

ESTA DECLARAÇÃO DEVERÁ SER ENTREGUE
TOTALMENTE PREENCHIDA AO MÉDICO PERITO,
NO ATO DA CONSULTA.



DOC 2

VERSÃO 18/03/2019

Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional

O SERVIDOR ABAIXO IDENTIFICADO ESTÁ PORTANDO ARMA DE FOGO NO MOMENTO ? () SIM () NÃO

NOME DO SERVIDOR: _____ ÓRGÃO: _____

ESTADO CIVIL: _____ CÔNJUGE: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

MATRÍCULA: _____ CPF: _____ RG: _____ ÓRG. EXP: _____

WATHSAPP: _____ EMAIL: _____

LOTAÇÃO: _____

LOTAÇÃO – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

E-MAIL – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DO SERVIDOR - RECEPÇÃO

Declaro para fins de comprovação junto à **Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional do Governo do Estado do Rio de Janeiro**, que **NÃO POSSUO OUTRO** vínculo trabalhista em setor público ou privado e não desenvolvendo nenhuma outra atividade remunerada, podendo ser licenciado, se necessário, em conformidade com a lei.

ATENÇÃO: Caso se enquadre em alguma das situações abaixo, favor assinalar.

Declaro possuir outra matrícula em órgão público: — () Estadual () Municipal () Federal

Unidade: _____ Endereço: _____

- Tenho vínculo de trabalho com empresa privada e NÃO ESTOU em gozo de licença previdenciária (Auxílio-Doença ou outro).
- Estou atualmente em licença médica por outro órgão.
- Estou recebendo Auxílio-Doença do INSS.
- Declaro possuir _____ matrícula(s), na(s) seguintes instituições / órgãos: _____
- Declaro possuir APENAS UMA matrícula em instituição pública, no seguinte órgão: _____
- Sou servidor Extra-Quadro, ou seja, NÃO SOU ESTATUTÁRIO.

Afirmo serem verdadeiras as informações por mim prestadas a esta Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional.

ATENÇÃO: FRAUDE PERICIAL É CRIME PREVISTO NO CÓDIGO PENAL – Lei nº 2.848 / Artigo 342.

CP Art. 342. “ Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunhá, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral: (Redação dada pela Lei nº 10.268, de 28.8.2001).

• ESTOU NA PRESENTE DATA, READAPTADO: () SIM () NÃO DESDE: _____

• JÁ RECEBI OUTRAS LICENÇAS? () SIM () NÃO

ATENÇÃO FUNCIONÁRIO DA RECEPÇÃO:

O PREENCHIMENTO DO E-MAIL DO SERVIDOR É OBRIGATÓRIO
VERIFIQUE O CORRETO PREENCHIMENTO DESTA DECLARAÇÃO.

DATA DE ADMISSÃO NO SERVIÇO PÚBLICO: _____

TEMPO DE SERVIÇO: _____

CHECKLIST DO FUNCIONÁRIO SPMISO:

DECLARAÇÃO e E-MAIL PREENCHIDOS?

() SIM () NÃO

FUNCIONÁRIO DA RECEPÇÃO

NOME - ASSINATURA / MATRÍCULA

Assinatura

Assinatura

Data

Data

TODO ATENDIMENTO MÉDICO PERICIAL SÓ PODERÁ SER REALIZADO COM ESTA
DECLARAÇÃO TOTALMENTE PREENCHIDA E ASSINADA, CONSTANDO E-MAIL