

**ORDIN nr.1104**  
**din 06.08.2024**

Președintele Casei Naționale de Pensii Publice, domnul Daniel BACIU, numit în baza Deciziei Prim - ministrului României nr. 238/05.05.2020;

**Având în vedere:**

Legea nr.360/2023 privind sistemul public de pensii;

Hotărârea Guvernului nr.181/2024 pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii nr.360/2023 privind sistemul public de pensii - prevederile art.92;

Ordonanța de Urgență a Guvernului nr.57/2019 privind Codul Administrativ, cu modificările și completările ulterioare;

Regulamentul de organizare și funcționare a Institutului Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă și a Serviciilor Teritoriale de Expertiză a Capacității de Muncă, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1229/2005, cu modificările și completările ulterioare;

Hotărârea Guvernului nr.118/2012 privind aprobarea Statutului Casei Naționale de Pensii Publice, cu modificările și completările ulterioare.

În baza art.9 alin. (4) din Statutul Casei Naționale de Pensii Publice, **emite următorul,**

**ORDIN :**

**Art.1** - În vederea aplicării prevederilor Legii nr.360/2023 privind sistemul public de pensii, se aprobă formularele - tip utilizate în activitatea de expertiză medicală a capacității de muncă, prevăzute în anexele la prezentul Ordin.

**Art.2** - Anexele nr.1 - nr.17 fac parte integrantă din prezentul ordin.

**Art.3** - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**Art.4** - La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul Președintelui Casei Naționale de Pensii Publice nr.681/14.04.2011.

**PREȘEDINTE**  
**CASA NAȚIONALĂ DE PENSII PUBLICE**

**Daniel BACIU**



## DECLARAȚIE SOLICITANT

Subsemnatul/a.....,CNP.....  
identificat (ă) cu CI seria ..... nr..... domiciliat (ă) în localitatea.....  
str....., nr. ...., bl. ...., sc. ...., ap. ...., telefon  
....., e-mail ..... județ/sector ..... declar  
pe proprie răspundere că documentele depuse la dosar în copie sunt conforme cu originalul.

Menționez că nu dețin documentele în original întrucât :

.....  
.....  
.....  
.....

Data

Semnătura

## DECLARAȚIE APARTINĂTOR

Subsemnatul/a .....CNP.....  
 identificat (ă) cu CI seria ..... nr..... domiciliat (ă) în localitatea.....  
 str....., nr. ...., bl. ...., sc. ...., ap. ...., telefon  
 ....., e-mail ..... județ/sector ....., în  
 calitate de aparținător în accepțiunea art. 68, alin. (2) din HG nr. 181/2024, depun  
 pentru....., CNP ....., domiciliat (ă) în  
 localitatea..... str....., nr. ...., bl. ...., sc. ....,  
 ap. ...., județ/sector ....., cererea de încadrare în grad de invaliditate, semnată  
 olograf de către solicitant, însoțită de următoarele documente:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Declar pe proprie răspundere că solicitantul ..... este  
 nedeplasabil.**

Anexez la prezenta copie Carte de identitate .

Data

Semnătura

INEMRCM

Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă .....

Nr...../.....

## RAPORT

### de expertiză medicală a capacității de muncă

**În urma examinării d-lui/d-nei .....**

CNP ..... domiciliat(ă) în localitatea .....

**str. ...., nr. ...., bl. ...., ap. ...., județul/sectorul .....**

**telefon** ..... , **e-mail** .....

**Statutul actual:** Asigurat ☐ Şomaj ☐ Neasigurat ☐ Urmas ☐ Soţ/soţie ☐ Copil ☐

**Studii:** fără ☐ primare ☐ gimnaziale ☐ medii ☐ superioare ☐

Profesia ....., Ultimul loc de muncă .....

**Ocupația ....., Noxe profesionale .....**

**Incapacitate temporară de muncă în ultimele 12/24 luni:** ..... zile CM la data .....

**Documente medicale anexate, în baza cărora se face expertiza medicală a capacității de muncă:**

**Tratamente recuperatorii urmate:** .....

**Antecedente heredo colaterale:** .....

**Antecedente personale patologice:**.....  
.....

Consumator alcool ☐ tutun ☐ medicamente ☐ droguri ☐

**Istoricul bolii invalidante:** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Simptome:**.....  
.....  
.....

**Examen clinic:**T=.....G=.....IMC=.....TA=.....AV= .....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Concluziile expertizei medicale a capacității de muncă

**Diagnostic clinic:** .....  
.....  
.....

Cod boală 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐

#### Diagnostic funcțional:

Deficiență funcțională: Fără deficiență ☐ Ușoară ☐ Medie ☐ Accentuată ☐ Gravă ☐

Incapacitate adaptativă: ☐☐ %

Capacitate de muncă: Păstrat ☐ Diminuată ☐

Capacitate de autoservire: Păstrat ☐ Păstrată parțial ☐ Pierdută ☐

Grad de invaliditate: I ☐ II ☐ III ☐ Nu se încadrează în grad de invaliditate ☐

**Cauza invalidității:** BO ☐ BP☐ Document..... AM☐ Document  
.....

**Data ivirii invalidității:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Termen de revizuire:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Internat INEMRCM** - Raport de expertiză medicală nr. .... /data.....

Aviz INEMRCM nr. ....din data .....

### PLAN DE RECUPERARE

**Recomandări medicale:** tratament farmacologic ☐ intervenții chirurgicale ☐ tratament/chirurgie ortopedică ☐ recuperare medicală ☐ tratament balnear ☐

**Recomandari profesionale:** adaptarea locului de muncă ☐ schimbarea locului de muncă ☐ reorientare profesională ☐

**Poate desfășura regulat următoarele tipuri de activități:** Ușoare ☐ Medii ☐ Dificile ☐  
Nu ☐

**Se contraindică activitatea profesională în următoarele condiții:**

Umiditate ridicată ☐ Temperaturi ridicate ☐ Temperaturi scăzute ☐ Zgomot, noxe ☐

Gaze, vapori ☐ Lucrul la înălțime ☐ Lucrul în apropierea surselor de apă ☐ Lucrul în apropierea obiectelor tăioase sau în mișcare ☐ Munca de noapte ☐ Ridicarea, deplasarea de obiecte grele ☐ Ortostatismul prelungit ☐ Posturile forțate ☐

**Activitatea este permisă:**

Poate desfășura activități profesionale ☐ În ortostatism ☐ Poziție așezat ☐ Spații acoperite ☐ Fără presiunea timpului ☐ Cu pauze suplimentare ☐ Alternanțe ale deplasărilor cu interval de repaus ☐

Nu poate desfășura activități profesionale ☐

**Alte recomandari:** .....

**Observații:**

.....

**MEDIC EXPERT AL ASIGURĂRILOR SOCIALE,**

(semnătura, parafa, ștampila)

INEMRCM  
 CABINETUL DE EXPERTIZA MEDICALA A CAPACITATII DE MUNCA .....  
 Nr. ....Data.....

### CONCLUZIILE EXPERTIZEI MEDICALE LA REVIZUIRE:

*Privind pe dl/d-na ..... CNP .....*

La revizuirea medicală, medicul expert al asigurărilor sociale constată:

1. Simptomatologie: .....  
 .....  
 .....

2. Date obiective: Î=.....cm ; G= .....kg ; TA = ..... mmHg ; AV=.....b/min.  
 .....  
 .....

3. Diagnostic clinic: ..... Cod CIM .....  
 ..... Cod CIM .....  
 ..... Cod CIM .....

4. Diagnostic funcțional: Deficiență funcțională..... Incapacitate adaptativă .....%

5. Gradul de invaliditate: Înainte de expertizare..... , după expertizare .....

6. Termenul de revizuire:.....

7. Recomandări medicale: tratament farmacologic ☐ intervenții chirurgicale ☐ tratament/chirurgie  
 ortopedică ☐ recuperare medicală ☐ tratament balnear ☐

8. Recomandări profesionale: adaptarea locului de muncă ☐ schimbarea locului de muncă ☐ reorientare  
 profesională ☐

Poate desfășura regulat următoarele tipuri de activități: Ușoare ☐ Medii ☐ Dificile ☐ Nu ☐

Se contraindică activitatea profesională în următoarele condiții:

Umiditate ridicată ☐ Temperaturi ridicate ☐ Temperaturi scăzute ☐ Zgomot, noxe ☐ Gaze,  
 vapori ☐ Lucrul la înălțime ☐ Lucrul în apropierea surselor de apă ☐ Lucrul în apropierea  
 obiectelor tăioase sau în mișcare ☐ Munca de noapte ☐ Ridicarea, deplasarea de obiecte grele ☐  
 Ortostatismul prelungit ☐ Posturile forțate ☐



**Activitatea este permisă:**

Poate desfășura activități profesionale ☐ În ortostatism ☐ Poziție așezat ☐ Spații acoperite ☐ Fără presiunea timpului ☐ Cu pauze suplimentare ☐ Alternanțe ale deplasărilor cu interval de repaus ☐

Nu poate desfășura activități profesionale ☐

**Alte recomandări:** .....  
.....

**La revizuire medicală, se vor prezenta următoarele documente medicale:**

.....  
.....  
.....

**MEDIC EXPERT AL ASIGURĂRILOR SOCIALE**



INEMRCM

COMISIA MEDICALĂ REGIONALĂ DE CONTESTAȚII .....

Nr. ....Data.....

**CONCLUZIILE EXPERTIZEI MEDICALE:****Privind pe dl/d-na** ..... **CNP** .....

La revizuirea medicală, medicul expert al asigurărilor sociale constată:

**1. Simptomatologie:**.....  
.....  
.....**2. Date obiective:** Î=.....cm ; G= .....kg ; TA = ..... mmHg ; AV=.....b/min.  
.....  
.....**3. Diagnostic clinic:** ..... Cod CIM .....

..... Cod CIM .....

..... Cod CIM .....

**4. Diagnostic funcțional:** Deficiență funcțională..... Incapacitate adaptativă .....%**5. Gradul de invaliditate:** Înainte de expertizare..... , după expertizare .....**6. Termenul de revizuire:**.....**7. Recomandări medicale:** tratament farmacologic ☐ intervenții chirurgicale ☐ tratament/chirurgie  
ortopedică ☐ recuperare medicală ☐ tratament balnear ☐**8. Recomandări profesionale:** adaptarea locului de muncă ☐ schimbarea locului de muncă ☐ reorientare  
profesională ☐**Poate desfășura regulat următoarele tipuri de activități:** Ușoare ☐ Medii ☐ Dificile ☐ Nu ☐**Se contraindică activitatea profesională în următoarele condiții:**Umiditate ridicată ☐ Temperaturi ridicate ☐ Temperaturi scăzute ☐ Zgomot, noxe ☐ Gaze,  
vapori ☐ Lucrul la înălțime ☐ Lucrul în apropierea surselor de apă ☐ Lucrul în apropierea  
obiectelor tăioase sau în mișcare ☐ Munca de noapte ☐ Ridicarea, deplasarea de obiecte grele ☐  
Ortostatismul prelungit ☐ Posturile forțate ☐

**Activitatea este permisă:**

Poate desfășura activități profesionale ☐ În ortostatism ☐ Poziție așezat ☐ Spații acoperite ☐ Fără presiunea timpului ☐ Cu pauze suplimentare ☐ Alternanțe ale deplasărilor cu interval de repaus ☐

Nu poate desfășura activități profesionale ☐

**Alte recomandări:** .....  
.....

**La revizuire medicală, se vor prezenta următoarele documente medicale:**

.....  
.....  
.....

**COMISIA MEDICALĂ DE CONTESTAȚII**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**INEMRCM**

CABINETUL DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ

.....

Dosar medical:

Nr.

Nou

Reluat

Revizuit

Nr. de ordine dosar pensie:

Observații:

**DECIZIE MEDICALĂ ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

Nr.

Data

privind pe dl./dna:

CNP:

domiciliat(ă) în comuna/orașul

STR

nr.

județul/sectorul

Încadrat în muncă la: .....

1. Diagnostic clinic: Cod afecțiune 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

2. Deficiență funcțională: Fără deficiență ☐ Ușoară ☐ Medie ☐ Accentuată ☐ Gravă ☐

3. Capacitate de muncă:

a)

Păstrată

b)

Diminuată + capacitatea de  
autoservire păstrată

c)

Diminuată +  
capacitatea de  
autoservire păstrată  
parțial

d)

Diminuată + capacitatea  
de autoservire pierdutăGradul de  
invaliditate la data  
expertizăriiSe încadrează  
în gradul de  
invaliditate

Cauza invalidității

Data ivirii invalidității

Termen de  
revizuire4. Poate desfășura activități profesionale  
Nu poate desfășura activități profesionale☐  
☐

Conform anexei la prezenta decizie

5. La revizuirea medicală periodică se vor prezenta următoarele documente medicale:

**MEDIC EXPERT AL ASIGURĂRIILOR SOCIALE**

Decizia se poate contesta în termen de 30 de zile de la data comunicării la Comisia medicală regională de contestații.

Contestația se depune la Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă emitent.

Decizia necontestată în termen rămâne definitivă.

Neprezentarea la revizuirea periodică duce la suspendarea plății pensiei

Anexă la Decizia medicală asupra capacității de muncă nr.     din data de

**I. Recomandări profesionale :**

Adaptarea locului de muncă ☐

Schimbarea locului de muncă ☐

Reorientare profesională ☐

**Poate desfășura regulat următoarele tipuri de activități :**

Grele ☐ Medii ☐ Ușoare ☐ Sedentare ☐

**Se contraindică activitatea profesională în următoarele condiții:**

Umiditate ridicată ☐ Temperaturi ridicate ☐ Temperaturi scăzute ☐ Zgomot, noxe ☐

Gaze, vapori ☐ Lucrul la înălțime ☐ Lucrul în apropierea surselor de apă ☐

Lucrul în apropierea obiectelor tăioase sau în mișcare ☐ Munca de noapte ☐

Ridicarea, deplasarea de obiecte grele ☐ Ortostatismul prelungit ☐ Posturile forțate ☐

**Activitatea este permisă:**

Poate desfășura activități profesionale ☐ În ortostatism ☐ Poziție așezat ☐

Spații acoperite ☐ Fără presiunea timpului ☐ Cu pauze suplimentare ☐

Alternanțe ale deplasărilor cu interval de repaus ☐

Nu poate desfășura activități profesionale ☐

**Observații:**

.....

.....

**MEDIC EXPERT AL ASIGURĂRILOR SOCIALE,**

**INEMRCM**COMISIA MEDICALĂ REGIONALĂ DE  
CONTESTAȚII.....

Dosar medical:

Nr.

Nou

Reluat

Revizuit

Nr. de ordine dosar pensie:

Observații:

**DECIZIE MEDICALĂ ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

Nr.

Data

privind pe dl./dna:

CNP:

domiciliat(ă) în comuna/orașul

STR

nr.

județul/sectorul

Încadrat în muncă la: .....

1. Diagnostic clinic: Cod afecțiune

2. Deficiență funcțională: Fără deficiență ☐ Ușoară ☐ Medie ☐ Accentuată ☐ Gravă ☐

3. Capacitate de muncă:

a)

|          |
|----------|
| Păstrată |
|          |

b)

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| Diminuată + capacitatea de<br>autoservire păstrată |
|                                                    |

c)

|                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| Diminuată +<br>capacitatea de<br>autoservire păstrată<br>parțial |
|                                                                  |

d)

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| Diminuată + capacitatea<br>de autoservire pierdută |
|                                                    |

Gradul de  
invaliditate la data  
expertizăriiSe încadrează  
în gradul de  
invaliditate

Cauza invalidității

Data ivirii invalidității

Termen de  
revizuire4. Poate desfășura activități profesionale  
Nu poate desfășura activități profesionale

|  |
|--|
|  |
|  |

Conform anexei la prezenta decizie

5. La revizuirea medicală periodică se vor prezenta următoarele documente medicale:

**COMISIA MEDICALĂ REGIONALĂ DE CONTESTAȚII**

Decizia se poate contesta în termen de 30 de zile de la data comunicării la Comisia medicală regională de contestații.

Contestația se depune la Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă emitent.

Decizia necontestată în termen rămâne definitivă.

Neprezentarea la revizuirea periodică duce la suspendarea plății pensiei

Anexă la Decizia medicală asupra capacității de muncă nr.     din data de

**I. Recomandări profesionale :**

Adaptarea locului de muncă ☐

Schimbarea locului de muncă ☐

Reorientare profesională ☐

**Poate desfășura regulat următoarele tipuri de activități :**

Grele ☐ Medii ☐ Ușoare ☐ Sedentare ☐

**Se contraindică activitatea profesională în următoarele condiții:**

Umiditate ridicată ☐ Temperaturi ridicate ☐ Temperaturi scăzute ☐ Zgomot, noxe ☐

Gaze, vapori ☐ Lucrul la înălțime ☐ Lucrul în apropierea surselor de apă ☐

Lucrul în apropierea obiectelor tăioase sau în mișcare ☐ Munca de noapte ☐

Ridicarea, deplasarea de obiecte grele ☐ Ortostatismul prelungit ☐ Posturile forțate ☐

