

ANEXO II
MODELOS PARA ESCRITURAÇÃO DA SEÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL
(SAMP)

	DISTRITO FEDERAL PMDF DIRETORIA DE SAÚDE SEÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL (SAMP)	SESSÃO Nº. ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE - JOIS SEÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL (SAMP)
Nome: Idade e Naturalidade: Posto ou Graduação: UPM:		
A JUNTA Ordinária de Inspeção de Saúde Inspecionou, na presente sessão, o acima declarado, e sobre o seu estado de saúde, proferiu o parecer que vai escrito:		
Finalidade da Inspeção: Avaliação Médico Pericial		
Diagnóstico: <i>Parecer: Incapaz definitivamente para o serviço policial militar. A moléstia é incurável e foi adquirida em consequência de ato de serviço. Pode prover os meios de subsistência.</i> OBSERVAÇÕES - Conforme inspeção de saúde de controle (Atestado de Origem) sessão n.º Salas das Sessões da JOIS Brasília-DF, em ____ de ____ de ____. Assinaturas dos Membros: 1 – Presidente 2 –Membro 3 – Membro/Secretário _____ Secretário		

QUADRO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Situações específicas	Tele- radiografia	Glicose + Creatina	Hemogra- ma completo	Grupo Sang.	Anti-HIV (militares) VDRL (Militares e Civis)	Colesterol Frações Triglicerídio Ácido Úrico	EAS	ECG TE	Exame Ginecológico Colpocitologia e Mamas Feminino	Audiometr ia	Dosage m do PSA	Provas de Função Hepática	Mamografias	Aquidade Visual	Ecografia de Próstata
1. Avaliação periódica(bienal)	Não	Sim	Sim	§	§	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
2. Situação de Permanência	Não	Sim	Sim	§	§	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
3. Cursos Internos	Não	Sim	Sim	§	§	Sim	Sim	Sim	Não	Conforme edita		Sim	Não	Sim	Não
4. Aval. Sem. Subst. Rad. Íon.	Não	Sim	Sim	§	§	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim, p/>45 a. Feminino	Sim	Não
5. Avaliação Anual PM acima de 40 anos	Sim	Sim	Sim	§	§	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6. Licenciamento / Exclusão	Não	Sim	Sim	§	§	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim, p/>45 a. Feminino	Sim	Não
7. Reserva Remunerada	Sim	Sim	Sim	§	§	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim, p/>40 a.	Sim	Sim	Sim	Sim, p/>45 a. masc.
8. Reforma	Sim	Sim	Sim	§	§	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
9. Aval. Periódica de Inat. Port. Doença Prev. Lei	Sim	Sim	Sim	§	§	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Somente Feminino	Sim	Sim
10. Aval. Servidores Civis	Sim	Sim	Sim	§	§	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim, p/>45 a. Feminino	Sim	Sim
11. Curso, Missão e Outras Ativ. Ext.	DE ACORDO COM OS PRÉ-REQUISITOS PARA O CURSO														
12. Outras situações	CONFORME NECESSIDADE VIGENTE														

OBS 1: A tabela acima deverá ser redimensionada, em conformidade com as necessidades da (SAMP)

LEGENDA

§ Se necessário.



DISTRITO FEDERAL

PMDF

DIRETORIA DE SAÚDE

SEÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL (SAMP)

SESSÃO Nº.

ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE - JHA

Nome:

Idade e Naturalidade:

Posto ou Graduação:

UPM:

A JUNTA de Homologação de Atestados (JHA)

Inspeccionou, na presente sessão, o acima declarado, e sobre o seu estado de saúde, proferiu o parecer que vai escrito:

Finalidade da Inspeção: Avaliação Médico Pericial

Diagnóstico: CID específico

Parecer: Incapaz temporariamente para o serviço policial militar por dias, confirmando-se o atestado apresentado.

OBSERVAÇÕES

Salas das Sessões da JHA Brasília-DF, em ____ de ____ de ____.

Assinaturas dos Membros:

1 – Presidente

2 – Membro

3 – Membro/Secretário

Secretário



DISTRITO FEDERAL

PMDF

DIRETORIA DE SAÚDE

JSS

SESSÃO Nº.

ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE -

Naturalidade:	Data Nascimento	UPM
Finalidade da Inspeção:		
(AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL)		

Diagnóstico:
Parecer:

OBSERVAÇÃO

Salas das Sessões da Junta	BSB em,	de	de	.
Assinaturas dos Membros:				
1 – Presidente				
2 – Membro				
3 – Membro				
4 – Membro				
5 – Membro/Secretário				

Retornar em ____/____/____. às ____: ____.

Agendado por: _____

RELATÓRIO MÉDICO

Preencher este relatório com letra de forma legível, ou digitado. Não será aceito em hipótese alguma informações ilegíveis.

Nome: _____

Mat.: _____.

Resumo da História Atual:

Exame Físico:

Resumo dos Exames Complementares:

Diagnóstico:

Prognóstico: (Especificando quanto a recuperação, e tempo necessário para tal).

Tratamento Proposto:

(Continua no Verso)

Capacidade Laborativa: As atividades inerentes ao serviço policial militar incluem:

1) **INSTRUÇÃO:**

ORDEM UNIDA: Treinamento de marchas e formaturas, incluindo a posição ortostática por períodos prolongados;

EDUCAÇÃO FÍSICA: Treinamento físico que inclui, além de atividades com aparelhos, corridas e defesa pessoal;

2) **SERVIÇO INTERNO:** Inclui o uso de equipamentos com peso entre 8 e 12Kg, posição ortostática por períodos prolongados e deambulação;

3) **POLICIAMENTO OSTENSIVO:** Deambulação e ortostatismo prolongado, com equipamento com peso variando entre 8 e 12Kg, e serviço montado na cavalaria;

4) **ATIVIDADES BUROCRÁTICAS:** São atividades desempenhadas no âmbito das unidades e incluem serviço de telefonista, rádio operador, armeiro, secretária, estafeta, digitador, atendimento ao público interno e atividades administrativas;

Baseado nestas informações, quais dos itens o policial militar em questão poderá desempenhar sem prejuízo do seu quadro clínico atual:

() Item 1

() Item 2

() Item 3

() Item 4

() Nenhum deles, devendo permanecer afastado de suas atividades policiais militares por _____ (_____) dias a contar de ____/____/____.

Obs: _____

Brasília-DF, ____ de _____ de _____

Ass. do Médico-Perito/Carimbo

Retorno em ____/____/____ **Às: ____:____hs** **Mat. _____._____/____.**

Nome

	DISTRITO FEDERAL		Sessão n _____ de ____/____/____
	PMDF DIRETORIA DE SAÚDE SEÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL (SAMP) Despacho: _____ / _____ .		ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE
Data da Apresentação na Junta Médica		N° do Ofício de Apresentação e data:	
Nome:			
Posto/Graduação	Matrícula	Registro Geral	
Naturalidade:	Data Nascimento	UPM	

Finalidade da Inspeção:
REVISÃO DE ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE

Diagnóstico:
Parecer:

OBSERVAÇÃO

Salas das Sessões da Junta _____ DE _____ DE _____.
Assinaturas dos Membros:
1 – Presidente
2 – Membro
3 – Membro/Secretário

	POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL DIRETORIA DE SAÚDE JUNTA MÉDICA QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA BIENAL / PERIÓDICO ANUAL
Nome: _____ Matrícula: _____	
UPM: _____ Posto/Grad.: _____ Atividade Atual: _____	
D.N.: ____ / ____ / ____ Idade: ____ ANOS	
Inclusão na PMDF: ____ / ____ / ____ . Escala de Serviço: _____	
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () União Estável () Outros _____	
Antecedentes Familiares: () Diabetes () Pressão Alta () Infarto () Varizes () Câncer () Outros Especificar: _____.	
Antecedentes Pessoais: Passado Cirúrgico: () Não () Sim. Qual? _____ Passado Ortopédico: () Não () Sim. Qual? _____ Vacinação: () Tétano () Hepatite B () Gripe Fumo: () Não () Sim () Não fuma, desde ____ Álcool: () Não () Sim, socialmente () Diariamente Usa Medicamentos? () Não () Sim. Especificar: _____ Esporte: () Não () Sim. Qual? _____ Estuda: () Não () Sim Digitação em casa: () Sim () Não Atividade Doméstica: () Não () Sim. Qual? _____	
Antecedentes Ocupacionais: Trabalhos Anteriores: () Não () Sim. Especificar: _____ Acidentes de Trabalho: () Não () Sim. Especificar: _____ Sentia antes no trabalho: () Dores de Cabeça () Dores nos punhos () Dores nos cotovelos () Dores nos ombros () Dores nas costas () Dores nas pernas () Insônia () Irritabilidade () Dores no pescoço () Inchaço nas pernas () Varizes () Outros	
Antecedentes Patológicos Tem com frequência: () Gripe () Sinusite () Dores de cabeça () Azia () Dores de Estômago () Diarréia com frequência () Dores nas pernas () Inchaço nas pernas () Varizes () Dores nas juntas (punhos, cotovelos, ombros, pescoço, etc.) () Pressão alta () Asma () Dores nas costas. Em que local? () Outras: _____	
Só Para Mulheres: Passado Obstétrico: () Não () Sim. Quantos e qual o tipo de parto? Doença de Mama () Não () Sim – Especificar: _____ Método anticoncepcional: () Não () Sim. Qual? _____ Aborto: () Não () Sim. Especificar: _____ T.P.M.: () Não () Sim D.U.M.: ____ / ____ / ____	

Eu, _____
 _____, **declaro verdadeiras as minhas respostas.**

EXAME FÍSICO BASEADO NO RISCO OCUPACIONAL:

PA:	X	mmHg	Peso:	Kg	Altura:	cm
-----	---	------	-------	----	---------	----

ACV:

AR:

Osteo muscular:

Abdome :

Genito urinário:

Psicológico: Stress habitual: () Sim () Não

Perda do controle com facilidade: () Sim () Não

Satisfação com desempenho na PMDF: () Sim () Não

Problemas familiares: () Sim () Não

Acuidade visual: Usa óculos: () Sim () Não

Usa lentes: () Sim () Não

Usa colírio: () Sim () Não

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Colesterol:	* P/ maiores de 40 anos	Outros Exames:
Triglicerídeos:	T.E.:	Hemograma completo
Ácido Úrico:	Mamografia (Mulheres):	RX
Glicemia de jejum:	*De 40 a 50 anos – bianual	Leucócitos
Colpocitologico (Mulheres):	Acima de 50 anos - anual	
	PSA:	
	Ecografia Prostática:	

() Audiometria Ocupacional para o PM do COPOM, Banda de Música, GOA e BopE.

Resultado:

Finalidade da Inspeção: () BIENAL () PERIÓDICO ANUAL

Parecer: () **Apto** () **Inapto**. Diagnóstico: _____

Observações:

Brasília-DF, em ____/____/____.

Médico-Perito



POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
SEÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL
ATA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE DE CARÁTER SINGULAR

Data da apresentação na SAMP: ____ / ____ / ____ Nº do ofício de apresentação e data:

Nome:

Posto/Graduação:

Mat.:

R.G.:

Naturalidade:

UPM:

Data de nascimento:

Finalidade da inspeção: Avaliação periódica (Bienal)

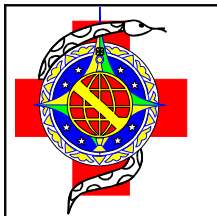
Diagnóstico: CID específico

Parecer: Apto para fins de avaliação periódica.

Observações:

Salas de sessões da Seção de Avaliação Médico-Pericial, Bsb-DF, em ____ / ____ / ____.

Médico-Perito



**POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
SEÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL**

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Mat.: _____

Posto/Graduação: _____ Idade: _____

Indicação: () Avaliação Periódica (Bienal) Reserva Remunerada () Reforma ()

Exames:

I – Material:

() Hemograma completo

() Colesterol Total

() Triglicerídeos

() Glicemia em Jejum

() PSA

() Citologia vaginal

() Outros: _____.

II – Imagem:

() RX Tórax com laudo

() Mamografia

() Outros: _____.

III – Cardiovascular:

() ECG com laudo

() Teste de esforço

() Outros: _____.

Brasília-DF, em _____ de _____ de _____.

Médico-Perito