

10 CPF

11 RG

12 Emissor

13 Grau de Escolaridade

14 Profissão

15 Formação Técnico- Profissional

16 Outras Formações técnico-profissionais

17 Houve o comparecimento de assistente técnico?

- i. Sim • Indique o nome completo do assistente técnico
- ii. Não

18 Qual atividade laboral a parte pericianda declara exercer atualmente?

19 Outras atividades já exercidas?

20 A parte pericianda já foi submetida a reabilitação profissional?

- i. Sim • Especifique
- ii. Não

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

- i. Sim
- ii. Não

2 - HISTÓRICO CLÍNICO

1 A parte pericianda já teve algum afastamento de suas atividades laborais?*

- i. Sim • Data declarada do afastamento
- ii. Não

2. História clínica (anamnese)*

3 A parte pericianda relata que é (ou já foi) portadora de doença ou lesão física ou mental e/ou comorbidades associadas?*

- i. Sim • Especifique*
- ii. Não

4 A parte pericianda está realizando tratamento?*

- i. Sim • Qual tratamento?* • Data de início do tratamento / Há quanto tempo se trata*
- ii. Não

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

- i. Sim • Qual tratamento?* • Data de início do tratamento / Há quanto tempo se trata*
- ii. Não

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

3 - EXAME CLÍNICO

- 1. Descreva o estado clínico da parte pericianda.***
- 2. Descreva, se houver, as limitações funcionais presentes diante das exigências físicas/intelectuais exigidas para o exercício do trabalho habitual – profissiografia*.**

4 - ANÁLISE PERICIAL

- a. A parte pericianda tem (ou já teve) alguma doença ou lesão física ou mental?***
 - i. Sim ii. Não
- 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)?***
 - I. Sim Especifique qual a doença*
 - II. 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?***
 - i. Sim 1. Informe a data*
 - ii. Não
 - iii. Informações complementares *
- e. A doença ou lesão (ou o respectivo tratamento) incapacita ou incapacitou a parte pericianda para o trabalho?***
 - i. Sim 1. Data inicial da incapacidade (DII) a. Justifique, inclusive apontando documentos que corroborem a data indicada.
 - b. Exames, laudos e/ou elementos considerados
 - ii. Não
 - iii. Informações complementares*

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

- i. Sim 1. Justifique
- ii. Não

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

- i. Sim 1. Justifique
- ii. Não

h. A incapacidade laborativa é*:

- i. Parcial*
 - 1. Temporária
 - a. Incapacidade atual (no momento da perícia)
 - i. Qual a data ou o prazo estimado para recuperação da capacidade laboral, conforme diretrizes médicas?*
 - 1. Data
 - 2. Prazo
 - 3. Justificativa
 - b. Incapacidade pretérita (cessada em momento anterior à perícia)
 - i. Data de fim da incapacidade
 - 2. Permanente a. Existe indicação para reabilitação profissional? i. Sim ii. Não iii. Justifique, levando em consideração as limitações funcionais e características, como idade, escolaridade e profissiografia*
 - ii. Total*
 - 1. Temporária
 - a. Incapacidade atual
 - i. Qual a data ou o prazo estimado para recuperação da capacidade laboral, conforme diretrizes médicas?*
 - 1. Data
 - 2. Prazo
 - 3. Justificativa*
 - b. Incapacidade pretérita (cessada em momento anterior à perícia)
 - i. Data de fim da incapacidade
 - 2. Permanente
 - a. A parte pericianda necessita de assistência permanente de outra pessoa para as atividades diárias?*
 - i. Sim 1. Especifique*
 - ii. Não

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

i. Sim - Justifique

ii. Não

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

i. Sim

1. Data da consolidação

2. 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*

ii. Não

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

a) A parte pericianda respondeu sozinha às perguntas?*

i. Sim ii. Não

1. Quem colaborou?*

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

i. Sim

ii. Não

iii. Informações complementares

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

i. Sim 1. Quais alterações? *

ii. Não

iii. Informações complementares

d) Existe divergência em relação às conclusões do laudo administrativo?*

i. Sim 1. Aponte as razões para o dissenso*

ii. 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.

5 - QUESITOS ADICIONAIS

Campo textual aberto a ser preenchido conforme necessidade do juízo.

6 - ANEXOS

Exames, laudos e/ou elementos considerados (inclusive carga viral e/ou CD4). Campo para download de arquivo nos formatos jpeg, png e pdf .