|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | **SECRETARIADE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO** | | | | | | | | | **BOLETIM DE INPEÇÃO**  **MÉDICA – BIM**  NÃOEFETIVOS | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | 01- PARA USO ESCLUSIVO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL:  NÚMERO DA COMUNICAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | 02- MASP: | | | | |  |  | |
|  |  | 03 – NOME DO INTERESSADO: | | | | | | | | | | | | | 04 – CPF: Nº e DATA DA EXPEDIÇÃO: | | | | | | | |  |  | |
|  |  | 05 – CARGO ATUAL: | | | | | | | | | | 06 – NÍVEL: | | | | | | | | | 07 – SÍMBOLO: | |  |  | |
|  |  | 08 – SITUAÇÃO FUNCIONAL:  □CARGO COMISSIONADO □ CONTRATO ADMINISTRATIVO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | 09 – ESTADO CIVIL: | | 10 – SEXO: | | | 11 – DATA DE NASCIMENTO:  / / | | | 12 – NATURALIDADE: | | | | | 13 – CART. IDENTIDADE / DATA DE EXPEDIÇÃO:  / / | | | | | | | |  |  | |
|  |  | 14 – FILIAÇÃO (Mãe e Pai): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | 15 – ENDEREÇO RESIDENCIAL: (Rua, Av, Praça): | | | | | | | | | | | | | | 16 – NÚMERO: | | | | | 17 - COMPLEMENTO | |  |  | |
|  |  | 18 – CEP: | | | 19 – DDD / TEOLEFONE:  ( ) | | | | 20 - BAIRRO: | | | | 21 – CIDADE / MUNICÍPIO: | | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | 22 – ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23 – SRE: | | |  |  | |
|  |  | 24 – UNIDADE DE EXERCÍCIO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | 25 – ENDEREÇO DO TRABALHO (Rua, Av, Praça): | | | | | | | | | | | | | | | 26 – NÚMERO: | | | | 27 - COMPLEMENTO | |  |  | |
|  |  | 28 – CEP: | | | | 29 – DDD / TELEFONE:  ( ) | | | 30 - BAIRRO: | | | 31 – CIDADE / MUNICÍPIO: | | | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | 32 – FINALIDADEDA INSPEÇÃO MÉDICA:  □ AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | 33 – ASSINATURA DO INTERESSADO:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA ASSINATURA DO INTERESSADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | 34 – CHEFIA IMEDIATA:  Declaro que o(a) interessado(a) acima satisfaz as exigências previstas em Lei para ser submetido(a) à perícia médica e exerce as seguintes atividades, nos dias e horários especificados abaixo:  \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / *\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA MASP CARGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | 35 – ÚLTIMO PERÍODO DE LICENÇA:  DE \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | 36 – NÚMERO DE PROTOCOLO:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |  | |
|  | -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  Destacar e devolver à Diretoria de Recursos Humanos do Órgão/Entidade de lotação. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | **SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO** | | | | | | | | | | | | **RESULTADO DE INSPEÇÃO**  **MÉDICA – RIM**  NÃO EFETIVOS | | | | | | | |  | |  | |
|  |  | 01 - NOME | | | | | | | | | | | | | | | | | 02 - MASP | | |  | |  | |
|  |  | 03 – CARGO: | | | | | | | | | | 07 – CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL: | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  | 04 – UNIDADE DE EXERCÍCIO: | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  | 05 – ÓRGÃO: | | | | | | 06 – CIDADE / MUNICÍPIO: | | | |  | |  | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **LAUDO MÉDICO** | | | |  |  |
|  |  | IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  |
|  |  | 37 – ANAMINESE: | | | |  |  |
|  |  | 38 – EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADO): | | | |  |  |
|  |  | 39 – DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES: | | 40 – CID: | |  |  |
|  |  | 41 – CONCLUSÃO:  41.1 – AVALIAÇÃODE CAPACIDADE LABORATIVA:  □ INCAPACIDADETEMPORÁRIA PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  □ NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO NO MOMENTO.  41.2 – ENCAMINHAMENTO PARA O INSS: □SIM □NÃO  41.3 – OUTROS / COMPLEMENTAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  |
|  |  | 42 – CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL: | 43 – LOCAL, DATA, ASSINATURA DO MÉDICO E CRM:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Localidade Data Assinatura e carimbo do Médico | | |  |  |
|  |  | 44 – PARA USO DO MÉDICO REVISOR / HOMOLOGAÇÃO: | | | |  |  |
|  |  |  | | | |  |  |
|  |  | **PARA USO DO MÉDICO** | | | |  |  |
|  |  | 08 – NOME DO INTERESSADO: | | | 09 – MASP: |  |  |
|  |  | 10 – CONCLUSÃO:  CONCESSÃO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE: □SIM □NÃO  PERÍODO: DE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ENCAMINHAMENTO PARA O INSS: □SIM □NÃO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cidade / Município Data Assinatura / carimbo do Médico | | | |  |  |

CÓDIGO – 18.00.01 – VERSO – SEPLAG/SCPMSO/DCPM