

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
 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

32- Exame Clínico e Complementares (anexar os resultado)

33- Diagnóstico e Observações

34- CID

35- Conclusão

- Incapacidade Temporária** Para o Trabalho por _____ (_____) Dias a Partir de _____/_____/_____, Em decorrência de acidente de Trabalho. Art. _____
- Indeferida solicitação** de LTS por _____ (_____) Dias a Partir de _____/_____/_____.
- Acidente de Trabalho** em _____/_____/_____ Sem Afastamento do Trabalho.
- Não** Existe Incapacidade Para o Trabalho no Momento.
- Encaminhado(a)** Para: Ajustamento Funcional Medicina do Trabalho da FHEMIG INSS.
- 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, Acidente de Trabalho.
- Licença indeferida de _____/_____/_____ a _____/_____/_____, (_____) dias.
- Encaminhado à Perícia Médica do INSS, já concedido 15 dias a partir de _____/_____/_____ e solicita prorrogação.
- Acidente de Trabalho em _____/_____/_____ sem afastamento.
- Outros:**

43- Local de Emissão do REM

44- Assinatura e Carimbo Médico

45- Cidade

46- Data

_____/_____/_____

47- **Declaração de Comparecimento**

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

48- Responsável pela aferição do horário de chegada: