



**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**  
**Lei Complementar nº 138/2016**

01 – PARA USO EXCLUSIVO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL: NÚMERO DA COMUNICAÇÃO: _____ DATA: ____/____/____				02 – MASP:	
03 – NOME DO INTERESSADO:				04- CPF:	
05 – CARGO:		06- ( ) ADMISSÃO 01 ( ) ADMISSÃO 02 ( ) OUTRA ADMISSÃO – ESPECIFICAR: _____			
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 / VINCULADO:					21 – SRE:
22 – UNIDADE DE EXERCÍCIO: NÃO SE APLICA – Beneficiário Lei Complementar nº 138/2016					
23 – FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA: AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA					
24 – E-MAIL: _____					
25 – ASSINATURA DO INTERESSADO: _____/_____/_____ DATA _____ ASSINATURA DO INTERESSADO _____					
26 – PARA USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO MÉDICA DA SCPMSO: <input type="checkbox"/> PORTADOR DE INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO NO CARGO, INSUSCETÍVEL DE READAPTAÇÃO, CONCLUÍDA POR JUNTA MÉDICO-PERICIAL DATADA DE ____/____/____: <input type="checkbox"/> NOS TERMOS DO ART. 36, §1º, II CE/89, EC 104/20, C/C ART.7º, I,II,III, ART.8º,III LC64/02, LC 156/20, C/C ART. 1º, §4º DA LEI COMPLEMENTAR Nº 138/16 E ART. 2º, §4º DO DECRETO Nº 47.000/16. (LEI100 - Doenças comuns/ doenças graves – aposentadoria proporcional) <input type="checkbox"/> NOS TERMOS DO ART. 36, §1º, II CE/89, EC 104/20, C/C ART.7º,I,II,III E §1º,II, ART.8º,III LC 64/02, LC 156/20, C/C ART. 1º, §4º DA LEI COMPLEMENTAR Nº 138/16 E ART. 2º, § 4º DO DECRETO Nº 47.000/16. (LEI100 - Acidente de trabalho, doença profissional ou doença do trabalho – aposentadoria integral) ➤ REGULARIZAÇÃO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE: ____/____/____ A ____/____/____; ART: _____ DECISÃO DA JUNTAPOR: ( ) UNANIMIDADE ( ) MAIORIA ( <input checked="" type="checkbox"/> ) CID: _____ ( ) Por invalidez. ( ) Por insusceptibilidade legal de readaptação. <input type="checkbox"/> PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI DE ISENÇÃO DE IR: NO CONCEITO DE _____ CID: _____ CONFORME _____ A PARTIR DE ____/____/____: <input type="checkbox"/> DEFINITIVAMENTE <input type="checkbox"/> POR _____ ANOS <input type="checkbox"/> NÃO PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI DE ISENÇÃO DE IR, NO MOMENTO. <input type="checkbox"/> JUNTA MÉDICA REALIZADA EM ____/____/____ CONCLUIU PELA INEXISTÊNCIA DE INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO PÚBLICO. <input type="checkbox"/> HÁ INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE ____/____/____ a ____/____/____, ART. _____ CID: _____ <input type="checkbox"/> NÃO HÁ INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO.					
CIDADE / MUNICÍPIO		DATA		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO COORDENADOR	

