

Ato - SEI Nº 82, de 14 de maio de 2025

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)	POP.DGP.033	
Realização de Exames Ocupacionais	Emissão: data da assinatura	Versão: 02
	Próxima revisão: conforme necessidade	

1. OBJETIVO

1.1. Padronizar as atividades relativas à realização de exames ocupacionais nas Unidades de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (Usost) dos Hospitais Universitários Federais (HUF) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

2. ANEXOS

- 2.1. Anexo I: Fluxo de convocação, realização e registro de exames ocupacionais admissionais, demissionais, periódicos, de retorno ao trabalho e de mudança de riscos ocupacionais.
- 2.2. Anexo II: Modelo de Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).
- 2.3. Anexo III: Modelo de questionário de avaliação de saúde para exame admissional.
- 2.4. Anexo IV: Modelo de questionário de avaliação de saúde para exame periódico.
- 2.5. Anexo V: Termo de recusa de vacinação.

3. FORMULÁRIO SEI

- 3.1. Autorização de Envio de Prontuário Ocupacional.
- 3.2. Notificação de Descumprim. de Convocação da Usost.

4. SISTEMAS

- 4.1. Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (SIGP/Mentorh).
- 4.2. Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

5. SIGLAS E DEFINIÇÕES

- 5.1. ASO: Atestado de Saúde Ocupacional.
- 5.2. DivGP: Divisão de Gestão de Pessoas.
- 5.3. HUF: Hospital Universitário Federal.
- 5.4. PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.
- 5.5. PGR: Programa de Gerenciamento de Riscos.
- 5.6. Ssost: Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.
- 5.7. Usost: Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

6. CAMPOS DE APLICAÇÃO

6.1. O presente Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se a todos(as) os(as) empregados(as) da Ebserh e gestores(as), às equipes de saúde ocupacional e aos(as) gestores(as) da Usost e da Divisão de Gestão de Pessoas (Divgp), no âmbito da Ebserh.

7. DISPOSIÇÕES INICIAIS

7.1. Os exames ocupacionais são parte integrante do conjunto de ações de vigilância ativa da saúde ocupacional, dispostos no PCMSO, que incluem também a coleta de dados sobre sinais e sintomas de agravos à saúde relacionados aos riscos ocupacionais.

7.2. Os exames médicos ocupacionais devem seguir os prazos e periodicidade definidos na NR-07 da seguinte forma:

- a) Admissional: deve ser realizado antes que o(a) candidato(a) assine o contrato e assumas as atividades como empregado(a);
- b) Periódico: deve ser realizado de acordo com os seguintes intervalos:
 - b.1) para empregados(as) expostos a riscos ocupacionais identificados e classificados no PGR e para portadores de doenças crônicas que aumentem a susceptibilidade a tais riscos: a cada ano ou a intervalos menores, a critério do(a) médico(a) responsável.
 - b.2) para os(as) demais empregados(as), o exame clínico deve ser realizado a cada 2 anos;
- c) Retorno ao trabalho: deve ser realizado antes que o(a) empregado(a) reassuma suas funções, quando ausente por período igual ou superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não;
- d) Mudança de riscos ocupacionais: deve ocorrer antes da data da efetiva mudança de local de trabalho, adequando-se o controle médico aos novos riscos;
- e) Demissional: deve ser realizado em até 10 dias contados do término do contrato, em alinhamento com a DivGP e com o processo de rescisão.

7.3. O(a) empregado(a) em afastamento por motivo de doença ou acidente por período igual ou superior a 30 dias não poderá retornar às atividades funcionais sem a realização de exame ocupacional com emissão ASO concluindo pela aptidão laboral plena ou com restrições.

Nota: A Usost deverá implementar mecanismos de monitoramento para convocar o(a) empregado(a) antes data de retorno de modo que o exame seja realizado no primeiro dia útil após o término do afastamento.

8. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

8.1. Atividade 01: Convocação e agendamento de exames ocupacionais

Responsável: Equipe de saúde ocupacional

Atividades:

8.1.1. Convocar, mediante comprovação, o(a) empregado(a) para realização de exame ocupacional, em conjunto com os seguintes anexos, conforme o caso:

- a) pedido e orientação acerca de exames laboratoriais e/ou de imagem, assinado pelo(a) médico(a) do trabalho ou examinador(a), quando couber, em conformidade com o PCMSO do HUF;

8.1.1.1. Em caso de exame ocupacional admissional:

- a) questionário de avaliação de saúde para exame admissional (Anexo III);

8.1.1.2. Em caso de exame ocupacional periódico:

- a) questionário de avaliação de saúde para exame periódico (Anexo IV);
- b) incluir *link* e solicitação de resposta ao questionário de mapeamento de riscos psicossociais coletivos, conforme POP.DGP.046.

Nota¹: nos casos em que se tratar de agendamento presencial, os pedidos de exames, formulários e *QRCode* do mapeamento de riscos psicossociais coletivos serão entregues em formato impresso.

8.1.2. Convocar o(a) empregado(a) conforme modelo a seguir ou similar:

Senhor(a) _____,

Considerando o disposto na NR-01: "Cabe ao trabalhador: submeter-se aos exames médicos previstos nas NR";

Considerando o disposto na NR-07: "O PCMSO deve incluir a realização obrigatória dos exames médicos"; e,

Considerando o disposto no Regulamento de Pessoal da Ebserh: "É dever do empregado: submeter-se aos exames médicos ocupacionais - admissional, periódico, para retorno ao trabalho e demissional - ou quando determinado pela Ebserh;

Fica vossa senhoria convocada para a realização de exame médico ocupacional, conforme disposto a seguir:

- a) Data: ___/___/_____
- b) Horário: ___:___ h
- c) Local: _____

Solicitamos que, ao comparecer, apresente:

- d) cartão de vacinação;
- e) resultados de exames solicitados;
- f) questionário de avaliação de saúde devidamente preenchido, conforme anexo.
- g) questionário de mapeamento de riscos psicossociais coletivos devidamente preenchido, conforme *link* incluído nesta convocação (em caso de exame médico ocupacional periódico).

Em caso de impossibilidade justificada para o comparecimento, entre em contato com a equipe de saúde da Usost com brevidade.

Nota²: Nos casos em que se tratar de agendamento presencial, o instrumento de convocação será entregue em formato impresso, mediante assinatura do(a) candidato(a) ou empregado(a) em protocolo.

Nota³: Em caso de convocação para admissão, a DivGP deverá encaminhar o(a) candidato(a) à Usost, para agendamento presencial do exame ocupacional admissional.

Nota⁴: Em caso de desligamento, a DivGP deverá encaminhar o processo para a Usost, para agendamento tempestivo do exame ocupacional demissional.

Nota⁵: Em caso de remanejamento interno ou movimentação oriunda de outro HUF, a DivGP do HUF de destino deverá encaminhar o processo para a Usost, para agendamento do exame ocupacional de mudança de riscos.

Nota⁶: Se movimentado de outro HUF, solicitar ao(à) empregado(a) o preenchimento do documento Sei: "Autorização de Envio de Prontuário Ocupacional" e encaminhar o processo à Usost do HUF de origem.

8.1.3. Orientar o(a) empregado(a) a apresentar, no dia do exame:

- a) cartão de vacinação;
- b) resultados de exames solicitados;
- c) questionários de avaliação de saúde e psicossocial devidamente preenchidos, conforme o caso, de acordo com o respectivo anexo e *link*, para admissionais e periódicos, conforme o caso.

8.1.4. Realizar agendamento conforme disponibilidade de agenda médica.

8.2. **Atividade 02: Comparecimento para realização de exames ocupacionais**

Responsável: Empregado(a) ou candidato(a) convocado(a)

Atividades

8.2.1. Comparecer, no dia, horário e local agendados, para realização do exame ocupacional, com a documentação solicitada na convocação.

Nota: A ausência injustificada à convocação da Usost para avaliação médica constitui ato faltoso e descumprimento de Regulamento de Pessoal.

8.3. **Atividade 03: Realização de exames ocupacionais admissionais**

Responsável: Equipe de saúde ocupacional

Atividades:

8.3.1. Proceder à abertura de prontuário médico de saúde ocupacional.

8.3.2. Recepcionar o(a) candidato(a) e realizar anamnese, verificando cartão de vacinação, resultados de exames solicitados e o(s) questionário(s) preenchidos, quando couber.

8.3.3. Encaminhar para realização da avaliação clínica com o(a) médico(a) do trabalho ou examinador(a), que poderá solicitar exames complementares e fornecer demais orientações de saúde.

8.3.4. Abordar questões de risco psicossocial, no questionário do Anexo I do POP.DGP.046, adotando as medidas de controle conforme o caso.

Nota¹: Em caso de candidato(a) convocado(a) em vaga para PcD, o(a) médico(a) do trabalho deverá, complementarmente, realizar os procedimentos previstos no POP.DGP.008 - Reconhecimento e cadastro de empregados(as) PcD.

Nota²: Em caso de candidato(a) convocado(a) em outra vaga que não seja para PcD, mas que possua deficiência o(a) médico(a) do trabalho deverá, complementarmente, realizar os procedimentos previstos no POP.DGP.008 - Reconhecimento e cadastro de empregados(as) PcD.

Nota³: Com base no Art. 394-A da CLT, caberá ao(à) médico(a) do trabalho ou examinador(a) verificar se a candidata está na condição de gravidez ou de lactação (até 1 ano de idade da criança). Caso a condição seja constatada, o(a) médico(a) deverá informar expressamente no ASO a restrição para atividades insalubres.

Nota⁴: Caberá também ao(à) médico(a) do trabalho ou examinador(a) verificar se o(a) candidato(a) está em afastamento previdenciário ou em licença maternidade. Neste caso, não será emitido ASO, informando-se a situação à Divgpp, que seguirá as regras de contratação.

