



01 - PARA USO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL: 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 - ESTADO CIVIL:		08 - SEXO:	09 - DATA DE NASCIMENTO: / /		10 - NATURALIDADE:		11 - CART. IDENTIDADE / DATA DE EXPEDIÇÃO: / /																			
12 - FILIAÇÃO (Mãe e Pai):					11.1 - POSSUI CNH? <input type="checkbox"/> Sim - <input type="checkbox"/> Não																					
13 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Av, Praça):					14 - NÚMERO:	15 - COMPLEMENTO:																				
16 - CEP:		17 - DDD / TELEFONE: ( )	18 - BAIRRO:	19 - CIDADE / MUNICÍPIO:																						
20 - ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO:					21 - SRE:																					
22 - UNIDADE DE EXERCÍCIO:																										
23 - ENDEREÇO DO TRABALHO (Rua, Av, Praça):					24 - NÚMERO:	25 - COMPLEMENTO:																				
26 - CEP:		27 - DDD / TELEFONE: ( )	28 - BAIRRO:	29 - CIDADE / MUNICÍPIO:																						
30 - FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA: <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO (LTS) <input type="checkbox"/> ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA (IR) <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO <input type="checkbox"/> AJUSTAMENTO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO <input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO <input type="checkbox"/> REDUÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____																										
31 - DEVER, AUTORIZAÇÃO E ASSINATURA DO INTERESSADO:  - ESTOU CIENTE DE QUE DEVO INFORMAR MINHA CHEFIA IMEDIATA SOBRE MINHA AUSÊNCIA DO TRABALHO EM DECORRÊNCIA DE AFASTAMENTO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE CONFORME ART. 2º, § 1º, DO DECRETO N.º 48.249, DE 5 DE AGOSTO DE 2021.  -AUTORIZO O ENVIO DE INFORMAÇÕES, RESULTADOS E MARCAÇÕES PARA O E-MAIL _____, ESTANDO CIENTE QUE DEVO VERIFICAR A CAIXA DE E-MAILS, 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 _____																										
32 - ÚLTIMO PERÍODO DE LICENÇA:  DE ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____				33 - NÚMERO DO PROTOCOLO: <table border="1"><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><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NOME: _____ DATA: ____ / ____ / ____																						

**(Para uso exclusivo do médico perito da SCPMSO)**

34 - IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

35 - ANAMNESE:

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

37 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:

38 - CID PRINCIPAL:

39 - CIDs SECUNDÁRIAS:

40 - CONCLUSÃO:

**INCAPACIDADE TEMPORÁRIA:**

- 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
- PERÍODO REGULARIZADO DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ART. \_\_\_\_\_.
- PERÍODO CONCEDIDO DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ART. \_\_\_\_\_.

**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

**INCAPACIDADE PERMANENTE:**

- NÃO EXISTE INCAPACIDADE PERMANENTE, NO MOMENTO
- PORTADOR DE INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO PÚBLICO (INVALIDEZ)
- PORTADOR DE INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO NO CARGO, INSUSCETÍVEL DE READAPTAÇÃO:
  - DECORRENTE DE ACIDENTE DO TRABALHO, DOENÇA PROFISSIONAL OU DOENÇA DO TRABALHO – **APOSENTADORIA INTEGRAL**
  - DECORRENTE DE DOENÇAS COMUNS OU GRAVES – **APOSENTADORIA PROPORCIONAL**

**AJUSTAMENTO FUNCIONAL**

- INICIAL  PRORROGAÇÃO

**ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA**

- PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI DE ISENÇÃO DE IR, NO CONCEITO DE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CID: \_\_\_\_\_, CONFORME \_\_\_\_\_

A PARTIR DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_:  DEFINITIVAMENTE

POR \_\_\_\_ ANOS

NÃO SE APLICA

- NÃO PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI DE ISENÇÃO DE IR, NO MOMENTO

**OUTROS:** \_\_\_\_\_

**40.1- 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: