



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PERÍCIA MÉDICA E
SAÚDE OCUPACIONAL**

**BOLETIM DE INSPEÇÃO MÉDICA (BIM)
SERVIDOR EFETIVO
AJUSTAMENTO FUNCIONAL**

01 – PARA USO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PÉRÍCIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL: NÚMERO DA COMUNICAÇÃO: _____ DATA: ____/____/____				02 – MASP:																				
03 – NOME DO INTERESSADO:				04 – CPF:																				
05 – CARGO ATUAL:			() admissão 01 () admissão 02 () outros – Especificar: _____																					
06 – ESTADO CIVIL:	07 - SEXO:	08 - DATA DE NASCIMENTO: / /	09 – NATURALIDADE:	10 – CART. IDENTIDADE / DATA DE EXPEDIÇÃO: / /																				
11 – FILIAÇÃO(Mãe e Pai):																								
12 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Av, Praça):				13 - NÚMERO:	14 - COMPLEMENTO:																			
15 - CEP:	16 – DDD / TELEFONE: ()	17 - BAIRRO:	18 - CIDADE / MUNICÍPIO:																					
19 – ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO:				20 – SRE:																				
21 - UNIDADE DE EXERCÍCIO:																								
22 - ENDEREÇO DO TRABALHO (Rua, Av, Praça):				23 - NÚMERO:	24 -COMPLEMENTO:																			
25 - CEP:	26 – DDD / TELEFONE: ()	27 - BAIRRO:	28 - CIDADE / MUNICÍPIO:																					
29 – FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA: AJUSTAMENTO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO																								
30 – ASSINATURA DO INTERESSADO: ____/____/____ DATA _____ ASSINATURA DO INTERESSADO _____																								
31 - CHEFIA IMEDIATA: Declaro que o(a) interessado(a) acima exerce as seguintes atividades: ____/____/____ DATA _____ ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA _____ MASP _____ CARGO _____																								
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> </tr> </table> NOME: _____ DATA: ____/____/____																					

LAUDO MÉDICO PERICIAL

34 - ANAMNESE: (Especificar qual a alteração clínica e descrever a relação entre ela e as tarefas da atividade, que levarão às restrições descritas abaixo)

35 – EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS):

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO: _____ DATA: _____

HORA: _____

35 – (CONTINUAÇÃO) – EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS):

36 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:

37 - CID:

38 – CONCLUSÃO:

38.1. – AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA:

 AJUSTAMENTO FUNCIONAL: **INICIAL:** AJUSTAMENTO FUNCIONAL POR _____ DIAS, EM ATIVIDADE CONFORME RIM EM ANEXO, A PARTIR DE ____/____/____. **PRORROGAÇÃO:** AJUSTAMENTO FUNCIONAL POR _____ DIAS, EM ATIVIDADE CONFORME RIM EM ANEXO, DE ____/____/____ a ____/____/____. **PRORROGAÇÃO DO AJUSTAMENTO FUNCIONAL PERMANENTEMENTE,** EM ATIVIDADE CONFORME RIM EM ANEXO, A PARTIR DE ____/____/____. **ENCERRAMENTO** DO AJUSTAMENTO FUNCIONAL. REGULARIZAÇÃO DO AJUSTAMENTO FUNCIONAL ANTERIOR: NÃO SIM, POR _____ DIAS, DE ____/____/____ A ____/____/____. AJUSTAMENTO FUNCIONAL EM **PRORROGAÇÃO** POR _____ DIAS A PARTIR DE ____/____/____ CONSIDERANDO O **AFASTAMENTO****PRELIMINAR PARA APOSENTADORIA** PUBLICADO NO MG DE ____/____/____. REGULARIZAÇÃO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE: DE ____/____/____ A ____/____/____; CID: _____ ART: _____. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE ____/____/____ a ____/____/____, ART. _____. NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO NO MOMENTO. INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO PÚBLICO. NÃO EXISTE INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO PÚBLICO.

38.2. – OUTROS / COMPLEMENTAÇÃO:

38.3- ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES DO SERVIDOR ÀS LIMITAÇÕES SOFRIDAS EM SUA CAPACIDADE LABORATIVA EM VIRTUDE DE ACIDENTE OU DOENÇA:

1. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO PROLONGADAS.	10. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ATENDIMENTO AO PÚBLICO INTERNO.
2. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM CONTATO COM ALERGENOS RESPIRATÓRIOS (PÓ, POEIRA, MOFO E UMIDADE) DE FORMA HABITUAL.	11. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ATENDIMENTO AO PÚBLICO EXTERNO.
3. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM DESLOCAMENTOS FREQUENTES.	12. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM CONTATO COM ALERGENOS (PRODUTOS QUÍMICOS) DE FORMA HABITUAL.
4. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ESFORÇO VISUAL (LEITURA ROTINEIRA, USO PROLONGADO DE TERMINAL DE COMPUTADOR).	13. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM ESFORÇO FÍSICO, LEVANTAMENTO E TRANSPORTE MANUAL DE PESO (ACIMA DE CINCO QUILOS).
5. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM FLEXÃO, E/OU EXTENSÃO; E/OU ROTAÇÃO FREQUENTES DA COLUNA VERTEBRAL.	14. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM EXPOSIÇÃO AO RUÍDO EXCESSIVO E LOCAIS ONDE SE EXIJA BOA ACUIDADE AUDITIVA.
6. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM PERMANECER POR TEMPO PROLONGADO EM PÉ.	15. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM OCUPAR-SE ROTINEIRAMENTE COM GRUPOS DE ALUNOS.
7. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM PERMANECER POR TEMPO PROLONGADO EM UMA MESMA POSIÇÃO.	16. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM REPETITIVIDADE DO MESMO PADRÃO DE MOVIMENTOS DE MÃOS, OU PUNHOS, OU ANTEBRAÇOS, OU COTOVELOS OU OMBROS.
8. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM USO PROFISSIONAL, INTENSO E/OU ABUSIVO DA VOZ.	17. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM OCUPAR-SE ROTINEIRAMENTE COM DETENTOS.
9. EVITAR ATIVIDADES QUE EXIJAM PORTE E UTILIZAÇÃO DE ARMAS.	18. SE PROFESSOR, PERMANECER FORA DA ATIVIDADE DE REGÊNCIA
19. OUTROS:	

39 - ASSINATURAS E ESPECIFICAÇÕES DAS RESTRIÇÕES:

Nº DAS RESTRIÇÕES:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MÉDICO

BELO HORIZONTE, ____/____/____

40 - CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL

41 – LOCAL, DATA, ASSINATURA DO MÉDICO E CRM:

LOCALIDADE

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

42 – PARA USO DO MÉDICO REVISOR / HOMOLOGAÇÃO: