



SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

BOLETIM DE INSPEÇÃO
MÉDICA - BIM
NÃO EFETIVOS

01 - PARA USO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE DO SERVIDOR E PERÍCIA MÉDICA:				02 - MASP:	
NÚMERO DA COMUNICAÇÃO: _____ DATA: ____/____/____				1409.569-9	
03 - NOME DO INTERESSADO: Raquel Alves de Freitas Lima				04 - CPF: Nº e DATA DA EXPEDIÇÃO 081.286.586-38	
05 - CARGO ATUAL: (✓) admissão 01 () admissão 02 () OUTROS - ESPECIFICAR: _____				06 - NÍVEL: I	07 - SÍMBOLO: ASB DJA
08 - SITUAÇÃO FUNCIONAL: <input checked="" type="checkbox"/> CARGO COMISSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATO ADMINISTRATIVO (data-fim do contrato 08/03/25)					
09 - ESTADO CIVIL: casada	10 - SEXO: F	11 - DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1988	12 - NATURALIDADE: Belo Horizonte	13 - CART. IDENTIDADE / DATA DE EXPEDIÇÃO: 081.286.586-38 / 11/03/24	
14 - FILIAÇÃO (Mãe): Cleide Alves de Freitas / Onipre Alayzo de Freitas					
15 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Av, Praça): Pedro				16 - NÚMERO: 155	17 - COMPLEMENTO:
18 - CEP: 35720-000	19 - DDD / TELEFONE: (31) 990793113	20 - BAIRRO: Vista Alegre	21 - CIDADE / MUNICÍPIO: Matozinhos		
22 - ÓRGÃO / ENTIDADE DE LOTÇÃO: Secretaria de Estado de Educação					23 - SRE: 36º
24 - UNIDADE DE EXERCÍCIO: Escola Estadual Francisco Sales					
25 - ENDEREÇO DO TRABALHO (Rua, Av, Praça): Antonio Dias				26 - NÚMERO: 41	27 - COMPLEMENTO:
28 - CEP: 35730-000	29 - DDD / TELEFONE: (31) 3713.1063	30 - BAIRRO: Centro	31 - CIDADE / MUNICÍPIO: Japim Branco		
32 - FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA: <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA					
33 - DECLARAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E ASSINATURA DO INTERESSADO: - DECLARO QUE ESTOU CIENTE DO DEVER DE INFORMAR MINHA CHEFIA IMEDIATA SOBRE MINHA AUSÊNCIA DO TRABALHO EM DECORRÊNCIA DE AFASTAMENTO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE CONFORME ART. 2º DA RESOLUÇÃO SEPLAG Nº 119, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2013. - AUTORIZO O ENVIO DE INFORMAÇÕES, RESULTADOS E MARCAÇÕES PARA O E-MAIL quequel Freitas13@hotmail.com ESTANDO CIENTE QUE DEVO VERIFICAR A CAIXA DE ENTRADA, LIXEIRA, 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. 19/03/24 Raquel Alves de Freitas Lima DATA ASSINATURA DO INTERESSADO					
34 - ÚLTIMO PERÍODO DE LICENÇA: DE 08/03/24 a ____/____/____			35 - NÚMERO DO PROTOCOLO: _____ NOME: ____/____/____		

(Para uso exclusivo do médico perito da SCPMSO)

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO: _____

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: _____

HS

36 - ANAMNESE:

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

38 - DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES:

39 - CID:

39.1 - CIDs SECUNDÁRIAS:

40 - CONCLUSÃO:

40.1 - AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA:

☐ INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE ____/____/____ a ____/____/____

☐ 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

☐ 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

40.2 - AFASTAMENTO GERADO POR ATESTADOS ACUMULADOS ULTRAPASSA OS 15 DIAS DE LICENÇA A CARGO DO ESTADO (ORIENTAÇÃO PARA PROCURAR O INSS):

☐ SIM ☐ NÃO

ÚLTIMO DIA DE AFASTAMENTO CONCEDIDO PELA SCPMSO ____/____/____.

40.3 - ORIENTAÇÃO A PROCURAR O INSS POR INDICAÇÃO DO MÉDICO PERITO:

☐ SIM ☐ NÃO

ÚLTIMO DIA DE AFASTAMENTO CONCEDIDO PELA SCPMSO ____/____/____.

40.4 - OUTROS / COMPLEMENTAÇÃO: _____

41 - CARIMBO DA UNIDADE PERICIAL:

42 - LOCAL, DATA, ASSINATURA DO MÉDICO E CRM:

Localidade

Data

Assinatura e carimbo do Médico

43 - PARA USO DO MÉDICO REVISOR / HOMOLOGAÇÃO