



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
<p>LICENÇA INICIAL</p> <p>PARTIR DE ____ / ____ / ____ . ____ Dias</p> <hr/> <p>Assinatura e Carimbo</p>	<p>LICENÇA INICIAL</p> <p>PARTIR DE ____ / ____ / ____ . ____ Dias</p> <p>GRAU DE PARENTESCO: _____</p> <hr/> <p>Assinatura e Carimbo</p>
<p>PRORROGAÇÃO</p> <p>PARTIR DE ____ / ____ / ____ . ____ Dias</p> <hr/> <p>Assinatura e Carimbo</p>	<p>PRORROGAÇÃO</p> <p>PARTIR DE ____ / ____ / ____ . ____ Dias</p> <hr/> <p>Assinatura e Carimbo</p>

DETALHAMENTO:

Parecer conclusivo:

ANÁPOLIS, ____ DE ____ 20 ____.

ASSINATURA do REQUERENTE

Para mais informações: 3902 – 2553