



PREFEITURA MUNICIPAL DE MUNDO NOVO  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
"Governo Popular e Participativo"

DECRETO Nº 2.672/2006

**NOTA DE RETIFICAÇÃO DE PUBLICAÇÃO**

Fica retificado, por erro de digitação, a publicação do Decreto nº 2.672/2006 de 15 de agosto de 2006, publicado no Jornal Diário MS, Edição nº 3393, passando a vigorar com a seguinte redação:

**"ALTERA ANEXO I DO DECRETO Nº 2.599/2005".**

**HUMBERTO CARLOS RAMOS AMADUCCI**, Prefeito Municipal de Mundo Novo, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais,

**DECRETA**

**Art. 1º** - Fica alterado o Anexo I do Decreto nº 2.599/2005 passando a vigorar conforme Anexo Único do presente Decreto.

**Art. 2º** - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE MUNDO NOVO-MS.,  
15 DE AGOSTO DE 2.006.

**Humberto Carlos Ramos Amaducci**  
PREFEITO MUNICIPAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE MUNDO NOVO  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
"Governo Popular e Participativo"

**ANEXO ÚNICO**  
**DECRETO Nº 2.672**

**LAUDO MÉDICO PERICIAL**

<b>Identificação do Servidor</b>		
Nome do Servidor:		
Instituto:		
Matrícula:	Data de Nasc: / /	Idade:
Endereço do Servidor:		
Cargo ou Função:	Nív/Clas/Ref/Símb:	
Unidade de Lotação:	Sigla da Lotação:	
Quadro:	Regime Jurídico:	
Descrição Resumida das Atividades Desenvolvidas pelo Servidor:		
Finalidade da Perícia:		
Local e Data: Mundo Novo-MS.,		
Responsável pela Emissão:		

<b>Relatório de Exame Médico Pericial</b>
a) Exame Clínico:
b) Exames Complementares:
1 - Está o examinado incapacitado para a função? ( ) Sim ( ) Não



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MUNDO NOVO

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

"*Governo Popular e Participativo*"

2 – Em caso de resposta afirmativa: A) A incapacidade para a função é: <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total B) É suscetível de recuperação para a mesma função? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não B) É suscetível de reabilitação para outra função? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3 – Qual a data provável de cessação da incapacidade? ___/___/___	
----------------------------------------------------------------------	--

4 – A incapacidade decorre de Acidente de Trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

5 – A incapacidade decorre de Moléstia Profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

6 – A doença causadora da incapacidade encontra-se especificada na Lei Complementar Municipal nº 038, Art. 44, § 1º? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Caso a resposta seja afirmativa, especifique:

7 – Trata-se de invalidez total e permanente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<b>Relatório:</b> 01. Causa da Invalidez (CID): 02. CID Predominante: 03. Origem da Doença: 04. Tipo da Doença: 05. Data de Início da Enfermidade: ___/___/___ <b>Diagnóstico Final:</b>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### ***Parecer Conclusivo da Junta Médica***

Recomendamos ao examinado: <input type="checkbox"/> <b>Retorno às suas Funções.</b> <input type="checkbox"/> <b>Licença para Tratamento de Doença – Período:</b> <input type="checkbox"/> <b>Designação Temporária para outra Função - Período:</b> <input type="checkbox"/> <b>Readaptação (Conforme Art. 27 da LC 001/90)</b> <input type="checkbox"/> <b>Aposentadoria</b>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MUNDO NOVO**  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
*"Governo Popular e Participativo"*

---

Data da Perícia Médica: ___ / ___ / ___	CID: _____
Assinatura e carimbo com CRM:  _____  _____  _____	





At. 10. O prazo de validade das inscrições é de 90 dias, contados a partir da data de publicação desta edição no Diário Oficial do Município de Curitiba.

At. 11. A inscrição em nome de pessoa física é válida somente para o candidato titular. Não é permitida a inscrição em nome de terceiros. O candidato titular deve ser brasileiro ou estrangeiro residente e domiciliado no Brasil. O candidato titular deve ser maior de idade e não estar sob interdição judicial.

At. 12. O candidato titular deve ser brasileiro ou estrangeiro residente e domiciliado no Brasil. O candidato titular deve ser maior de idade e não estar sob interdição judicial.

Table with 2 columns: Nome, CPF. Lists names and identification numbers of candidates.

Formulário de inscrição. Campos para Nome, CPF, Data de nascimento, Sexo, Estado Civil, etc.

Atenção do Motor Físico. Informações importantes para candidatos físicos.

Table with 2 columns: Nome, CPF. Lists names and identification numbers of candidates.

Formulário de inscrição. Campos para Nome, CPF, Data de nascimento, Sexo, Estado Civil, etc.

Atenção do Motor Físico. Informações importantes para candidatos físicos.