

**Para Uso do Interessado** 1- Nome

2- Cargo		3- Função		4- MASP	5- Data de Admissão _____/_____/_____	
6- Estado Civil <input type="checkbox"/> Sol <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Viu. <input type="checkbox"/> Sep. <input type="checkbox"/> Outros		7- Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	8- Doc. Identidade		9- Idade _____ anos	10- Data de Nascimento _____/_____/_____
11- Endereço Residencial					12- N°, Casa, N° Apto	
13- Bairro/Cidade			14- CEP		15- Telefone ( )	
16- Unidade <u>Lotação</u>		17- Unidade de <u>Exercício</u>		18- Setor de <u>Exercício</u>		
				19- Telefone do Setor ( )		
20- Último Período de Licença _____/_____/_____ a ____/____/_____				21- Data do Preenchimento _____/_____/_____		

**22- Finalidade da Inspeção Médica**

- Solicitação de Licença para Tratamento a Saúde - LTS  
 Acidente de Trabalho  
 Avaliação de Capacidade Laborativa  
 Avaliação de Incapacidade Total e Definitiva para o Serviço Público  
 Ajustamento Funcional:  Inicial  Prorrogação  
 Outros: \_\_\_\_\_

**23- Dever , Autorização e Assinatura do Interessado**

- Em caso de Licença para Tratamento a Saúde ou Acidente de Trabalho, eu estou ciente que devo comunicar imediatamente minha chefia imediata sobre minha ausência do trabalho conforme Art. 2º, § 1º do Decreto 46061 de 09 de Outubro de 2012.

- Autorizo o envio de informações, resultados e marcações para o e-mail \_\_\_\_\_, estando ciente que devo verificar a caixa de e-mails periodicamente.

- Estou ciente que devo entregar o REM no Serviço de Gestão de Pessoas - SGP da minha Unidade em até 72 horas após a conclusão da avaliação médica.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Assinatura do Interessado

**Para Uso do Interessado**

24- Nome		25- MASP
26- Cargo	27- Função	28- Setor
29- Unidade de <u>Lotação</u>		30- Cidade

**Estou ciente que devo entregar o REM no Serviço de Gestão de Pessoas - SGP da minha Unidade em até 72 horas após a conclusão da avaliação médica.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Interessado

**Laudo Médico**31- Anamnese (*Dispensado preenchimento do campo se perícia for realizada nas dependências da GSST/ADC – Vide Prontuário Médico*)32- Exame Clínico e Complementares (anexar os resultados) (*Dispensado preenchimento do campo se perícia for realizada nas dependências da GSST/ADC – Vide Prontuário Médico*)

33- Diagnóstico e Observações

34- CID

35- Conclusão

- Incapacidade Temporária** Para o Trabalho por \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Dias a Partir de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, Art. \_\_\_\_\_  Em decorrência de Acidente de Trabalho.
- Indeferida solicitação** de LTS por \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Dias a Partir de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Acidente de Trabalho** em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sem Afastamento do Trabalho.
- Incapacidade Total e Definitiva para o Serviço Público**
- Não** Existe Incapacidade Para o Trabalho no Momento.
- Não** Existe Incapacidade Total e Definitiva para o Serviço Público.
- Encaminhado(a)** Para:  Ajustamento Funcional  Medicina do Trabalho da FHEMIG.
- Outros:**

36- Local Emissão do Laudo

37- Assinatura e Carimbo Médico

38- Cidade

39- Data

40- **Para Uso do Médico Revisor/Homologação****Para Uso Médico**41- **Conclusão:**

- Licença Médica concedida de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_\_ ) dias.
- Licença indeferida de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Acidente de Trabalho com afastamento de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_\_ ) dias.
- Acidente de Trabalho em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ sem afastamento.
- Outros:**

42- Local de Emissão do REM

43- Assinatura e Carimbo Médico

44- Cidade

45- Data

46- **Declaração de Comparecimento**

O servidor compareceu à GSST no dia de hoje tendo aqui permanecido de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas

47- Responsável pela aferição do horário de chegada: