

Para Uso do Interessado 1- Nome

2- Cargo		3- Função		4- MASP		5- Número da 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- Data de Admissão ____/____/____		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 / N° Admissão /	
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: