



SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

BOLETIM DE INSPEÇÃO
MÉDICA – BIM
NÃO EFETIVOS

01 – PARA USO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PÉRICIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL: 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 COMMISSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATO ADMINISTRATIVO																									
09 – ESTADO CIVIL:	10 - SEXO:	11 - DATA DE NASCIMENTO:	12 – NATURALIDADE:	13 – CART. IDENTIDADE / DATA DE EXPEDIÇÃO:																					
		/ /		/ /																					
14 – FILIAÇÃO (Mãei):																									
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 OUDIVULGAÇÃO OFICIAL DE DECISÃO NO ÂMBITO DO SERVIÇO PERICIAL. _____/_____/_____ DATA																									
34 – ÚLTIMO PERÍODO DE LICENÇA: DE ____/____/____ a ____/____/____				35 – 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: _____																					

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: () admissão 01 () admissão 02 () OUTROS – ESPECIFICAR: _____			07 - CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL:		
04 - UNIDADE DE EXERCÍCIO:					
05 - ÓRGÃO:		06 - CIDADE / MUNICÍPIO:			

LAUDO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO: _____

36 - ANAMNESE:

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

38 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:

39 - CID:

40 - CONCLUSÃO:

40.1. - AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA:

 INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE ____/____/____ a ____/____/____, NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO NO MOMENTO.40.2 - ENCAMINHAMENTO PARA ANÁLISE DE ACIDENTE DE TRABALHO/DOENÇA OCUPACIONAL: SIM NÃO NÃO SE APLICA40.3. - ENCAMINHAMENTO PARA O INSS: SIM NÃO ÚLTIMO DIA DE AFASTAMENTO CONCEDIDO PELA SCPMSO ____/____/____,

40.4 - OUTROS / COMPLEMENTAÇÃO: _____

40.5 - 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:

PARA USO DO MÉDICO

08 - NOME DO INTERESSADO:

09 - MASP:

10 - CONCLUSÃO:

CONCESSÃO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO: SIM NÃO

PERÍODO: DE ____/____/____ a ____/____/____

ENCAMINHAMENTO PARA O INSS: SIM NÃO10.1 - RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS: SIM NÃO NÃO SE APLICA

Cidade / Município

Data

Assinatura / carimbo do Médico