



**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**

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 – CARGO ATUAL: () admissão 01 () admissão 02 () OUTROS – ESPECIFICAR: _____		06 - DATA DE NASCIMENTO: / /
07 - ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO:		08 – UNIDADE DE PÉRICA A QUAL PERTENCE: _____

09 – 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.º48.249, 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

(Para uso exclusivo do médico perito da SCPMSO)

10 - IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:

DATA: _____ / _____ / _____

HORA:

11 - ANAMNESE:

12 - EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITais E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS):

<p>13 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:</p>	<p>14 - CID PRINCIPAL:</p> <p>15- CIDs SECUNDÁRIAS:</p>
<p>16 – CONCLUSÃO:</p> <p>16.1 - INCAPACIDADE TEMPORÁRIA:</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO EXISTE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, NO MOMENTO.</p> <p><input type="checkbox"/> LTS INDEFERIDA POR PERDA DO PRAZO LEGAL DE MARCAÇÃO.</p> <p><input type="checkbox"/> LTS REDUZIDA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> POR PERDA DO PRAZO LEGAL DE MARCAÇÃO. <input type="checkbox"/> POR NÃO HAVER JUSTIFICATIVA TÉCNICO-PERICIAL PARA O PRAZO SOLICITADO. <input type="checkbox"/> POR EXCEDER O PRAZO MÁXIMO PREVISTO EM LEGISLAÇÃO </p> <p><input type="checkbox"/> PERÍODO CONCEDIDO DE _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____, ART._____.</p> <p><input type="checkbox"/> PERÍODO REGULARIZADO DE _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____, ART._____, CID: _____.</p> <p>ENCAMINHAMENTO PARA ANÁLISE DE ACIDENTE DE TRABALHO/DOENÇA OCUPACIONAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APlica</p> <p>NECESSIDADE DE AVALIAR SUSPENSÃO DA CNH (apenas para cargo de MOTORISTA)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APlica</p> <p>ADAPTAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> DEFERIDA POR _____ SESSÕES EM _____ DIAS A PARTIR DA AVALIAÇÃO PERICIAL <input type="checkbox"/> INDEFERIDA</p> <p>RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APlica</p> <p><input type="checkbox"/> RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS DURANTE A VIGÊNCIA DA LICENÇA</p> <p><input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS ATÉ REALIZAÇÃO DE NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL</p> <p>16.2 - INCAPACIDADE PERMANENTE:</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO EXISTE INCAPACIDADE PERMANENTE, NO MOMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> PORTADOR DE INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO PÚBLICO (INVALIDEZ)</p> <p><input type="checkbox"/> PORTADOR DE INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO NO CARGO, INSUSCETÍVEL DE READAPTAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> DECORRENTE DE ACIDENTE DO TRABALHO, DOENÇA PROFISSIONAL OU DOENÇA DO TRABALHO – APOSENTADORIA INTEGRAL <input type="checkbox"/> DECORRENTE DE DOENÇAS COMUNS OU GRAVES – APOSENTADORIA PROPORCIONAL </p> <p>16.3- AJUSTAMENTO FUNCIONAL</p> <p><input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO</p> <p>REVERSÃO: <input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA INCAPACIDADE PERMANENTE <input type="checkbox"/> REVERSÃO AO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> REVERSÃO AO SERVIÇO PÚBLICO EM AJUSTAMENTO FUNCIONAL</p> <p>16.4- ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA</p> <p><input type="checkbox"/> PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI DE ISENÇÃO DE IR, NO CONCEITO DE _____ _____, CID: _____, CONFORME _____ _____</p> <p>A PARTIR DE _____ / _____ / _____: <input type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE <input type="checkbox"/> POR _____ ANOS <input type="checkbox"/> NÃO SE APlica</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI DE ISENÇÃO DE IR, NO MOMENTO</p> <p>16.5 – IMUNIDADE TRIBUTÁRIA (CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA)</p> <p><input type="checkbox"/> PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI COMPLEMENTAR nº 173, de 29/12/2023 (IMUNIDADE TRIBUTÁRIA), NO CONCEITO DE _____ _____, CID: _____, CONFORME _____ _____</p> <p>A PARTIR DE _____ / _____ / _____: <input type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE <input type="checkbox"/> POR _____ ANOS <input type="checkbox"/> NÃO SE APlica</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI COMPLEMENTAR nº 173, de 29/12/2023 (IMUNIDADE TRIBUTÁRIA), NO MOMENTO</p> <p>16.6 - OUTROS: _____</p>	
<p>17 - CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL</p>	<p>18 – LOCAL, DATA, ASSINATURA DO MÉDICO E CRM:</p> LOCALIDADE _____ / _____ / _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO _____
<p>19 – PARA USO DO MÉDICO REVISOR / HOMOLOGAÇÃO:</p>	