



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" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></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: