



PERÍCIA MÉDICA EM EXAME ADMISSIONAL

01 - PARA USO DA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE DO SERVIDOR: NÚMERO DA COMUNICAÇÃO: _____ DATA: ____/____/____			02 - MASP (SE TIVER):
03 - NOME DO INTERESSADO:			04 - CPF:
05 – CARGO /EMPREGO ATUAL			06 – CARTEIRA DE IDENTIDADE:
07 – ESTADO CIVIL	08 - SEXO	09 - DATA DE NASCIMENTO: / /	10 - NATURALIDADE
11 – E-MAIL			12 – DDD/TELEFONE:
13 – NOME DA MÃE:			
14 – ENDEREÇO RESIDENCIAL – Rua/nº/Bairro/Cidade/CEP			
15 – FINALIDADE DA INSPEÇÃO MÉDICA: EXAME MÉDICO ADMISSIONAL: <input type="checkbox"/> NOMEAÇÃO PARA O CARGO DE _____ <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/> COMISSÃO <input type="checkbox"/> DESIGNAÇÃO PARA FUNÇÃO PÚBLICA DE _____ <input type="checkbox"/> CONTRATO ADMINISTRATIVO PARA O CARGO DE _____			
16 – MUNICÍPIO DE EXERCÍCIO:			
17 – ASSINATURA DO INTERESSADO: _____/_____/_____ DATA			
_____ ASSINATURA			

PARA USO DO MÉDICO PERITO

18 – IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO:	
NOME:	CARGO:
19 – ANAMNESE OCUPACIONAL DETALHADA:	
20 - ANAMNESE CLÍNICA DETALHADA:	
Está ciente do futuro trabalho que lhe espera? Está disposto a assumi-lo?	
21 - ANTECEDENTES FAMILIARES:	
22 - MEDICAMENTOS EM USO (DETALHAR):	



23 - EXAMES COMPLEMENTARES (COM DATAS):

24 - EXAME FÍSICO:

Ectoscopia (aparência geral):

AR:

ACV:

PA:

Fc:

Abdome:

Ap. Locomotor:

Pele e Anexos:

Edemas:

Cianoses:

Aparência das mucosas:

Outros:

25 – TEMPORARIAMENTE INCAPACITADO(A): SIM NÃO Retorno em até () dias. 26 – CID:

LOCALIDADE

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

27 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (ESPECIFICAR SE CADA PATOLOGIA ESTÁ EM ATIVIDADE OU ESTACIONÁRIA):

28 - CID:

29 - CONCLUSÃO MÉDICA: CONSIDERANDO O CARGO PRETENDIDO O CANDIDATO ESTÁ:

Apto ao Cargo

Apto com acompanhamento (art. 3º § 6º, Dec. 46.968/16)

Inapto ao Cargo

Incapacidade para as atribuições inerentes ao cargo decorrente de agravo à saúde (art. 3º § 3º, inc. I Dec. 46.968/16)

Possibilidade de o trabalho acarretar progressão do agravo à saúde (art. 3º § 3º, inc. II, Dec. 46.968/16)

Risco para terceiros (art. 3º § 3º, inc. III Dec. 46.968/16)

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: NÃO SIM

TIPO DE DEFICIÊNCIA: FÍSICA AUDITIVA VISUAL OUTROS

Outros:

LOCALIDADE

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

30 - RESULTADO DE INSPEÇÃO MÉDICA – RIM

NOME DO CANDIDATO: _____ MASP/CPF: _____

APTO AO CARGO _____ INAPTO AO CARGO _____

APTO COM ACOMPANHAMENTO AO CARGO _____

LOCALIDADE

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO