



## BOLETIM DE INSPENÇÃO MÉDICA – BIM

### DADOS FUNCIONAIS:

NOME:

TELEFONE / CELULAR:

E-MAIL:

UNIDADE DE LOTAÇÃO:

MATRÍCULA:

ÚLTIMO DIA TRABALHADO:

### RESPONSÁVEL P/ EMISSÃO DO BIM

NOME:

CARGO:

SECRETARIA:

ASSINATURA E CARIMBO:

DESTINATÁRIO:

**NÚCLEO DE MEDICINA DE TRABALHO**

O servidor encontra-se em Licença-Prêmio?..... ( ) SIM ( ) NÃO  
O servidor encontra-se de Férias?..... ( ) SIM ( ) NÃO  
O servidor encontra-se em Licença por Interesse Particular?..... ( ) SIM ( ) NÃO

**OBS: É imprescindível as informações acima respondidas, pelo responsável para emissão do BIM, para que o servidor possa realizar a perícia médica.**

PATOLOGIA ACOMETIDA NA PESSOA DO SERVIDOR	PATOLOGIA ACOMETIDA EM PESSOA DA FAMÍLIA DO SERVIDOR
LICENÇA INICIAL PARTIR DE ____ / ____ / ____ . ____ Dias  Assinatura e Carimbo	LICENÇA INICIAL PARTIR DE ____ / ____ / ____ . ____ Dias GRAU DE PARENTESCO: _____  Assinatura e Carimbo
PRORROGAÇÃO PARTIR DE ____ / ____ / ____ . ____ Dias  Assinatura e Carimbo	PRORROGAÇÃO PARTIR DE ____ / ____ / ____ . ____ Dias  Assinatura e Carimbo

### DETALHAMENTO:

Parecer conclusivo:

\_\_\_\_\_

ANÁPOLIS, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

ASSINATURA do REQUERENTE

**Para mais informações: 3902 – 2553**