

**PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA****SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO**

Rua da Glória, 394, 2º Andar, Centro, Diamantina, Minas Gerais, CEP: 39100-000

BOLETIM DE INSPEÇÃO**MÉDICA – BIM****ATESTADOS**

01. Nome do(a) Interessado(a)					02. Matrícula (se tiver)	
03. Estado Civil	04. Sexo	05. Data de Nascimento ____/____/____	06. Naturalidade	07. CPF	08. Identidade _____ Data de Expedição: ____/____/____	
09. Filiação Mãe: _____ Pai: _____					10. Telefone(s) _____ _____	
11. Email						
12. Endereço Residencial (completo: Rua/Av./Praça/Tv., Nº, Bairro, Cidade, CEP)						
13. Secretaria de Lotação			14. Unidade de Exercício			
15. Cargo Atual						
16. Situação Funcional () EFETIVO () NÃO EFETIVO () CONTRATO ADMINISTRATIVO () CARGO COMISSIONADO						
17. FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA: () Avaliação de Incapacidade para o Trabalho () Inicial () Prorrogação () Readaptação () Inicial () Prorrogação () Caracterização de Acidente de Trabalho () EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSSIONAL: () Nomeação para o Cargo de _____ () Efetivo () Comissionado () Contrato Administrativo para o Cargo de _____ () EXAME MÉDICO PERIÓDICO						
18. Assinatura do(a) Interessado(a) _____/_____/_____ Data					_____ Assinatura do(a) Interessado(a)	
19. Chefia Imediata: Declaro que o(a) interessado(a) acima satisfaz as exigências previstas em Lei para ser submetido(a) à Perícia Médica e exerce as seguintes atividades: _____ _____ _____						
_____/_____/_____ Data					_____ Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata	
20. Último Período de Licença De: ____/____/____ a ____/____/____						

.....
Destacar e devolver à Diretoria de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Diamantina**PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINA****RESULTADO DE
INSPEÇÃO MÉDICA - RIM**

01. Nome do(a) Interessado(a)		02. Matrícula (se tiver)	
03. Cargo Atual			
04. Secretaria de Lotação			
05. Unidade de Exercício			

LAUDO MÉDICO

21. Identificação do(a) Interessado(a)

22. Anamnese

23. Exame Clínico com Sinais Vitais e Exames Complementares (anexar resultados)

24. Diagnóstico e Observações

25. CID

26. Conclusão

26.1. Avaliação da Capacidade Laborativa:

() Incapacidade Temporária para o Trabalho no Período de: ____/____/____ a ____/____/____

() Não existe Incapacidade para o Trabalho no momento

Readaptação () Inicial () Prorrogação

Aptidão para o Cargo () Apto () Inapto

26.2. Outros/Complementação: _____

27. Data, Carimbo, Assinatura e CRM do Médico Perito

Diamantina, MG, ____/____/____

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico Perito

28. Para uso do Médico Revisor / Homologação

PARA USO DO MÉDICO

06. Nome do(a) Interessado(a)

07. Matrícula (se tiver)

08. Conclusão

() Existe Incapacidade Laborativa no período de ____/____/____ a ____/____/____

() Não Existe Incapacidade Laborativa

Diamantina, MG, ____/____/____

Data

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico Perito