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**

PERÍCIA MÉDICA EM EXAME ADMISSIONAL

01- PARA USO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE OCUPACIONAL: NÚMERO DA COMUNICAÇÃO: _____ DATA: ____/_____/_____			02 - MASP (SE TIVER):
03 - NOME DO INTERESSADO:			04 - CPF:
05 – CARGO /EMPREGO ATUAL			06 – CARTEIRA DE IDENTIDADE:
07 – ESTADO CIVIL	08 - SEXO	09 - DATA DE NASCIMENTO: / /	10 - NATURALIDADE
11 – E-MAIL			12 – DDD/TELEFONE:
13 – NOME DA MÃE:			
14 – ENDEREÇO RESIDENCIAL – Rua/nº/Bairro/Cidade/CEP			
15 – FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA:EXAME MÉDICO ADMISSIONAL: ☐ NOMEAÇÃO PARA O CARGO DE_____ ☐EFETIVO ☐COMISSÃO ☐ DESIGNAÇÃO PARA FUNÇÃO PÚBLICA DE_____ ☐ CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA O CARGO DE_____			
16 – MUNICÍPIO DE EXERCÍCIO:			
17 – ASSINATURA DO INTERESSADO: _____/_____/_____ DATA _____ ASSINATURA			

PARA USO DO MÉDICO PERITO

18 – IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:

NOME: CARGO:

19 – ANAMNESE OCUPACIONAL DETALHADA:

20 - ANAMNESE CLÍNICA DETALHADA:

Está ciente do futuro trabalho que lhe espera? Está disposto a assumi-lo?

21 - ANTECEDENTES FAMILIARES:

22 - MEDICAMENTOS EM USO (DETALHAR):

SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO	**RESULTADO INSPEÇÃO MÉDICA – RIM**

23 - EXAMES COMPLEMENTARES (COM DATAS):

24 - EXAME FÍSICO:

Ectoscopia (aparência geral):

AR:

ACV:

PA: Fc:

Abdome:

Ap. Locomotor:

Pele e Anexos:

Edemas: Cianoses: Aparência das mucosas:

Outros:

25 – TEMPORARIAMENTE INCAPACITADO(A): ☐ SIM ☐ NÃO Retorno em até ( ) dias. 26 – CID:

_____ ____/____/____ _____

LOCALIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

27 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (ESPECIFICAR SE CADA PATOLOGIA ESTÁ EM ATIVIDADE OU ESTACIONÁRIA):	28 - CID:

29 - CONCLUSÃO MÉDICA: CONSIDERANDO O CARGO PRETENDIDO O CANDIDATO ESTÁ:

☐ Apto ao Cargo

☐ Apto com acompanhamento (art. 3º § 6º, Dec. 46.968/16)

☐ Inapto ao Cargo

- ☐ Incapacidade para as atribuições inerentes ao cargo decorrente de agravo à saúde (art. 3º § 3º, inc. I Dec. 46.968/16)
- ☐ Possibilidade de o trabalho acarretar progressão do agravo à saúde (art. 3º § 3º, inc. II, Dec. 46.968/16)
- ☐ Risco para terceiros (art. 3º § 3º, inc. III Dec. 46.968/16)

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: ☐ NÃO ☐ SIM

TIPO DE DEFICIÊNCIA: ☐ FÍSICA ☐ AUDITIVA ☐ VISUAL ☐ OUTROS

☐ Outros:

_____ ____/____/____ _____

LOCALIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

---

30 - RESULTADO DE INSPEÇÃO MÉDICA – RIM

NOME DO CANDIDATO:_____ MASP/CPF:_____

☐ APTO AO CARGO _____ ☐ INAPTO AO CARGO _____

☐ APTO COM ACOMPANHAMENTO AO CARGO _____

_____ ____/____/____ _____

LOCALIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO