



Procedimento Operacional Padrão - POP

Município de Venâncio Aires
Setor de Saúde e Segurança do Trabalho

Criação: 18/04/2016
Modificação: 22/05/2018
Versão: 4ª
Código: SST15

PREENCHIMENTO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL: (NÃO PREENCHER)

37. Haverá necessidade de afastamento? () Sim () Não () Talvez Número de dias:		38. Nome do médico que assistiu de imediato: CRM:
39. CID 10:	40. Data da homologação:	41. Nexo causal: () Sim – causa necessária () Talvez () Sim – fator contributivo () Não – causa não necessária
42. Data início:	43. Data previsão de retorno:	
44. Necessita auxílio da Divisão de Psicologia? () Não () Sim, motivo: () definição do nexo causal () acompanhamento psicológico () Outro:		
45. Observações:		

ACOMPANHAMENTO: (NÃO PREENCHER)

46. Evolução do caso: () Cura () Incapacidade temporária () Incapacidade parcial () Incapacidade total () Óbito Em / /	
47. Observações:	
48. Parecer da CIPA: () 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 () Adoção de proteção coletiva () Adoção de outra medida administrativa () Adoção de Proteção Individual () Nenhuma () Outros: Em / /	
49. Observações:	

ASSINATURAS:

50. Data chefia/secretário: / /		51. Data do atendimento do serviço médico oficial: / /
Assinatura Chefia Imediata	Assinatura Secretário	Assinatura e carimbo - Serviço Médico Oficial
52. Data do recebimento pelo RH: / /		NOTAS: PODERÁ RESPONDER PELAS SANSÕES PREVISTAS NA LEI MUNICIPAL Nº 3.072/2002 E CÓDIGO PENAL BRASILEIRO AQUELE QUE DECLARAR INFORMAÇÃO FALSA; O PREENCHIMENTO DESTE DOCUMENTO É OBRIGATÓRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS; ANEXAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA QUANDO HOUVER ACIDENTE DE TRÂNSITO. 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

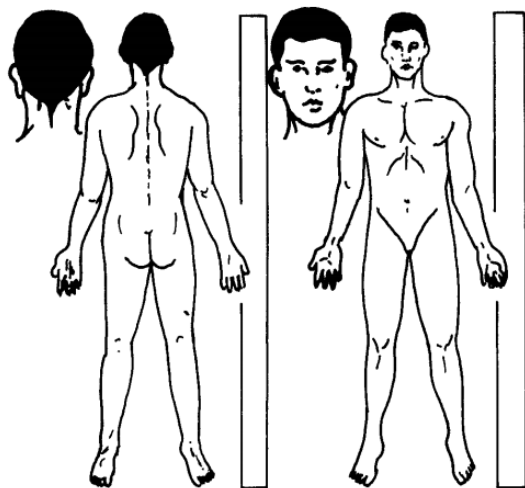
ANEXO II - FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE DOENÇA OCUPACIONAL

() ABERTURA () REABERTURA

DADOS DO(A) SERVIDOR(A):

1. Nome:			2. Vínculo: () Celetista () Estatutário () CC () Estagiário () Contrato		
3. Idade:	4. Sexo: M() F()	5. Cargo:		6. Secretaria:	
7. Local de Trabalho:			8. Tempo na função:		9. Telefone:
10. Endereço:					

DADOS DO AGRAVO:

11. Sinais e sintomas:			☐ Alteração de sensibilidade			☐ Diminuição de força muscular			☐ Inflamação			☐ Formigamento											
1. Sim 2. Não			☐ Diminuição de movimentos			☐ Dor			☐ Outro:														
12. Tempo de exposição ao agente de risco:						13. Realiza atividade física habitual?						14. Qual(is)?											
☐ ☐ ☐ 1. Hora 2. Dia 3. Mês 4. Ano						() Sim () Não																	
15. Já buscou atendimento médico?						16. Trabalho extra-prefeitura:						17. Qual(is)?											
() Sim () Não						() Sim () Não																	
18. Uso de drogas:						19. Parte do Corpo Atingida:																	
☐ ☐ ☐ Cigarro ☐ ☐ ☐ Álcool ☐ ☐ ☐ Outras																							
1. Sim 2. Não A. Habitual B. Frequente C. Eventual																							
20. Com afastamento do trabalho:						21. Peso (kg):						22. Altura (m):											
() Melhora () Piora () Não sei																							
23 Descrição detalhada do agravu:												(Marcar com um X o local agravado, se houver) Descreva as partes:.....											
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....[continuar no verso se necessário]																							
24. Testemunhas – nome:						25. Testemunhas – cargo:						26. Testemunhas – telefone:											
a).....																							
b).....																							
c).....																							
27. Tipo de lesão (natureza):																							
() Lesão por esforço repetitivo - LER; () Câncer; () Alergia; () Hérnia; () Dermatose; () Lombalgias; () Cefaleia [dor de cabeça];																							
() Perda auditiva; () Doenças respiratórias; () Outras																							
28. Principal agente causador:																							
() Movimento repetitivo membro superior; () Movimento repetitivo membro inferior; () Carregamento manual de carga; () Postura estática sentada; () Postura estática de pé; () Agentes irritantes à pele; () Ruído; () Poeira, gases, névoa, vapor; () Microorganismos;																							
() Vibração; () Outros																							
29. Principal situação geradora:																							
() Mobiliário inadequado; () Maquinário deficiente; () Esforço físico intenso; () Exposição a agentes químicos; () Exposição a ruído;																							
() Exposição à vibração; () Exposição à poluição da água; () Outros																							
30. Data preenchimento:				31. Auxiliar das informações:				32. Assinatura do servidor:															