|  |  |
| --- | --- |
| , | **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO** |
| **SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA** |
| DPME - DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO |

**GPM – Guia para Perícia Médica**

**Número:**

**Dados Pessoais Licenças:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NI: | | | Status: | |
| Nome: | | | CPF: | RG: |
| Nasc.:   /      / | Sexo: | | Estado Civil: | Def. Físico: |
| Mãe: | | | Pai: | |
| Endereço: | | | | |
| Bairro: | | Município: | | CEP: |
| Fone: | | Fone contato: | | |

**Dados Funcionais**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Órgão: SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO/ DIRETORIA DE ENSINOREGIÃO SUMARÉ | | | |
| UA: 71535 | | | |
| Endereço: RUA LUIZ JOSE DUARTE,333 | | CEP: 13170-020 | Município: SUMARÉ |
| Regime Jurídico: | Cargo/Função: | | Ingresso:      /      / |
| Readaptado: | Data Readaptação:      /      / | | CID 10: |

**Dados Funcionais**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Órgão: UNIDADE ESCOLAR . | | | |
| UA: E.E. | | | |
| Endereço: | | CEP: | Município: |
| Regime Jurídico: | Cargo/Função: | | Ingresso:     /      / |
| Readaptado: | Data Readaptação:      /      / | | CID 10: |

**Sobre a Perícia**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo: EX-OFICIO | Motivo: |
| Pessoa a ser examinada: | Nome: |
| Local da Perícia: DPME | Município: |

**Local e Data da Expedição**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Assinatura e carimbo do responsável |
| /      / |
| Válida até o final do expediente do 1º dia útil subseqüente a Expedição |

**Parecer do Médico Assistente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CRM: | Nome: | |
| CID 10: | Dias: | Data de emissão do atestado:   /      / |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Favorável**  **Contrário** | **A partir de**  / / | **CID** | **CID** |
| **Data** / /  Assinatura e carimbo do médico | |
| **Dias** |

**Decisão Final  Não Compareceu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data da Publicação** / / | **Enquad.** | **Compl.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CPF: |

**Resultado Médico-Pericial**

|  |
| --- |
| Histórico do Afastamento:  Antecedentes Mórbidos:  Atestado/Relatório/Exames complementares (Tipo-Data-Resultado): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pressão Arterial: | Sistólica (mmHg): | Diastólica (mmHg): | Pulso (BPM): |
| Biótipo: | Altura (M): | Peso (Kg): | IMC: |

**Exame Físico Geral**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tecido celular subcutâneo. Pele e Fâneros. |
|  | Aparelho Circulatório |
|  | Aparelho Respiratório |
|  | Aparelho Hematopoiético |
|  | Aparelho Digestivo |
|  | Aparelho Geniturinário |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Aparelho Osteomuscular e Tecido conjuntivo |
|  | Aparelho Endócrino |
|  | Aparelho Nervoso |
|  | Órgãos dos Sentidos |
|  | Exame Mental |
|  | Outros |

**Exame Médico Pericial (descrição das alterações encontradas)**

|  |
| --- |
|  |

**Providências (exames)**

|  |
| --- |
|  |

**Parecer Médico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Favorável**  **Contrário** | **A partir de**  / / | **CID** | **CID** |
| **CRM** | **Data** / /  Assinatura e carimbo do médico | |
| **Dias** |

**Justificativa do Parecer Médico**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Favorável**  **Contrário** | **A partir de**  / / | **CID** | **CID** |
| **CRM** | **Data** / /  Assinatura e carimbo do médico | |
| **Dias** |

**Parecer Final**

**Justificativa do Parecer Final**

|  |
| --- |
|  |