|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO** | | | | | | | | | **BOLETIM DE INSPEÇÃO MÉDICA (BIM)**  **SERVIDOR EFETIVO**  **AJUSTAMENTO FUNCIONAL** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **01 – PARA USO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PÉRÍCIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL:**  NÚMERO DA COMUNICAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | 02 – MASP: | | | |
| 03 – NOME DO INTERESSADO: | | | | | | | | | | | 04 – CPF: | | | |
| 05 – CARGO ATUAL: | | | | | | | ( ) admissão 01 ( ) admissão 02 ( ) outros – Especificar**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| 06– ESTADO CIVIL: | | 07 - SEXO: | | 08 - DATA DE NASCIMENTO:     /    / | | | 09 – NATURALIDADE: | | | | 10 – CART. IDENTIDADE / DATA DE EXPEDIÇÃO:            /     / | | | |
| 11 – FILIAÇÃO(Mãe e Pai): | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Av, Praça): | | | | | | | | | | | | 13 - NÚMERO: | | 14 - COMPLEMENTO: |
| 15 - CEP: | | | 16 – DDD / TELEFONE:  (  ) | | | 17 - BAIRRO: | | | 18 - CIDADE / MUNICÍPIO: | | | | | |
| 19 - ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO: | | | | | | | | | | | | | 20 – SRE: | |
| 21 - UNIDADE DE EXERCÍCIO: | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 - ENDEREÇO DO TRABALHO (Rua, Av, Praça): | | | | | | | | | | | | 23 - NÚMERO: | | 24 -COMPLEMENTO: |
| 25 - CEP: | | 26 – DDD / TELEFONE:  (  ) | | | 27 - BAIRRO: | | | | 28 - CIDADE / MUNICÍPIO: | | | | | |
| 29 – FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA: | | | | | | | | | | | | | | |
| AJUSTAMENTO FUNCIONAL: INICIAL PRORROGAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 – ASSINATURA DO INTERESSADO:        /       /       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA ASSINATURA DO INTERESSADO | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 - CHEFIA IMEDIATA:  Declaro que o(a) interessado(a) acima exerce as seguintes atividades: | | | | | | | | | | | | | | |
| /       /      **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  DATA ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA MASP CARGO | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 – ÚLTIMO PERÍODO DE LICENÇA:  DE      /       /       a       /       / | | | | | | | | 33 – NÚMERO DO PROTOCOLO:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_ | | | | | | |
| LAUDO MÉDICO PERICIAL | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 - ANAMNESE: ( Especificar qual a alteração clínica e descrever a relação entre ela e as tarefas da atividade, que levarão às restrições descritas abaixo) | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 – EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS): | | | | | | | | | | | | | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  HORA: | | |
| 35 – (CONTINUAÇÃO) – EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS): | | |
| 36 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES: | | 37 - CID: |
| 38 – CONCLUSÃO:  38.1. – AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA:  AJUSTAMENTO FUNCIONAL:  **INICIAL**: AJUSTAMENTO FUNCIONAL POR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DIAS, EM ATIVIDADE CONFORME RIM EM ANEXO, A PARTIR DE \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_.  **PRORROGAÇÃO**: AJUSTAMENTO FUNCIONAL POR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DIAS, EM ATIVIDADE CONFORME RIM EM ANEXO, DE \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ a  \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_.  PRORROGAÇÃO DO AJUSTAMENTO FUNCIONAL **PERMANENTEMENTE**, EM ATIVIDADE CONFORME RIM EM ANEXO, A PARTIR DE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_.  **ENCERRAMENTO** DO AJUSTAMENTO FUNCIONAL.  REGULARIZAÇÃO DO AJUSTAMENTO FUNCIONALANTERIOR:  NÃO  SIM , POR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DIAS, DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .  AJUSTAMENTO FUNCIONAL EM **PRORROGAÇÃ**O POR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DIAS A PARTIR DE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ CONSIDERANDO O **AFASTAMENTO**  **PRELIMINAR PARA APOSENTADORIA** PUBLICADO NO MG DE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  REGULARIZAÇÃO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE: DE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_; CID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ART: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_, ART.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO NO MOMENTO.  INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO PÚBLICO.  NÃO EXISTE INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO PÚBLICO.  38.2. – OUTROS / COMPLEMENTAÇÃO:  38.3- ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES DO SERVIDOR ÀS LIMITAÇÕES SOFRIDAS EM SUA CAPACIDADE LABORATIVA EM VIRTUDE DE ACIDENTE OU DOENÇA:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 1.EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO PROLONGADAS. |  | 10. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ATENDIMENTO AO PÚBLICO INTERNO. |  | | 2. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM CONTATO COM ALERGENOS RESPIRATÓRIOS (PÓ, POEIRA, MOFO E UMIDADE) DE FORMA HABITUAL. |  | 11. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ATENDIMENTO AO PÚBLICO EXTERNO. |  | | 3. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM DESLOCAMENTOS FREQUENTES. |  | 12. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM CONTATO COM ALERGENOS (PRODUTOS QUÍMICOS) DE FORMA HABITUAL. |  | | 4. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ESFORÇO VISUAL (LEITURA ROTINEIRA, USO PROLONGADO DE TERMINAL DE COMPUTADOR). |  | 13. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ESFORÇO FÍSICO, LEVANTAMENTO E TRANSPORTE MANUAL DE PESO (ACIMA DE CINCO QUILOS). |  | | 5. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM FLEXÃO, E/OU EXTENSÃO; E/OU ROTAÇÃO FREQUENTES DA COLUNA VERTEBRAL. |  | 14. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM EXPOSIÇÃO AO RUÍDO EXCESSIVO E LOCAIS ONDE SE EXIJA BOA ACUIDADE AUDITIVA. |  | | 6. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM PERMANECER POR TEMPO PROLONGADO EM PÉ. |  | 15. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM OCUPAR-SE ROTINEIRAMENTE COM GRUPOS DE ALUNOS. |  | | 7. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM PERMANECER POR TEMPO PROLONGADO EM UMA MESMA POSIÇÃO. |  | 16.EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM REPETITIVIDADE DO MESMO PADRÃO DE MOVIMENTOS DE MÃOS, OU PUNHOS, OU ANTEBRAÇOS, OU COTOVELOS OU OMBROS. |  | | 8.EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM USO PROFISSIONAL, INTENSO E/OU ABUSIVO DA VOZ. |  | 17.EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM OCUPAR-SE ROTINEIRAMENTE COM DETENTOS. |  | | 9. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM PORTE E UTILIZAÇÃO DE ARMAS. |  | 18. SE PROFESSOR, PERMANECER FORA DA ATIVIDADE DE REGÊNCIA |  | | 19.OUTROS: | | | |   39 - ASSINATURAS E ESPECIFICAÇÕES DAS RESTRIÇÕES:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |   Nº DAS RESTRIÇÕES: MÉDICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BELO HORIZONTE, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 40 - CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL | 41 – LOCAL, DATA, ASSINATURA DO MÉDICO E CRM:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LOCALIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO | |
| 42 – PARA USO DO MÉDICO REVISOR / HOMOLOGAÇÃO: | | |
|  | | |

CÓDIGO - 18.00.01 - VERSO - SEPLAG/SCPMSO/DCSO