



**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 – CARGO ATUAL: () admissão 01 () admissão 02 () OUTROS – ESPECIFICAR: _____		06 - DATA DE NASCIMENTO: / /
07 - ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO:		
08 – DEVER, AUTORIZAÇÃO E ASSINATURA DO INTERESSADO:		
<p>- 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.</p> <p>-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.</p> <p>- 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.</p> <p>/ / DATA _____ ASSINATURA DO INTERESSADO _____</p>		
(Para uso exclusivo do médico perito da SCPMSO)		
09 - IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:		
DATA: ____/____/____		HORA: _____
10 - ANAMNESE:		
11 - EXAME CLÍNICO COM SINAIS VITAIS E EXAMES COMPLEMENTARES (ANEXAR OS RESULTADOS):		

12 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:	13 – CID PRINCIPAL:
	14 - CIDs SECUNDÁRIAS:

15 – CONCLUSÃO:

15.1 - 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 CONCEDIDO DE ____/____/____ a ____/____/____, ART. _____.

PERÍODO REGULARIZADO DE ____/____/____ a ____/____/____, ART. _____, CID: _____.

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

ADAPTAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO: DEFERIDA POR ____ SESSÕES EM ____ DIAS A PARTIR DA AVALIAÇÃO PERICIAL INDEFERIDA

RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS: SIM NÃO NÃO SE APLICA

- RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS DURANTE A VIGÊNCIA DA LICENÇA
- MANUTENÇÃO DA RESTRIÇÃO AO PORTE DE ARMAS ATÉ REALIZAÇÃO DE NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL

15.2 - 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**

15.3 - AJUSTAMENTO FUNCIONAL

- INICIAL
- PRORROGAÇÃO

REVERSÃO: MANUTENÇÃO DA INCAPACIDADE PERMANENTE REVERSÃO AO SERVIÇO PÚBLICO REVERSÃO AO SERVIÇO PÚBLICO EM AJUSTAMENTO FUNCIONAL

15.4 - 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

15.5 – IMUNIDADE TRIBUTÁRIA (CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA)

PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI COMPLEMENTAR nº 173, de 29/12/2023 (IMUNIDADE TRIBUTÁRIA), NO CONCEITO DE _____
_____, CID: _____, CONFORME _____

A PARTIR DE ____/____/____: DEFINITIVAMENTE POR ____ ANOS NÃO SE APLICA

NÃO PORTADOR DE PATOLOGIA QUE SE ENQUADRA NA LEI COMPLEMENTAR nº 173, de 29/12/2023 (IMUNIDADE TRIBUTÁRIA), NO MOMENTO

15.6 - OUTROS: _____

16 - CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL	17 – LOCAL, DATA, ASSINATURA DO MÉDICO E CRM: _____/_____/_____ LOCALIDADE DATA ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
----------------------------------	--

18 – PARA USO DO MÉDICO REVISOR / HOMOLOGAÇÃO: