



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: <input type="checkbox"/> NOMEAÇÃO PARA O CARGO DE _____ <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> DESIGNAÇÃO PARA FUNÇÃO PÚBLICA DE _____ <input type="checkbox"/> CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA O CARGO DE _____			
16 – MUNICÍPIO DE EXERCÍCIO:		17 – ÓRGÃO:	
18 – ASSINATURA DO INTERESSADO: _____/_____/_____ _____ DATA ASSINATURA			

PARA USO DO MÉDICO PERITO

19 – IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:

NOME:

CARGO:

20 – ANAMNESE OCUPACIONAL DETALHADA:

21 - ANAMNESE CLÍNICA DETALHADA:

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

22 - ANTECEDENTES FAMILIARES:

23 - MEDICAMENTOS EM USO (DETALHAR):

24 - EXAMES COMPLEMENTARES (COM DATAS):

25 - EXAME FÍSICO:

Ectoscopia (aparência geral):

AR:

ACV:

PA:

Fc:

Abdome:

Ap. Locomotor:

Pele e Anexos:

Edemas:

Cianoses:

Aparência das mucosas:

Outros:

26 – TEMPORARIAMENTE INCAPACITADO(A): SIM NÃO Retorno em até () dias. 27 – CID:

_____/_____/_____
LOCALIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

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

29 - CID:

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

Apto ao Cargo

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

Risco para terceiros

Obs.: a conclusão acima se baseia nos mesmos critérios para concessão de afastamento do trabalho por motivo de saúde

Inaptidão por não apresentar documentação médica solicitada - Incapacidade para as atribuições inerentes ao cargo decorrente de agravo à saúde (art. 3º § 3º, inc. I Dec. 46.968/16)

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: NÃO SIM

TIPO DE DEFICIÊNCIA: FÍSICA AUDITIVA VISUAL OUTROS

NO CASO DE PCD, PARES DA CARREIRA PRESENTES: _____

Outros:

_____/_____/_____
LOCALIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO