**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

|  |
| --- |
|  |