



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 – UNIDADE DE PÉRICIA A QUAL PERTENCE:

09 – 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)

10 - IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:

DATA: ____/____/____

HORA:

11 - ANAMNESE:

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

13 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:	14 – CID PRINCIPAL: 15- CIDs SECUNDÁRIAS:
---------------------------------	--

16 – CONCLUSÃO:

16.1 - 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

16.2 - 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**

16.3- AJUSTAMENTO FUNCIONAL

☐ INICIAL ☐ PRORROGAÇÃO

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

16.4- 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

16.5 – 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

16.6 - OUTROS: _____

17 - CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL	18 – LOCAL, DATA, ASSINATURA DO MÉDICO E CRM: _____ LOCALIDADE ____/____/____ DATA _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
----------------------------------	--

19 – PARA USO DO MÉDICO REVISOR / HOMOLOGAÇÃO: