|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO** | **BOLETIM DE INSPEÇÃO MÉDICA** **BIM****SERVIDOR EFETIVO** |
|  |
| **01 – PARA USO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE DO SERVIDOR E PERÍCIA MÉDICA:** **NÚMERO DA COMUNICAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA:** \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | 02 – MASP (NÃO PREENCHER SE NÃO TIVER MASP):      |
| 03 – NOME DO INTERESSADO:      | 04 – CPF:       |
| 05 – ADMISSÃO (conforme contracheque): ( ) admissão 1 ( ) admissão 2 ( ) Outra admissão – Especificar**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| 06 - CARGO ATUAL (nomenclatura conforme contracheque):       |
| 07 – ESTADO CIVIL:      | 08 - SEXO:     | 09 - DATA DE NASCIMENTO:    /    /      | 10 – NATURALIDADE:      | 11 – CART. IDENTIDADE / DATA DE EXPEDIÇÃO:            /     /      |
| 12 – FILIAÇÃO (Mãe e Pai):      |
| 13 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Av, Praça):      | 14 - NÚMERO:      | 15 - COMPLEMENTO:      |
| 16 - CEP:      | 17 – DDD / TELEFONE:(  )       | 18 - BAIRRO:      | 19 - CIDADE / MUNICÍPIO:      |
| 20 - ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO:      | 21 – SRE:      |
| 22 - UNIDADE DE EXERCÍCIO:      |
| 23 - ENDEREÇO DO TRABALHO (Rua, Av, Praça):      | 24 - NÚMERO:      | 25 - COMPLEMENTO:       |
| 26 - CEP:      | 27 – DDD / TELEFONE:(  )       | 28 - BAIRRO:      | 29 - CIDADE / MUNICÍPIO:      |
| 30 – FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA: |
| [ ]  AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO (LTS) |  |
| [ ]  ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA (IR) |  |
| [ ]  AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO |  |
| [ ]  AJUSTAMENTO FUNCIONAL: [ ]  INICIAL [ ]  PRORROGAÇÃO |
| [ ]  ADAPTAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO |
|  [ ]  REDUÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO: [ ]  INICIAL [ ]  PRORROGAÇÃO  |
|  [ ]  OUTROS:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |
| 31 – DEVER, AUTORIZAÇÃO E ASSINATURA DO INTERESSADO:- ESTOU CIENTE DE QUE DEVO INFORMAR MINHA CHEFIA IMEDIATA SOBRE MINHA AUSÊNCIA DO TRABALHO EM DECORRÊNCIA DE AFASTAMENTO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE CONFORME ART. 2º, § 1º, DO DECRETO 46061 DE 09 DE OUTUBRO DE 2012.-AUTORIZO O ENVIO DE INFORMAÇÕES, RESULTADOS E MARCAÇÕES PARA O E-MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ESTANDO CIENTE QUE DEVO VERIFICAR A CAIXA DE E-MAILS, SPAM, ETC, PERIODICAMENTE.- DECLARO QUE ESTOU CIENTE DE QUE INFORMAÇÕES, RESULTADOS E MARCAÇÕES ENVIADAS POR E-MAIL CONFIGURAM NOTIFICAÇÃO PARA FINS DE CIÊNCIA OU DIVULGAÇÃO OFICIAL DE DECISÃO NO ÂMBITO DO SERVIÇO PERICIAL.       /       /       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA ASSINATURA DO INTERESSADO |
| 32 – ÚLTIMO PERÍODO DE LICENÇA: DE       /       /       a       /       /        | 33 – NÚMERO DO PROTOCOLO:

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

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_  |

CÓDIGO - 18.00.01 - ANVERSO – SEPLAG/SCPMSO/DCPM FLUXO: EMITENTE (CHEFIA IMEDIATA); INTERESSADO; MÉDICO; SCPMSO.

|  |
| --- |
| (Para uso exclusivo do médico perito da SCPMSO) |
| 34 –IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO: DATA:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA:  |
| 35 - ANAMNESE:Perícia médica documental de acordo com o Decreto nº 47.886, de 15 de março de 2020.Atestado médico datado de \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ emitido pelo médico assistente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Período concedido de \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, CID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Artigo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 36 - EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS): |
| 37 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES: | 38 – CID PRINCIPAL: |
| 39 - CIDs SECUNDÁRIAS: |
| 40 – CONCLUSÃO: [ ]  INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_, ART.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. ENCAMINHAMENTO PARA ANÁLISE DE ACIDENTE DE TRABALHO/DOENÇA OCUPACIONAL: [ ]  SIM [ ]  NÃO [ ]  NÃO SE APLICA  [ ]  NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, NO MOMENTO.  [ ]  LTS INDEFERIDA POR PERDA DO PRAZO LEGAL DE MARCAÇÃO. [ ]  LTS REDUZIDA: [ ]  POR PERDA DO PRAZO LEGAL DE MARCAÇÃO. [ ]  POR NÃO HAVER JUSTIFICATIVA TÉCNICO-PERICIAL PARA O PRAZO SOLICITADO. [ ]  INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO PÚBLICO [ ]  NÃO EXISTE INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO PÚBLICO [ ]  AJUSTAMENTO FUNCIONAL: [ ]  INICIAL [ ]  PRORROGAÇÃO [ ]  PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI DE ISENÇÃO DE IR, NO CONCEITO DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CID:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  CONFORME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A PARTIR DE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_: [ ]  DEFINITIVAMENTE [ ]  POR\_\_\_\_\_\_ANOS  [ ]  NÃO PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI DE ISENÇÃO DE IR, NO MOMENTO [ ]  OUTROS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_40.1- RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS: [ ]  SIM [ ] NÃO [ ] NÃOSE APLICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_40.1- RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS: [ ]  SIM [ ]  NÃO [ ]  NÃO SE APLICA        41.2. – OUTROS / COMPLEMENTAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 41 - CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL | 42 – LOCAL, DATA, ASSINATURA DO MÉDICO E CRM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LOCALIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO |
| 43 – PARA USO DO MÉDICO REVISOR / HOMOLOGAÇÃO: |
| PARA USO DO MÉDICO PERITO |
| NOME DO INTERESSADO: | MASP: |
| CONCLUSÃO:RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS: [ ]  SIM [ ]  NÃO [ ]  NÃO SE APLICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIDADE / MUNICÍPIO DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO |

CÓDIGO - 18.00.01 - VERSO - SEPLAG/SCPMSO/DCPM