|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO** | **BOLETIM DE INSPEÇÃO MÉDICA – BIM**NÃO EFETIVOS |
|  |
| **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 – SITUAÇÃO FUNCIONAL:[ ] CARGO COMISSIONADO [ ] CONTRATO ADMINISTRATIVO (data-fim do contrato    /    /     ) |
| 08– ESTADO CIVIL:      | 09 - SEXO:     | 10 - DATA DE NASCIMENTO:   /    /      | 11 – NATURALIDADE:      | 12 – CART. IDENTIDADE / DATA DE EXPEDIÇÃO:          /     /      |
| 13 – FILIAÇÃO (Mãe):      |
| 14 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Av, Praça):      | 15 - NÚMERO:      | 16- COMPLEMENTO:      |
| 17 - CEP:      | 18 – DDD / TELEFONE:(  )       | 19 - BAIRRO:      | 20- CIDADE / MUNICÍPIO:      |
| 21 - ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO:      | 22 – SRE:      |
| 23 - UNIDADE DE EXERCÍCIO:      |
| 24 - ENDEREÇO DO TRABALHO (Rua, Av, Praça):      | 25 - NÚMERO:      | 26 -COMPLEMENTO:       |
| 27 - CEP:      | 28 – DDD / TELEFONE:(  )       | 29 - BAIRRO:      | 30 - CIDADE / MUNICÍPIO:      |
| 31 – FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA: |
| AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA |  |
|  |
| 32 – DECLARAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E ASSINATURA DO INTERESSADO:- DECLARO QUE ESTOU CIENTE DO DEVER DE INFORMAR MINHA CHEFIA IMEDIATA SOBRE MINHA AUSÊNCIA DO TRABALHO EM DECORRÊNCIA DE AFASTAMENTO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE CONFORME ART. 2º DA RESOLUÇÃO SEPLAG Nº 119, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2013.-AUTORIZO O ENVIO DE INFORMAÇÕES, RESULTADOS E MARCAÇÕES PARA O **E-MAIL**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ESTANDO CIENTE QUE DEVO VERIFICAR A CAIXA DE ENTRADA, LIXEIRA, 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 |
| 33 – ÚLTIMO PERÍODO DE LICENÇA:DE**/       /**a**/       /** | 34 – NÚMERO DO PROTOCOLO:

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

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

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

|  |
| --- |
| (Para uso exclusivo do médico perito da SCPMSO) |
| IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA-FIM DO CONTRATO\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA E HORA DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_HS |
| 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: |
| 39 – CIDs SECUNDARIAS: |
| 40 – CONCLUSÃO:40.1. – AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA:[ ]  INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_, (tenho ciência da data fim do contrato).  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. 40.2. – ENCAMINHAMENTO PARA O INSS: [ ] SIM [ ] NÃO ÚLTIMO DIA DE AFASTAMENTO CONCEDIDO PELA SCPMSO \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_, 40.3 – OUTROS / COMPLEMENTAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  40.4 - RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS: [ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA 40.5 - RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS: [ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA |
| 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 |
| NOME DO INTERESSADO: | MASP: |
| CONCLUSÃO:CONCESSÃO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO: [ ] SIM [ ] NÃOPERÍODO: DE \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ ENCAMINHAMENTO PARA O INSS: [ ] SIM [ ] NÃO  RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS: [ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade / Município Data Assinatura / carimbo do Médico |

CÓDIGO - 18.00.01 - VERSO - SEPLAG/SCPMSO/DCPM