

DECLARAÇÃO

Eu _____,

R.G. nº _____, estou ciente que a omissão de informações, no preenchimento do questionário de saúde e/ou durante o exame médico, sobre qualquer problema de saúde atual, prévio ou cirurgia anteriormente realizada, pode acarretar na invalidação do ato de ingresso na Prefeitura do Município de São Paulo, podendo gerar a possibilidade de exoneração.

Declaro também estar ciente que a existência de patologia que me incapacite para o exercício das atividades laborais, pode constituir motivo para minha exoneração no estágio probatório (três anos).

Autorizo a divulgação do conteúdo do meu prontuário médico pericial a qualquer tempo, em caso de solicitação por parte de Órgãos Judiciais e Disciplinares da Prefeitura do Município de São Paulo e também por parte de Órgãos Fiscalizadores da atividade médica de acordo com a legislação vigente.

São Paulo ____/____/____

Assinatura

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a divulgação do conteúdo do meu prontuário médico pericial a qualquer tempo, em caso de solicitação por parte de Órgãos Judiciais e Disciplinares da Prefeitura do Município de São Paulo e também por parte de Órgãos Fiscalizadores da atividade médica de acordo com a legislação vigente;

O fornecimento do rol de Licenças Médicas e seus diagnósticos em forma de código, dentro da Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão (CID 10);

O fornecimento do rol de Licenças Médicas e seus diagnósticos em forma de código, dentro da Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão (CID 10) para fins de caracterização de Acidente de Trabalho e/ou Doença Profissional, em especial aos Procuradores de JUD 22;

A colocação do diagnóstico em forma de código (CID 10) nos laudos de Aposentadoria por Invalidez, por Acidente de Trabalho ou por Doença do Trabalho;

A colocação do diagnóstico em forma de código (CID 10) nos Laudos de Isenção de Imposto de Renda e Pensão Mensal para enquadramento legal junto à Receita Federal.

São Paulo ____/____/____

Assinatura