



UFSC

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Clínica Médica
Campus Universitário - Trindade - Florianópolis-SC**

RELATÓRIO MÉDICO AO INSS

Atesto para fins de Perícia Médica e a pedido do (a) paciente, que ele (a) _____

_____ encontra-se em acompanhamento regular no ambulatório de _____

do Hospital Universitário – UFSC – Florianópolis, SC, com o diagnóstico de CID-10:

_____ e apresenta incapacidade funcional em virtude de

Temporariamente: _____.

Permanentemente: _____.

Grato,

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Serviço de Neurologia do Hospital Universitário – UFSC
Cidade Universitária, Trindade, Florianópolis, SC
Fone: 48-3721-9133/9134



UFSC

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Clínica Médica
Campus Universitário - Trindade - Florianópolis-SC**

RELATÓRIO MÉDICO AO INSS

Atesto para fins de Perícia Médica e a pedido do (a) paciente, que ele (a) _____

_____ encontra-se em acompanhamento regular no ambulatório de _____

do Hospital Universitário – UFSC – Florianópolis, SC, com o diagnóstico de CID-10:

_____ e apresenta incapacidade funcional em virtude de

Temporariamente: _____.

Permanentemente: _____.

Grato,

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Serviço de Neurologia do Hospital Universitário – UFSC
Cidade Universitária, Trindade, Florianópolis, SC
Fone: 48-3721-9133/9134