**Activitatea este permisă:**

Poate desfășura activități profesionale ☐ În ortostatism ☐ Poziție așezat ☐

Spații acoperite ☐ Fără presiunea timpului ☐ Cu pauze suplimentare ☐

Alternanțe ale deplasărilor cu interval de repaus ☐

Nu poate desfășura activități profesionale ☐

**COMISIA MEDICALĂ REGIONALĂ DE CONTESTAȚII**

**INEMRCM**COMISIE DE AVIZARE ȘI  
CONTROL.....

|                             |                          |             |          |                          |
|-----------------------------|--------------------------|-------------|----------|--------------------------|
| Dosar medical:              |                          | Observații: |          |                          |
| Nr.                         |                          |             |          |                          |
| Nou                         | <input type="checkbox"/> |             | Revizuit | <input type="checkbox"/> |
| Reluat                      | <input type="checkbox"/> |             |          |                          |
| Nr. de ordine dosar pensie: |                          |             |          |                          |

**DECIZIE MEDICALĂ ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

Nr. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

privind pe dl./dna: \_\_\_\_\_ CNP: \_\_\_\_\_ domiciliat(ă) în comuna/orașul \_\_\_\_\_

STR \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ județul/sectorul \_\_\_\_\_

Încadrat în muncă la: .....

1. Diagnostic clinic: Cod afecțiune 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

2. Deficiență funcțională: Fără deficiență ☐ Ușoară ☐ Medie ☐ Accentuată ☐ Gravă ☐

3. Capacitate de muncă:

a)

|          |
|----------|
| Păstrată |
|          |

b)

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| Diminuată + capacitatea de<br>autoservire păstrată |
|                                                    |

c)

|                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| Diminuată +<br>capacitatea de<br>autoservire păstrată<br>parțial |
|                                                                  |

d)

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| Diminuată + capacitatea<br>de autoservire pierdută |
|                                                    |

|                                                   |                                               |                     |                           |                        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------------|
| Gradul de<br>invaliditate la data<br>expertizării | Se încadrează<br>în gradul de<br>invaliditate | Cauza invalidității | Data ivirii invalidității | Termen de<br>revizuire |
|                                                   |                                               |                     |                           |                        |

4. Poate desfășura activități profesionale ☐ Conform anexei la prezenta decizie  
Nu poate desfășura activități profesionale ☐

5. La revizuirea medicală periodică se vor prezenta următoarele documente medicale:

**COMISIE DE AVIZARE ȘI CONTROL**

Decizia se poate contesta în termen de 30 de zile de la data comunicării la Comisia medicală regională de contestații.

Contestația se depune la Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă emitent.

Decizia necontestată în termen rămâne definitivă.

Neprezentarea la revizuirea periodică duce la suspendarea plății pensiei

Anexă la Decizia medicală asupra capacității de muncă nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_



### **I. Recomandări profesionale :**

Adaptarea locului de muncă ☐Schimbarea locului de muncă ☐Reorientare profesională ☐

**Poate desfășura regulat următoarele tipuri de activități :**

**Grele** ☐ **Medii** ☐ **Usoare** ☐ **Sedentare** ☐

**Se contraindică activitatea profesională în următoarele condiții:**

Umiditate ridicată ☐ Temperaturi ridicate ☐ Temperaturi scăzute ☐ Zgomot, noxe ☐

Gaze, vapori ☐ Lucrul la înălțime ☐ Lucrul în apropierea surselor de apă ☐

Lucrul în apropierea obiectelor tăioase sau în mișcare ☐ Munca de noapte ☐

Ridicarea, deplasarea de obiecte grele ☐ Ortostatismul prelungit ☐ Posturile forțate ☐

**Activitatea este permisă:**

Poate desfășura activități profesionale ☐ În ortostatism ☐ Poziție așezat ☐

Spații acoperite ☐ Fără presiunea timpului ☐ Cu pauze suplimentare ☐

Alternanțe ale deplasărilor cu interval de repaus ☐

Nu poate desfășura activități profesionale ☐

## COMISIE DE AVIZARE ȘI CONTROL

**INEMRCM**COMISIE SUPERIOARA DE EXPERIZA MEDICALĂ A  
CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Dosar medical:

Nr.

Nou

Reluat

Revizuit

Nr. de ordine dosar pensie:

Observații:

**DECIZIE MEDICALĂ ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

Nr.

Data

privind pe dl./dna:

CNP:

domiciliat(ă) în comuna/orașul

STR

nr.

județul/sectorul

încadrat în muncă la:

1. Diagnostic clinic:

Cod afecțiune

2. Deficiență funcțională:

Fără deficiență

☐

Ușoară

☐

Medie

☐

Accentuată

☐

Gravă

☐

3. Capacitate de muncă:

a)

Păstrată

b)

Diminuată + capacitatea de  
autoservire păstrată

c)

Diminuată +  
capacitatea de  
autoservire păstrată  
parțial

d)

Diminuată + capacitatea  
de autoservire pierdutăGradul de  
invaliditate la data  
expertizăriiSe încadrează  
în gradul de  
invaliditate

Cauza invalidității

Data ivirii invalidității

Termen de  
revizuire

4. Poate desfășura activități profesionale

Nu poate desfășura activități profesionale

☐

Conform anexei la prezenta decizie

5. La revizuirea medicală periodică se vor prezenta următoarele documente medicale:

**COMISIE SUPERIOARĂ DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

Decizia se poate contesta în termen de 30 de zile de la data comunicării la Comisia medicală regională de contestații.

Contestația se depune la Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă emitent.

Decizia necontestată în termen rămâne definitivă.

Neprezentarea la revizuirea periodică duce la suspendarea plății pensiei

Anexă la Decizia medicală asupra capacității de muncă nr.      din data de

**I. Recomandări profesionale :**

Adaptarea locului de muncă ☐

Schimbarea locului de muncă ☐

Reorientare profesională ☐

**Poate desfășura regulat următoarele tipuri de activități :**

Grele ☐ Medii ☐ Ușoare ☐ Sedentare ☐

**Se contraindică activitatea profesională în următoarele condiții:**

Umiditate ridicată ☐ Temperaturi ridicate ☐ Temperaturi scăzute ☐ Zgomot, noxe ☐

Gaze, vapori ☐ Lucrul la înălțime ☐ Lucrul în apropierea surselor de apă ☐

Lucrul în apropierea obiectelor tăioase sau în mișcare ☐ Munca de noapte ☐

Ridicarea, deplasarea de obiecte grele ☐ Ortostatismul prelungit ☐ Posturile forțate ☐

**Activitatea este permisă:**

Poate desfășura activități profesionale ☐ În ortostatism ☐ Poziție așezat ☐

Spații acoperite ☐ Fără presiunea timpului ☐ Cu pauze suplimentare ☐

Alternanțe ale deplasărilor cu interval de repaus ☐

Nu poate desfășura activități profesionale ☐

**COMISIE SUPERIOARĂ DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

**Notă: neîndeplinirea obligației de urmare a programului recuperator atrage suspendarea plății pensiei conform Legii nr.360/2023, art.101, alin. (1), lit. b).**

INEMRCM  
Comisia medicală regională de contestații .....  
Nr. ....Data.....

## PROGRAM RECUPERATOR

Privind pe dl/dna .....CNP ..... domiciliat(ă)  
 în....., str....., nr....., județul .....  
 pensionar de invaliditate, gradul.....necesită completarea programului recuperator, conform  
 Legii nr. 360/2023, art. 71, alin.(1)

**Măsurile recuperatorii:** tratament farmacologic ☐ intervenții chirurgicale ☐ tratament/chirurgie ortopedică ☐ recuperare medicală ☐ tratament balnear ☐

**Alte recomandări:**.....  
 .....

[illegible]

Observații: .....

***Notă: neîndeplinirea obligației de urmare a programului recuperator atrage suspendarea plății pensiei conform Legii nr.360/2023, art.101, alin. (1), lit. b).***

Nr. .... Data.....

Privind pe dl/dna .....CNP ..... domiciliat(ă)  
 în....., str....., nr....., județul .....  
 pensionar de invaliditate, gradul.....necesită completarea programului recuperator, conform  
 Legii nr. 360/2023, art. 71, alin.(1).

.....

[illegible]

Observații: .....

**Notă: neîndeplinirea obligației de urmare a programului recuperator atrage suspendarea plății pensiei conform Legii 360/2023, art.101, alin (1), lit. b).**

Nr. .... Data .....

Privind pe dl/dna ..... CNP ..... domiciliat(ă) în ..... str. .... nr. ...., județul , ..... necesită completarea programului recuperator, în vederea acordării unui bilet de tratament gratuit conform Legii nr. 346/2002, art. 22 și 24, privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

Conform recomandării medicului curant, dr. .... , poate beneficia de cura balneară într-una din stațiunile : .....

