|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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