



## **TERMO DE REFERÊNCIA**

*CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA ESPECIALIZADA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE SAÚDE OCUPACIONAL (admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e demissional), DE ACORDO COM A NR N° 07, DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, SOB DEMANDA E EM ÂMBITO NACIONAL, DOS EMPREGADOS DA INFRAERO.*

CSAT

Brasília, maio/2018.

## **TERMO DE REFERÊNCIA**

## Controle de Revisões

## **1. OBJETO**

Credenciamento de pessoa jurídica especializada para a prestação de serviços médicos de saúde ocupacional (admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e demissional), de acordo com a NR nº 07 do Ministério do Trabalho e Emprego. Sob demanda e em âmbito nacional, dos empregados da INFRAERO lotados nos polos de Alta Floresta- MT, Altamira- PA, Aracajú – SE, Bagé- RS, Barra do Garças- MT, Bauru- SP, Belém- PA, Belo Horizonte- MG, Bom Jesus da Lapa - BA, Curitiba - PR , Boa Vista – RR, Campo Grande- MS, Corumbá – MS, Cuiabá- MT, Manaus- AM, Foz do Iguaçu – Florianópolis- SC, Fortaleza – CE, Maceió – AL, São Paulo – SP, Porto Alegre – Rio Branco – AC, Recife – PE, São José dos Campos – SP, São Luis – MA, Santarém – PA, Salvador – BA, Teresina – PI, Tefé –AM, Tabatinga – AM, Paulo Afonso – BA, Uruguaiana- RS, Uberlândia – MG, Uberaba – MG, Vitória- ES, Ribeirão Preto – SP, Tarauacá-AC, Tucuruí –PA, Guarulhos-SP, Brasília- DF, Campina Grande- PB, Campinas- SP, Campos dos Goitacazes- RJ, Carajás- PA, Carolina- MA, Conceição do Araguaia- PA, Criciúma- SC, Cruzeiro do Sul- AC, Goiânia- GO, Ilhéus- BA, Imperatriz- MA, Itacoatiara- AM, Itaituba- PA, Jacareacanga- PA, João Pessoa- PB, Joinville- SC, Juazeiro do Norte- CE, Londrina- PR, Macaé- RJ, Macapá- AP, Marabá- PA, Monte Dourado- PA, Montes Claros- MG, Mossoró- RN, Navegantes- SC, Palmas- TO, Parnaíba- PI, Pelotas- RS, Petrolina- PE, Poços de Caldas- MG, Ponta Porã- MS, Presidente Prudente- SP, Rio de Janeiro- RJ.

- 1.1 Realização de consulta clínica, exames laboratoriais e complementares;**
- 1.2 Realização de avaliação com profissionais de saúde especialistas (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, etc);**
- 1.3 Realização de consulta médica para homologação presencial de atestados médicos, conforme critérios definidos pelos médicos coordenadores do PCMSO da Infraero;**

## **2. DAS ESPECIFICAÇÕES E DOS SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS**

A presente especificação visa estabelecer diretrizes para a contratação de serviços médicos especializados em Medicina do Trabalho, sob demanda, para execução do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, com realização de exames clínicos ocupacionais (admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho e demissional), exames laboratoriais, exames complementares e avaliações especializadas, considerando:

- 2.1 Quanto as realizações de consultas clínicas, exames laboratoriais e complementares:**

### **2.1.1 Consulta Clínica:**

- 2.1.1.1 Realizar a emissão de Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, considerando modelo da CREDENCIANTE;**

- 2.1.1.1.1 O ASO deverá ser emitido pelo Médico examinador da CRENDENCIADA, após consulta, realização de exame clínico e avaliação de pareceres e/ou resultados dos exames laboratoriais/complementares, caso necessário;
  - 2.1.1.2 Deverá transcorrer dentro de um tempo que seja compatível com um exame criterioso, completo, abrangente, com anamnese geral e ocupacional, específica à atividade exercida pelo empregado;
  - 2.1.1.3 Dentro da boa prática médica, no momento do exame clínico, deverão existir ações individuais de saúde por parte dos médicos examinadores aos portadores de fatores de risco ou patologias identificadas durante os exames, bem como a realização de encaminhamentos necessários, esclarecimentos de tratamentos, e ainda prestar informações e orientações diversas em saúde;
  - 2.1.1.4 Observar o estabelecimento de Nexo Técnico Epidemiológico, avaliação da incapacidade para o trabalho, avaliação para redução de jornada de trabalho de acordo com MM Circular Nº9826/SCRH(RHCP/RHST)/2017, avaliação para caracterização de portadores de deficiência e outros. Sob supervisão do médico coordenador do PCMSO da CRENDENCIANTE, repassando as informações ao Médico Examinador da CRENDENCIADA.
- 2.1.2 Compreende o escopo do Exame Laboratorial e Complementar:**
- 2.1.2.1 Hemograma Completo com contagem de plaquetas;
  - 2.1.2.2 Dosagem de glicemia de Jejum no sangue;
  - 2.1.2.3 Grupo Sanguíneo + Fator RH;
  - 2.1.2.4 Lipidograma completo;
  - 2.1.2.5 VDRL;
  - 2.1.2.6 Dosagem creatinina sérica no sangue;
  - 2.1.2.7 PSA – Antígeno Prostático Específico (para homens acima de 40 anos – a critério do empregado) Total e Frações – segundo Acordo Coletivo de Trabalho vigente;

- 2.1.2.8 Anti-HCV;
- 2.1.2.9 Exame audiométrico (Audiometria tonal via aérea e via óssea), de acordo com as diretrizes e parâmetros mínimos para avaliação e acompanhamento da audição de trabalhadores expostos a níveis de pressão sonora elevado, de acordo com o PCMSO da CREDENCIALENTE e com o conteúdo do anexo I da NR 07;
- 2.1.2.9.1 A interpretação dos resultados das audiometrias deverá ser enquadrada no Programa de Conservação Auditiva da CREDENCIALENTE;
- 2.1.2.10 Avaliação oftalmológica com acuidade visual, tonometria, motilidade ocular e discriminação de cores e emissão de parecer final;
- 2.1.2.11 Exame eletrocardiográficos – ECG, acompanhado de laudo médico;
- 2.1.2.12 Exame eletroencefalográficos – EEG em vigília e fotoestimulação, acompanhado de laudo médico;
- 2.1.2.13 Mamografia bilateral digital (para empregadas acima de 40 anos – a critério da empregada – segundo Acordo Coletivo de Trabalho vigente);
- 2.1.2.14 Ecocardiograma Bidimensional com Doppler e laudo médico;
- 2.1.2.15 Avaliação Cardiológica com emissão de parecer de profissional médico especialista;
- 2.1.2.16 Avaliação Otorrinolaringológica com emissão de parecer de profissional médico especialista;
- 2.1.2.17 Avaliação Psicológica com emissão de parecer de profissional psicólogo;
- 2.1.2.18 Avaliação Pneumológica com emissão de parecer de profissional médico especialista;
- 2.1.2.19 Avaliação Neurológica com emissão de parecer de profissional médico especialista;
- 2.1.2.20 Avaliação Hematológica com emissão de parecer de profissional médico especialista;
- 2.1.2.21 Avaliação Psiquiátrica com emissão de parecer de profissional médico

especialista;

- 2.1.2.22 Dosagem de chumbo na urina;
- 2.1.2.23 Dosagem de chumbo no sangue;
- 2.1.2.24 Espirometria Simples com emissão de laudo médico;
- 2.1.2.25 Raio X Tórax (PA e Perfil);
- 2.1.2.26 Dosagem de cádmio urinário;
- 2.1.2.27 Dosagem de cromo urinário;
- 2.1.2.28 Dosagem do ácido trans - trans mucônico urinário;
- 2.1.2.29 Dosagem de ácido metilhipúrico urinário;
- 2.1.2.30 Dosagem de ala u – urinário;
- 2.1.2.31 Raio X coluna lombo sacra (AP e Perfil)
- 2.1.2.32 Teste Ergométrico com laudo médico;
- 2.1.2.33 Vectonistagmografia; e,
- 2.1.2.34 Outros exames com interface em Saúde Ocupacional mediante prévia autorização por escrito de um dos médicos coordenadores do PCMSO da CRENDENCIANTE;
- 2.1.3 Os pedidos de exames laboratoriais e complementares deverão ser emitidos pela CRENDENCIADA, em conformidade com o PCMSO da CRENDENCIANTE;
- 2.1.4 Deverá ser repetido o exame, sem ônus para a CRENDENCIANTE, com resultado(s) duvidoso(s) ou com suspeita de incorreção(ões);
- 2.1.5 Outros exames laboratoriais, complementares e/ou avaliações com especialistas poderão ser solicitados a critério e autorização por escrito do Médico do Trabalho Coordenador do PCMSO da CRENDENCIANTE na localidade;
- 2.1.6 A coleta do material para o exame laboratorial/complementar, assim como o transporte do mesmo, as análises e os resultados deverão seguir os padrões de higiene e qualidade especificados pela Vigilância Sanitária;
- 2.1.7 O Médico examinador da CRENDENCIADA deverá realizar os exames médicos previstos no PCMSO das localidades da CRENDENCIANTE em conformidade com a NR 07;

- 2.1.8 No caso dos exames admissionais, os Médicos examinadores da CREDENCIADA deverão emitir parecer conclusivo após confrontar as condições físicas e psíquicas do candidato com as exigências relacionadas ao exercício do cargo e ao ambiente de trabalho, considerando os parâmetros clínicos e os exames complementares, definindo se o candidato estará apto ou inapto para o cargo/atividade.
- 2.1.9 Todos os casos de exame médico ocupacional (Admissional, Periódico, Mudança de Função, Retorno ao Trabalho e Demissional) realizado por médico examinador da CREDENCIADA com a **possibilidade de inaptidão** deverão, **obrigatoriamente, ser comunicado ao Médico Coordenador do PCMSO da Infraero na localidade**, antes da assinatura do ASO pelo Médico Examinador da CREDENCIADA;

## **2.2 Quanto à realização de avaliação com especialistas, que compreende, se necessário:**

- 2.2.1 Realizar consulta com avaliação clínica por profissional especialista (médico, psicólogo, fonoaudiólogo, entre outros) sob demanda da CREDENCIANTE com emissão de parecer em papel timbrado, com data, assinatura e inscrição no respectivo órgão de conselho de classe do profissional avaliador;

## **2.3 Realização de consulta médica para homologação presencial de atestados médicos, conforme critérios definidos pelos médicos coordenadores do PCMSO da Infraero;**

- 2.3.1 Realizar consulta com médico examinador para avaliação em saúde ocupacional do empregado encaminhado pela CREDENCIANTE e homologação presencial de atestados médicos, conforme critérios definidos no MM Circular Nº7388/DGSC(SRH)/2017;

## **2.4 Quanto à disponibilização de Sistema Web de Gestão da Saúde Ocupacional e Segurança no Trabalho:**

A CONTRATADA deverá utilizar o Sistema Web de Gestão da Saúde Ocupacional e Segurança no Trabalho, o qual poderá ser acessado por meio da internet, de propriedade da CONTRATANTE ou, no caso de indisponibilidade do Sistema, deverá ser preenchido formulário padronizado para posterior inserção dos dados. O Sistema será utilizado para preenchimento dos dados médicos constantes das Fichas Clínicas e consequente emissão do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO (modelo de formulários, em anexo).

### **3. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA**

- 3.1 Manter um Médico Examinador em cada localidade, que atenderá aos empregados da CREDENCIANTE e candidatos aprovados em Concurso Público, no horário de 8:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira, sob a supervisão de Médico do Trabalho da CREDENCIANTE;
- 3.2 Seguir a padronização da documentação específica da CREDENCIANTE para a realização dos exames clínicos ocupacionais, tais como:
  - 3.2.1 Ficha clínica do exame médico admissional;
  - 3.2.2 Ficha clínica do exame médico periódico, demissional, mudança de função e retorno ao trabalho;
  - 3.2.3 Atestados de Saúde Ocupacional – ASO;
  - 3.2.4 Termo de Opção.
- 3.3 Cumprir o estabelecido nos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO da CREDENCIANTE em cada localidade, sob a responsabilidade do Médico Coordenador;
- 3.4 A CREDENCIADA deverá seguir rigorosamente, o cronograma de convocação dos exames laboratoriais, complementares e clínicos fornecidos pela CREDENCIANTE;
- 3.5 Realizar os exames de Retorno ao Trabalho solicitados pela CREDENCIANTE em no máximo 02 (dois) dias úteis a contar da data do recebimento da solicitação de agendamento pela CREDENCIANTE;
- 3.6 Realizar homologação dos atestados médicos e odontológicos de acordo com o MM Circular Nº7388/DGSC(SCRH)/2017 no prazo de 10 dias úteis a partir da solicitação feita a CREDENCIADA pela CREDENCIANTE;
- 3.7 A CREDENCIADA deverá manter seus empregados devidamente uniformizados, com vestimentas compatíveis com a sua função.

### **4. DAS ENTREGAS DO CONTRATO**

- 4.1 A CREDENCIADA deverá emitir, mensalmente, até o quinto dia útil, relatório administrativo com relação nominal dos empregados que já realizaram os exames laboratoriais/complementares e exames clínicos, bem como a situação de cada empregado frente à conclusão dos exames previstos no PCMSO, incluindo as situações

de pendências em relação a emissão de ASO's;

4.1.1 O relatório deverá conter a lotação, cargo, o tipo de exame ocupacional e o resultado dos exames realizados;

4.2 A CREDENCIADA deverá emitir, em até 15 (quinze) dias corridos após a conclusão dos exames médicos periódicos da localidade, relatório do perfil de saúde de todos os empregados, com gráficos, de acordo com os dados obtidos nas fichas clínicas e nos exames clínicos realizados;

4.3 A CREDENCIADA deverá emitir, até o dia 20(vinte) de dezembro do ano em exercício relatório nacional do perfil de saúde de todos os empregados da Infraero, com gráficos, de acordo com os dados obtidos nas fichas clínicas e nos exames clínicos realizados;

4.4 A CREDENCIADA deverá emitir, anualmente, relatório de conclusão dos exames periódicos em atendimento ao PCMSO da CREDENCIANTE, tendo por base o modelo próprio do quadro III da NR 7/MTE;

4.5 A CREDENCIADA deverá emitir, mensalmente, até o quinto dia útil, relatório administrativo com relação nominal, contendo lotação e cargo, dos exames audiométricos com a classificação clínica e em conformidade com o Anexo I da NR7/MTE;

## **5. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE**

5.1 Fornecer à CREDENCIADA dados do empregado tais como: nome, matrícula, lotação, cargo, e-mail e ramal nos casos de encaminhamento para realização dos exames laboratoriais/complementares, avaliações com especialistas e exames clínicos ocupacionais, conforme demanda;

5.2 Por ocasião da Convocação para os Exames Periódicos do ano exercício em vigor, fornecer à CREDENCIADA relação nominal, com matrícula, lotação, cargo, e-mail e ramal dos seus empregados que realizarão os exames laboratoriais/complementares e exames clínicos;

5.3 Fornecer à CREDENCIADA os modelos dos formulários para a realização dos exames médicos ocupacionais, a saber:

5.3.1 Ficha clínica do exame médico admissional;

5.3.2 Ficha clínica do exame médico periódico, demissional, mudança de função e retorno ao trabalho;

5.3.3 Atestados de Saúde Ocupacional – ASO; e,

5.3.4 Termo de Opção.

5.4 Fornecer à CREDENCIADA cópia dos PCMSOs da CREDENCIANTE;

5.5 Elaborar e disponibilizar para a CREDENCIADA o cronograma para a realização dos exames laboratoriais/complementares e clínicos ocupacionais periódico e outros casos que se fizerem necessários;

5.6 Fornecer à CREDENCIADA, conforme sua necessidade, informações e/ou histórico dos empregados;

## **6. DA SUBCONTRATACÃO**

6.1 Será admitida a subcontratação apenas dos serviços de exames laboratoriais, complementares e avaliações com especialistas.

## **7. DO PRAZO PARA EXECUÇÃO DOS SERVICOS**

7.1 02 (dois) dias úteis para os exames de Retorno ao Trabalho a partir da data do recebimento da solicitação da CREDENCIANTE, incluindo-se nesse prazo, a realização dos exames laboratoriais/complementares e do exame clínico a ser realizado pelo Médico Examinador da CREDENCIADA e emissão do respectivo Atestado de Saúde Ocupacional – ASO;

7.2 05 (cinco) dias corridos para os exames Admissionais, Demissionais e Mudança de Função, a partir da data do recebimento da solicitação da CREDENCIANTE, incluindo-se nesse prazo, a realização dos exames laboratoriais/complementares e do exame clínico a ser realizado pelo Médico Examinador da CREDENCIADA, e emissão do respectivo Atestado de Saúde Ocupacional – ASO;

7.3 30 (trinta) dias corridos para os exames Periódicos, a partir da data do recebimento da solicitação da CREDENCIANTE, incluindo-se nesse prazo, a realização dos exames laboratoriais/complementares e do exame clínico a ser realizado pelo Médico Examinador da CREDENCIADA, e emissão do respectivo Atestado de Saúde Ocupacional – ASO;

7.3.1 A CREDENCIADA, de posse dos resultados dos exames

- laboratoriais/complementares, deverá convocar o(s) empregado(s) e candidato(s) a emprego na CREDENCIANTE para realização do exame clínico (emissão do ASO), dentro do prazo acima mencionado;
- 7.3.2 É de responsabilidade da CREDENCIADA a observação do prazo de 10 (dez) dias corridos entre a convocação do empregado para a realização dos exames periódicos e a conclusão deste;
- 7.3.3 A CREDENCIADA deverá emitir os resultados de todos os exames laboratoriais/complementares solicitados, em um prazo máximo de 03 (três) dias úteis, salvo quando o exame laboratorial/complementar necessite de determinada técnica específica, prorrogando o resultado para além do prazo estabelecido.

## **8. DAS CONDIÇÕES DO PREÇO**

- 8.1 A empresa CREDENCIADA deverá apresentar proposta de preços, devendo estar inclusos nos referidos valores todas as despesas diretas e indiretas inerentes aos serviços a serem executados;
- 8.2 A CREDENCIADA arcará com todas as despesas que venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre a prestação dos serviços licitados, como pessoal, materiais, equipamentos e outros, que se fizerem necessários à execução de todos os serviços, arcando com as respectivas despesas.

## **9. DA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL**

- 9.1 A CREDENCIADA deverá assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela perfeita execução dos serviços objeto da presente licitação, responsabilizando-se civil e criminalmente por todos os atos e omissões que seus empregados ou prepostos, direta ou indiretamente, cometem na execução dos serviços.

## **10. DO PAGAMENTO**

- 10.1** Cabe a CREDENCIADA enviar a documentação comprobatória dos serviços prestados até o 5º (quinto) dia útil do mês em exercício para conferência pela CREDENCIANTE e posterior pagamento a ser realizado mensalmente, no prazo de 30 (trinta) dias úteis, contado a partir da data da apresentação da fatura e nota fiscal de serviços eletrônica, referente ao executado no mês anterior;

10.2 Pelos serviços demandados, o pagamento será realizado mensalmente, no prazo de 30 (trinta) dias úteis, contado a partir da data da apresentação da fatura e nota fiscal de serviços eletrônica, referente ao executado no mês anterior;

## **11. DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

11.1 Os serviços relacionados aos exames clínicos, laboratoriais, complementares e avaliações com especialistas serão prestados em espaço físico da CREDENCIADA ou no espaço físico da empresa subCREDENCIADA, em âmbito nacional.

## **12. HORÁRIO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS**

12.1 A CREDENCIADA deverá observar os seguintes horários para a prestação dos serviços a serem contratados:

12.1.1 Exames Clínicos, Complementares e Avaliações com especialistas – o horário de atendimento será de 8:00 às 12:00 e 13:00 às 17:00 de segunda a sexta-feira, em dias úteis;

12.1.2 Exames Laboratoriais – o horário da coleta será das 7:00 às 10:00, de segunda a sexta-feira, em dias úteis.

## **13. COMPROMISSO DE SIGILO DE INFORMAÇÕES**

13.1 Para execução dos serviços constantes no presente Termo de Referência, no ato da assinatura do Contrato, será também assinado o “Termo de Compromisso de Sigilo de Informações”, que visa manter a segurança, autenticidade, autoria e o sigilo das informações que serão geradas e enviadas reciprocamente entre as partes;

13.2 A CREDENCIADA é integralmente responsável pela manutenção de sigilo sobre quaisquer dados e informações contidos em documentos e mídias de que venha a ter conhecimento durante a execução dos trabalhos, e a qualquer tempo, não podendo, sob qualquer pretexto e forma divulgar, reproduzir ou utilizar.

## **14. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO**

14.1 O prazo de vigência do contrato decorrente deste Edital de credenciamento será de 60 (sessenta) meses a contar da data de sua assinatura, sendo reavaliado a cada 12 (doze) meses.

## **15. DAS OBRIGAÇÕES SOCIAIS, COMERCIAIS E FISCAIS.**

15.1 À CREDENCIADA caberá, ainda:



- 15.1.1 Assumir a responsabilidade por todos os encargos previdenciários e obrigações sociais previstos na legislação social e trabalhista em vigor, obrigando-se a saldá-los na época própria, vez que os seus empregados não manterão nenhum vínculo empregatício com a CREDENCIANTE;
- 15.1.2 Assumir, também, a responsabilidade por todas as providências e obrigações estabelecidas na legislação específica de acidentes de trabalho, quando, em ocorrência da espécie, forem vítimas os seus empregados quando da prestação dos serviços ou em conexão com eles, ainda que acontecido em dependência da CREDENCIANTE;
- 15.1.3 Assumir todos os encargos de possível demanda trabalhista, civil ou penal, relacionadas à prestação dos serviços, originariamente ou vinculada por prevenção, conexão ou contingência.

**MODELO DE FOMULÁRIOS**

**ANEXO 1 - FRENTE**

	<b>Exame Médico Admisional</b>				
<b>DEPENDÊNCIA:</b>					
Nome: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Data nascimento: ____ / ____ / ____ Estado civil: _____ Natural: _____ Documento de identidade: _____ Órgão expedidor: _____					
<b>Cargo/função pretendida:</b>					
<b>ANTECEDENTES OCUPACIONAIS</b> <b>ATIVIDADES ANTERIORES</b>					
<b>EMPRESA</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>PERÍODO</b>			
<b>QUESTIONÁRIO</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		
Você tem experiência na atividade pretendida?					
Você já sofreu acidente do trabalho?					
Você é portador de doença profissional?					
Você já esteve afastado do trabalho por acidente trabalho?					
Houve a emissão da comunicação de acidente do trabalho?					
Você utiliza equipamento de proteção individual?					
Você submeteu-se aos exames da NR-7 no empregado anterior?					
Você já recebeu auxílio doença do INSS?					
Você já recebeu insalubridade ou periculosidade?					
Detalhar os dados importantes:					
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>					
<b>CONSULTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Hipertensão arterial			Internado para tratamento		
Stress			Convulsões ou desmaios		
Dieta alimentar adequada			Fratura ou acidentes		
Atividade física regular			Doença pulmonar		
Bebida alcoólica			Doença renal ou urinária		
Fumo			Ulceras gastrite		
Uso continuo de remédios			Diabetes		
Tenossinovite			Dor nas costas		
Alergia			D.S.T.		
Detalhar os dados importantes:					

Form. 18.11.01 - MP - 18.11/A (APE) - fl. 1/2

## ANEXO 1 - VERSO

ANTECEDENTES FAMILIARES (detalhar os dados importantes)			
ANAMNESE CLÍNICA			
EXAME FÍSICO GERAL			
Altura: _____	Peso: _____	Aspecto geral: _____	Attude: _____
Aspecto psíquico:			
P.A. máxima:	P.A. mínima:	P脉:	Temperatura:
EXAME FÍSICO ESPECIAL			
pele e anexos:			
cabeça e pescoço:			
aparelho respiratório:			
aparelho circulatório:			
aparelho gastro-intestinal:			
aparelho genito-urinário:			
coluna e extremidades:			
sistema neuro-psíquico:			
outros:			
Exames complementares:			
Exames especiais:			
Exames com resultados alterados:			
Comentários:			
Diagnóstico(s):			
Encaminhamento(s):			
Parecer médico : _____ apto _____ inaptº			
Data: ____ / ____ / ____			
_____ Assinatura/Carimbo do Médico			

ANEXO 2 - FRENTE



## Ficha Clínica Ocupacional

<b>Dependência:</b>																																																																									
<b>EXAME MÉDICO</b>		<b>DADOS PESSOAIS</b>																																																																							
<input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho <input type="checkbox"/> Mudança de Função <input type="checkbox"/> Demissional		Nome:  Matricula: _____ Sexo: _____ Data Nascimento: / /  Estado civil: _____ Natural: _____  Cargo/Função: _____ Lotação: _____																																																																							
<b>ANAMNESE CLÍNICA</b>																																																																									
<b>ANAMNESE OCUPACIONAL</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;"><b>CONSULTA</b></th> <th style="text-align: center;"><b>SIM</b></th> <th style="text-align: center;"><b>NÃO</b></th> <th style="text-align: center;"><b>CONSULTA</b></th> <th style="text-align: center;"><b>SIM</b></th> <th style="text-align: center;"><b>NÃO</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Acidente de trabalho/doença ocupacional</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Trabalha com corrente elétrica</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Esforço físico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Produtos químicos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Atenção concentrada</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Radiações ionizantes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Manuseia instrumentos/veículos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Radiações não ionizantes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Usa EPI</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Gases ou poeiras</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Postura especial/viciosa</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Exposto a ruído</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Satisfeito com seu trabalho</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Temperaturas anormais</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bom relacionamento com o chefe</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Boas condições de higiene</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bom relacionamento com colegas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Está sobrecarregado de tarefas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td colspan="6">Detalhar dados importantes:</td> </tr> </tbody> </table>								<b>CONSULTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	Acidente de trabalho/doença ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabalha com corrente elétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produtos químicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atenção concentrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiações ionizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manuseia instrumentos/veículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiações não ionizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa EPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gases ou poeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Postura especial/viciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposto a ruído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Satisfeito com seu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperaturas anormais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bom relacionamento com o chefe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boas condições de higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bom relacionamento com colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está sobrecarregado de tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detalhar dados importantes:					
<b>CONSULTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>																																																																				
Acidente de trabalho/doença ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabalha com corrente elétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produtos químicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Atenção concentrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiações ionizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Manuseia instrumentos/veículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiações não ionizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Usa EPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gases ou poeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Postura especial/viciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposto a ruído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Satisfeito com seu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperaturas anormais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Bom relacionamento com o chefe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boas condições de higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Bom relacionamento com colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está sobrecarregado de tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Detalhar dados importantes:																																																																									
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;"><b>CONSULTA</b></th> <th style="text-align: center;"><b>SIM</b></th> <th style="text-align: center;"><b>NÃO</b></th> <th style="text-align: center;"><b>CONSULTA</b></th> <th style="text-align: center;"><b>SIM</b></th> <th style="text-align: center;"><b>NÃO</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hipertensão arterial</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Internado para tratamento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Stress</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Convulsões ou desmaios</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dieta alimentar adequada</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Fratura ou acidentes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Atividade física regular</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Doença pulmonar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bebida alcoólica</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Doença renal ou urinária</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fumo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Úlceras ou gastrites</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Uso contínuo de remédios</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Diabetes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tenossinovite</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Dor nas costas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alergia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>D.S.T</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td colspan="6">Detalhar dados importantes:</td> </tr> </tbody> </table>								<b>CONSULTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internado para tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsões ou desmaios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dieta alimentar adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fratura ou acidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atividade física regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebida alcoólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença renal ou urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras ou gastrites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso contínuo de remédios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tenossinovite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D.S.T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detalhar dados importantes:					
<b>CONSULTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>CONSULTA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>																																																																				
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Internado para tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsões ou desmaios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Dieta alimentar adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fratura ou acidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Atividade física regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Bebida alcoólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença renal ou urinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras ou gastrites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Uso contínuo de remédios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Tenossinovite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D.S.T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																				
Detalhar dados importantes:																																																																									

**ANEXO 2 - VERSO**

<b>EXAME FÍSICO GERAL</b>			
Altura: , m.	Peso: , kg.	Aspecto geral:	Atitude:
<b>Aspecto psíquico:</b>			
P.A Máxima:	P.A Mínima:	Pulso:	Temperatura: °C
<b>EXAME FÍSICO ESPECIAL</b>			
<b>Pele e anexos:</b>			
<b>Cabeça e pescoço:</b>			
<b>Aparelho respiratório:</b>			
<b>Aparelho gastro-intestinal:</b>			
<b>Aparelho genito-urinário:</b>			
<b>Coluna e extremidades:</b>			
<b>Sistema neuro-psíquico:</b>			
<b>Outros:</b>			
<b>Exames complementares:</b>			
<b>Exames especiais:</b>			
<b>Exames com resultados alterados:</b>			
<b>Comentários:</b>			
<b>Diagnóstico(s):</b>			
<b>Encaminhamento(s):</b>			
<b>Parecer do Médico:</b> <input type="checkbox"/> <b>Apto</b> <input type="checkbox"/> <b>Inapto</b>			
<b>Data:</b> / /			
<hr/> <b>ASSINATURA/CARIMBO DO MEDICO</b>			

Form. 18.11.02 - MP - 18.11/B (APE) - fl. 2/2

(Reservado para o endereço da dependência aeroportuária)

## ANEXO 3 - FRENTE

	<b>Atestado de Saúde Ocupacional</b>			
<b>Atesto para os devidos fins, que</b>				
RG:	ORG. EXP:	MATRIC:	, foi submetido(a) ao EXAME MÉDICO:	
<input type="checkbox"/> Admisional	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Mudança de Função	<input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho	<input type="checkbox"/> Demissional
Conforme NR-7, da Portaria nº 24, de 29 de dezembro de 1994, da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (SSST), constatando-se estar:				
<input type="checkbox"/> APTO		<input type="checkbox"/> INAPTO		
para exercer a função de .				
Estará (está ou esteve) exposto ao Risco Ocupacional:				
<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/> Químico	<input type="checkbox"/> Biológico		
<b>Detalhar o risco:</b>				
<b>EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS</b>				
,	/ / .	,	/ / .	
,	/ / .	,	/ / .	
,	/ / .	,	/ / .	
,	/ / .	,	/ / .	
,	/ / .	,	/ / .	
<b>OBSERVAÇÕES:</b> .				
Data: / / .		<b>ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO EXAMINADOR</b>		
<b>Médico Coordenador do PCMSO:</b>				
Recebi a 2ª via deste atestado e cópia dos exames complementares em / / .				
<b>ASSINATURA</b>				