|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  **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 □NÃOPERÍODO: DE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ENCAMINHAMENTO PARA O INSS: □SIM □NÃO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade / Município Data Assinatura / carimbo do Médico |  |  |

 CÓDIGO – 18.00.01 – VERSO – SEPLAG/SCPMSO/DCPM