

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: /							1292792-7		
03 – NOME DO INTERESSADO:							04 – CPF:		
Maria de Jesus Ribeiro dos Santos Alves 00790004607									
05 – ADMISSÃO (conforme contracheque): () admissão 1 () admissão 2 🗷) Outra admissão – Especificar: 3									
06 - CARGO ATUAL (nomenclatura conforme contracheque): Professor de Educacao Basica									
07- ESTADO CIVIL:	08 - SEXO: 09 - DATA DE NASCIMENTO: 10 - NATURALIDADE:								DE / DATA DE EXPEDIÇÃO:
Casada	Feminino	29 / 12/197	São Francisco - MG		}	11 / 04 / 2005		04 / 2005	
12 – FILIAÇÃO (Mãe):							11.1 - POSSUI CNH?		
Ambrosina Ribeiro dos Santos ☑ Sim - □ Não									
13 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Av, Praça):							14 - NÚMERO: 15 - COMPLEMENTO:		
Rua Aldair Santana							646		casa
16 - CEP: 17 - DDD / TELEFONE: 39300000 (38) 999188-8			204			DE / MUNICÍPIO:			
39300000	i	³²¹ Jardim Graziela Sã			São Fr	rancisco - MG			
20 - ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTAÇÃO:								21 – SR	
Secretaria de Educacao								SKE	JANUÁRIA
22 - UNIDADE DE EXERCÍCIO: Escola Estadual Sagrada Familia									
23 - ENDEREÇO DO TRABALHO (Rua, Av, Praça): 24 - NÚMERO: 25 -COMPLEMENTO:									
Rua Padre Breno					57		Escola		
6 - CEP: 27 - DDD / TELEFONE: 28 - BAIRRO)·	29 - CIDAD			E / MUNICÍPIO:	
39300000	(35) 3244-1201 Sagrada Far				mília		io Francisco - MG		
30 – FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA:									
□ AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO (LTS) □ ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA (IR) □ AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA PARA O SERVIÇO □ AJUSTAMENTO FUNCIONAL:□ INICIAL □ PRORROGAÇÃO □ ADAPTAÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO □ REDUÇÃO DE JORNADA DE TRABALHO:□ INICIAL □ PRORROGAÇÃO □ OUTROS:Afastamento por contração de Dengue									
31 – 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. 2°, § 1°, DO DECRETO N.º48.249, DE 5 DE AGOSTO DE 2021.									
-AUTORIZO O ENVIO DE INFORMAÇÕES, RESULTADOS E MARCAÇÕES PARA O E-MAIL <u>mariadejesus.santana@hotmail.com</u> 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.									
23,03,2024 Moura de Jesus Relieve dos Jambos Alvinas de Jesus Relieve de Jesus Relieve dos Jambos Alvinas de Jesus Relieve dos Jambos Alvinas de Jesus Relieve de Jes									
32 – ÚLTIMO PERÍODO DE LICE	ENÇA:				33 – NÚMERO DO PROTO	COLO:			
DE / /	<u>a</u> /	/							
					NOME:			DATA	A:/