

 PREFEITURA DE PATOS DE MINAS ADMINISTRAÇÃO	Gerência de Saúde Ocupacional, Segurança do Trabalho e Assistência ao Servidor.	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO MÉDICA	GESAT – 003
			Página 1 de 2
GESAT – Gerência de Saúde Ocupacional, Segurança do Trabalho e Assistência ao Servidor			Rev.: 01/2025
RELATÓRIO DE INSPEÇÃO MÉDICA			

Entregar o relatório preenchido e assinado pelo servidor(a) e chefia imediata junto com o atestado médico original na GESAT.

1 – PREENCHIMENTO DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL			
Nome:		Matrícula:	
CPF:	Admissão: / /		Regime:
Data de nascimento: / /	Sexo:	Estado Civil:	
Cargo:		Função:	
Local de Trabalho:		Secretaria:	

Endereço:		Nº
Bairro:	Complemento:	
Contatos:	E-mail:	

Tem férias agendadas nos próximos 30 dias? ☐ NÃO ☐ SIM Qual o período? / / até / / .	
ATENÇÃO: Servidores com afastamento médico superior ou igual a 15 dias, protocolados nos 30 dias que antecedem o início das férias terão o período suspenso. <u>Após o retorno ao trabalho, será necessário agendar novo período de férias.</u>	
Data: / /	Assinatura do servidor:

2 – PREENCHIMENTO DA CHEFIA IMEDIATA	
Descreva as funções exercidas pelo servidor:	
Data: / /	Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata:

3 – PREENCHIMENTO DA GESAT/MEDICINA DO TRABALHO	
☐ ADMISSINAL ☐ DEMISSINAL ☐ PERIÓDICO ☐ RETORNO AO TRABALHO ☐ READAPTAÇÃO / RESTRIÇÃO MÉDICA ☐ LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO ☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE ☐ OUTROS	O servidor (a) está afastado (a) consecutivamente? ☐ SIM ☐ NÃO Desde: / / O servidor (a) encontra-se readaptado? ☐ SIM ☐ NÃO Desde: / /

 PREFEITURA DE PATOS DE MINAS ADMINISTRAÇÃO	Gerência de Saúde Ocupacional, Segurança do Trabalho e Assistência ao Servidor.	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO MÉDICA	GESAT – 003
			Página 1 de 2
GESAT – Gerência de Saúde Ocupacional, Segurança do Trabalho e Assistência ao Servidor			Rev.: 01/2025
AVALIAÇÃO DO MÉDICO DO TRABALHO			

DADOS DO PACIENTE

Nome:	
-------	--

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

Histórico (Anamnese):

Exames clínico e complementar (anexar resultados):

Diagnóstico e observações:	CID 10

Conclusão:
☐ Período solicitado de dias, a partir de: / / .
☐ Obteve dias de licença, de: / / a / / .
☐ Licença não concedida. Motivo:
☐ Encaminhar para: ☐ IPREM ☐ INSS ☐ Outro:
☐ Inapto para a função de:
☐ Apto para a função de:
☐ Outros:

Data da Avaliação Médica e Homologação do Atestado Médico:	Assinatura/Carimbo/CRM do médico de trabalho:
/ / .	