**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**SECRETARIA DE ORÇAMENTO E GESTÃO**

DPME - DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO

Av Prefeito Passos S/N - Cx Postal 3078 - Cep 01517-020 - São Paulo-SP - Fone:(11) 3386-5001

GPM - Guia para Perícia Médica (Manual)

**Protocolo:**

Dados Pessoais

Licenças:

Emissão:

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

Dados Funcionais

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

Sobre a Perícia

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo: Motivo  |  |  |  |  |  | Município |  |
| Pessoa a ser periciada:  |  | Nome:  |
| Local da Perícia:  |
| Hospital/Domiciliar:  |

Local e Data da Expedição

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo do Responsável |
| Válida até o final do expediente do 1° dia útil subseqüente a Expedição |

Parecer do Médico Assistente

Registro da Perícia Médica para Licença

|  |
| --- |
| CRM: Nome:  |
| CID 10:  |  | Dias:  | Data de Emissão do Atestado:  |  |

|  |
| --- |
| **Queixa e Duração:** |

|  |
| --- |
| **Antecedentes Mórbidos:** |
| **Atestado/Relatório/Exames Complementares (Tipo-Data-Resultado):** |

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

Exame Físico Geral

|  |
| --- |
|  |

Descrição das Alterações Clínicas encontradas e Relato dos Exames Complementares Pertinentes

|  |
| --- |
|  |

Descrição da(s) Limitação(ções) Física(s) e/ou Mental(is) encontrada(s)

|  |
| --- |
|  |

Diagnóstico(s) encontrado(s)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CID-10:**  | **CID-10:** | **CID-10:** |

Conclusão da Perícia Médica .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Favorável****Contrário** | **A partir de:**  | **Dias:**  |
|  |  |

Justificativa da Conclusão da Perícia Médica

|  |
| --- |
|  |

Médico Auditor

**Dias:**

**A partir de:**

**Favorável**

**Contrário**

# Validação da Perícia Médica pelo DPME

Diagnóstico(s) encontrado(s)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CID-10:**  | **CID-10:** | **CID-10:** |

Conclusão da Validação da Perícia Médica pelo DPME

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Favorável****Contrário** | **A partir de:**  | **Dias:**  |
|  |  |

Justificativa da Validação da Perícia Médica

|  |
| --- |
|  |

# Validação da Pericia Médica pela Diretoria do DPME

Diagnóstico(s) encontrado(s)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CID-10:**  | **CID-10:** | **CID-10:** |

Conclusão da Validação da Perícia Médica pela Diretoria do DPME

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Favorável****Contrário** | **A partir de:**  | **Dias:**  |
|  |  |

Justificativa da Validação da Perícia Médica

|  |
| --- |
|  |