



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:																
03 – NOME DO INTERESSADO:				04 – CPF: Nº e DATA DA EXPEDIÇÃO																
05 – CARGO ATUAL: () admissão 01 () admissão 02 () OUTROS – ESPECIFICAR: _____			06 – NÍVEL:	07 – SÍMBOLO:																
08 – SITUAÇÃO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> CARGO COMISSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATO ADMINISTRATIVO (data-fim do contrato / /)																				
09 – ESTADO CIVIL:	10 – SEXO:	11 – DATA DE NASCIMENTO: / /	12 – NATURALIDADE:	13 – CART. IDENTIDADE / DATA DE EXPEDIÇÃO: / /																
14 – FILIAÇÃO (Mãe):																				
15 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Av, Praça):			16 - NÚMERO:	17 - COMPLEMENTO:																
18 - CEP:	19 – DDD / TELEFONE: ()	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 – FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA: <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA																				
33 – 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																				
34 – ÚLTIMO PERÍODO DE LICENÇA: DE ____/____/____a ____/____/____			35 – NÚMERO DO PROTOCOLO: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NOME: _____																	

(Para uso exclusivo do médico perito da SCPMSO)

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO: _____

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ : ____ HS

36 - ANAMNESE:

37 - EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS):

38 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:

39 - CID:

39.1 – CIDs SECUNDARIAS:

40 – CONCLUSÃO:

40.1. – AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA:

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE ____/____/____ a ____/____/____

ENCAMINHAMENTO PARA ANÁLISE DE ACIDENTE DE TRABALHO/DOENÇA OCUPACIONAL: SIM NÃO NÃO SE APLICA

NECESSIDADE DE AVALIAR SUSPENSÃO DA CNH (apenas para cargo de MOTORISTA)? 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.
 POR EXCEDER O PRAZO MÁXIMO PREVISTO EM LEGISLAÇÃO

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

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