



**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:

02 – MASP (NÃO PREENCHER SE NÃO TIVER MASP):

NÚMERO DA COMUNICAÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

03 – NOME DO INTERESSADO:

04 – CPF:

05 – 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)

06 - IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:

DATA: ____/____/____

HORA: _____

07 - ANAMNESE:

08 - EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS):

09 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:	10 – CID PRINCIPAL:
	11 - CIDs SECUNDÁRIAS:
<p>12 – CONCLUSÃO:</p> <p>12.1 - 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: { <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 <input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS ATÉ REALIZAÇÃO DE NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL</p> <p>12.2 - 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:</p> <p>{ <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>12.3 - 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>12.4 - 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 _____</p> <p>_____, CID: _____, CONFORME _____</p> <p>_____</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>12.5 – 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 _____</p> <p>_____, CID: _____, CONFORME _____</p> <p>_____</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>12.6 - OUTROS: _____</p>	
13 - CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL	<p>14 – LOCAL, DATA, ASSINATURA DO MÉDICO E CRM:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">LOCALIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO</p>
15 – PARA USO DO MÉDICO REVISOR / HOMOLOGAÇÃO:	