





# Procedimento Operacional Padrão - POP

Município de Venâncio Aires  
Setor de Saúde e Segurança do Trabalho

Criação: 18/04/2016  
Modificação: 18/04/2016  
Versão: 3ª  
Código: SST15

## PREENCHIMENTO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL: (NÃO PREENCHER)

|  |                               |  |  |
|--|-------------------------------|--|--|
| 37. Haverá necessidade de afastamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez<br>Número de dias: ..... |                               | 38. Nome do médico que assistiu de imediato:<br>..... CRM: .....   |  |
| 39. CID 10:  | 40. Data da homologação:      | 41. Nexo causal:<br>( ) Sim – causa necessária ( ) Talvez<br>( ) Sim – fator contributivo ( ) Não – causa não necessária |  |
| 42. Data início:   | 43. Data previsão de retorno: |  |  |
| 44. Observações:<br>.....<br>.....<br>.....  |                               |  |  |

## ACOMPANHAMENTO: (NÃO PREENCHER)

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| 45. Evolução do caso:<br>( ) Cura ( ) Incapacidade temporária ( ) Incapacidade parcial ( ) Incapacidade total ( ) Óbito  |  | Em ..... / ..... / ..... |
| 46. Observações:<br>.....<br>.....   |  |                          |
| 47. Parecer da CIPA:<br>( ) Afastamento do agente de risco com mudança de função ou posto de trabalho ( ) Afastamento do local de trabalho ( ) Adoção de mudança na organização do trabalho<br>( ) Adoção de proteção coletiva ( ) Adoção de outra medida administrativa ( ) Adoção de Proteção Individual<br>( ) Nenhuma ( ) Outros: ..... Em ..... / ..... / ..... |  |                          |
| 48. Observações:<br>.....<br>.....   |  |                          |

## ASSINATURAS:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 49. Data chefia/secretário: ..... / ..... / .....      |  | 50. Data do atendimento do serviço médico oficial: ..... / ..... / .....   |  |
| Assinatura Chefia Imediata                             |  | Assinatura e carimbo - Serviço Médico Oficial  |  |
| Assinatura Secretário                                  |  |  |  |
| 51. Data do recebimento pelo RH: ..... / ..... / ..... |  | <b>NOTAS:</b><br>PODERÁ RESPONDER PELAS SANSÕES PREVISTAS NA LEI MUNICIPAL Nº 3.072/2002 E CÓDIGO PENAL BRASILEIRO AQUELE QUE DECLARAR INFORMAÇÃO FALSA;<br>O PREENCHIMENTO DESTES DOCUMENTOS É OBRIGATÓRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS;<br>ANEXAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA QUANDO HOUVER ACIDENTE DE TRÂNSITO.<br>FICARÁ ASSEGURADO O EFETIVO DIREITO DE O SERVIDOR GOZAR DOS BENEFÍCIOS PREVISTOS EM LEI QUANDO CONSTATADO O NEXO CAUSAL ENTRE O ACIDENTE E O TRABALHO EXERCIDO. |  |
| Assinatura e carimbo do responsável do RH              |  |  |  |

Esta FIAT deverá ser emitida em via única.

( ) Sistema / ( ) RINA / ( ) SINAN / ( ) Prontuário