[illegible]

Observatii:

.....



INEMRCM

Cabinetul de expertiză medicală a capacității de muncă .....

Nr. .... / .....

**BILET DE TRIMITERE**

*Către:* .....

Se trimite dl./d-na.....CNP..... domiciliat (ă)  
în localitatea..... str....., nr. ...., bl. ...., sc. ....,  
ap. ...., județ/sector .....care s-a adresat cabinetului de expertiză medicală în vederea expertizării  
capacității de muncă.

Vă rugăm să efectuați: ancheta sociala ☐ examinări/investigații de specialitate ☐

.....  
.....  
.....  
.....

**Medic expert al asigurărilor sociale,**  
(semnătura, parafa, ștampila)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Cabinetul de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă .....  
 Nr. .... din .....

## REFERAT DE PREZENTARE

Către INEMRCM, Sos. Panduri 22

Privind pe dl/dna.....

CNP | .....|, cu domiciliul în localitatea ....., str.  
 ..... nr....., bl....., sc....., et....., ap.....2.. Județul/sectorul ....., care:

☐ se află în incapacitate temporară de muncă de la data de....., a totalizat  
 un nr. de.....zile de concediu medical în ultimele 12/24 luni;

☐ nu desfășoară nicio activitate profesională;

☐ este pensionar de invaliditate gradul.

### Diagnosticul clinic

.....  
 .....  
 .....

### Motivul trimiterii

☐ Solicit evaluarea capacității de muncă, deoarece.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

☐ Solicit verificare expertiză, deoarece .....  
 .....  
 .....  
 .....

☐ Solicit consultație metodologică referitor la .....  
 .....  
 .....  
 .....

☐ Trimitere pentru recuperare medicală .....  
 .....  
 .....  
 .....

☐ Trimitere pentru nerevizuire afecțiune conform Legii 360/2023 art. 69 alin.( 1) lit. a).

Medic expert al asigurărilor sociale  
 (semnătura, parafa, ștampila)

Unitatea sanitară .....

Nr. .... / .....

**REFERAT MEDICAL**

Privind pe dl/dna .....CNP.....  
 cu domiciliul în localitatea ..... str. ....  
 nr....., bl....., sc....., et..... ap..... județul/sectorul .....

**Diagnostic clinic:** .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Simptomatologie\*):** .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Examen obiectiv detaliat\*):** Î= \_\_\_\_\_ cm ; G= \_\_\_\_\_ kg ; TA = \_\_\_\_\_ mmHg ; AV= \_\_\_\_\_ b/min

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Investigații clinice, paraclinice\*):** .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Tratamente urmate** .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Prognostic recuperator:** .....  
 .....  
 .....

Persoana este deplasabilă      da ☐      nu ☐

**Observații:** .....  
 .....

**Medic de specialitate,**  
 (semnătura, parafa, ștampila)

**EXAMEN OFTALMOLOGIC****PENTRU EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

Nume..... Prenume.....  
 CNP..... Domiciliu .....  
 Nr.fișă/Reg. cons. ....

1. DIAGNOSTIC CLINIC: .....  
 .....  
 .....

2. DIAGNOSTIC FUNCȚIONAL/DEFICIENȚĂ VIZUALĂ : .....  
 .....  
 .....

|    |                                                    | OD | OS |
|----|----------------------------------------------------|----|----|
| 3. | AV<br>FARA CORECȚIE                                |    |    |
|    | AV<br>CU CORECȚIE                                  |    |    |
|    | REFRAȚIE                                           |    |    |
| 4. | CV<br>MANUAL*                                      |    |    |
| 5. | CV<br>COMPUTER*                                    |    |    |
| 6  | TIO                                                |    |    |
| 7  | FO                                                 |    |    |
| 8  | RAPORT CUPĂ/DISC                                   |    |    |
| 9  | TRATAMENT EFECTUAT                                 |    |    |
| 10 | RECOMANDĂRI:<br>OPTICE<br>MEDICALE<br>CHIRURGICALE |    |    |

DATA:

MEDIC OFTALMOLOG,

TOATE RUBRICILE TREBUIE COMPLETATE

\*OBLIGATOR PUNCTUL 4 ȘI 5 CU GRAFIC ANEXAT ȘI INTERPRETARE