8.3.5. Preencher e assinar o ASO em duas vias, fornecendo uma delas ao(à) candidato(a), em conformidade com o item 7.5.19.1 da NR-07.

8.3.6. Orientar o(a) candidato(a) acerca da obrigatoriedade dos exames ocupacionais.

8.3.7. Registrar as informações do ASO no SIGP/Mentorh para envio ao e-Social, após admissão e cadastramento do(a) candidato(a) no SIGP/Mentorh.

8.3.8. Arquivar o ASO e demais documentos apresentados no prontuário do(a) empregado(a).

8.4. **Atividade 04: Realização de exames ocupacionais periódicos**

Responsável: Equipe de saúde ocupacional

Atividades:

8.4.1. Recepcionar o(a) empregado(a) e realizar anamnese, verificando cartão de vacinação, resultados de exames solicitados e o(s) questionário(s) preenchidos, quando couber.

8.4.2. Certificar-se, com o(a) empregado(a), sobre o preenchimento do questionário de mapeamento de riscos psicossociais coletivos. Em caso de dúvida, apresentar o *QRCode* do questionário, o qual vai acusar se já tiver sido respondido.

8.4.3. Encaminhar para realização da avaliação clínica com o(a) médico(a) do trabalho ou examinador(a), que poderá solicitar exames complementares e fornecer demais orientações de saúde.

8.4.4. Abordar questões de risco psicossocial, no questionário do Anexo II do POP.DGP.046, adotando as medidas de controle conforme o caso.

8.4.5. Preencher e assinar o ASO em duas vias, fornecendo uma delas ao(à) empregado(a), em conformidade com o item 7.5.19.1 da NR-07.

8.4.6. Informar a previsão do próximo exame periódico.

8.4.7. Registrar as informações do ASO no SIGP/Mentorh para envio ao e-Social.

8.4.8. Arquivar o ASO e demais documentos apresentados no prontuário do(a) empregado(a).

8.5. **Atividade 05: Realização de exames ocupacionais de retorno ao trabalho**

Responsável: Equipe de saúde ocupacional

Nota: Este exame deve ocorrer antes que o(a) empregado(a) reassuma suas funções, ao final do período de afastamento, quando ausente por período igual ou superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não; ao final de concessão de benefício da Previdência Social, nos termos do POP.SSOST.016 - Encaminhamento à Previdência Social - INSS.

Atividades:

- 8.5.1. Recepcionar o(a) empregado(a) e realizar anamnese.
- 8.5.2. Encaminhar para realização da avaliação clínica com o(a) médico(a) do trabalho ou examinador(a), que deverá observar o disposto no POP.SSOST.016 - Encaminhamento à Previdência Social - INSS.
- 8.5.3. Preencher e assinar o ASO em duas vias, fornecendo uma delas ao(à) empregado(a), em conformidade com o item 7.5.19.1 da NR-07.
- 8.5.4. Registrar as informações do ASO no SIGP/Mentorh para envio ao e-Social.
- 8.5.5. Arquivar o ASO e demais documentos apresentados no prontuário do(a) empregado(a).

8.6. **Atividade 06: Realização de exames ocupacionais de mudança de riscos ocupacionais**

Responsável: Equipe de saúde ocupacional

Atividades:

- 8.6.1. Recepcionar o(a) empregado(a) e realizar anamnese, verificando o cadastro de remanejamento interno ou movimentação no processo encaminhado pela DivGP.

Nota²: Se movimentado de outro HUF, solicitar cartão de vacinação, resultados de exames realizados conforme o PCMSO do HUF atual e o(s) questionário(s) preenchidos, caso não constem no prontuário de saúde ocupacional enviado pela Usost do HUF de origem.

- 8.6.2. Encaminhar para realização da avaliação clínica com o(a) médico(a) do trabalho ou examinador(a), que poderá solicitar exames complementares e fornecer demais orientações de saúde.
- 8.6.3. Abordar questões de risco psicossocial, no questionário do Anexo II do POP.DGP.046, adotando as medidas de controle, conforme o caso.
- 8.6.4. Preencher e assinar o ASO em duas vias, fornecendo uma delas ao(à) empregado(a), em conformidade com o item 7.5.19.1 da NR-07.
- 8.6.5. Registrar as informações do ASO no SIGP/Mentorh para envio ao e-Social.
- 8.6.6. Arquivar o ASO e demais documentos apresentados no prontuário do(a) empregado(a).

8.7. **Atividade 07: Realização de exames ocupacionais demissionais**

Responsável: Equipe de saúde ocupacional

Atividades:

Nota¹: Verificar se o(a) empregado(a) realizou exame ocupacional há menos de 90 dias se for lotado(a) em HUF ou há menos de 135 dias se for lotado(a) na Administração Central. Se sim, o exame ocupacional demissional pode ser dispensado.

Nota²: O prazo para realização do exame ocupacional demissional é de até 10 dias contados do término do contrato. Contudo, em atenção à Nota⁴ da Atividade 01, este deve ser realizado tempestivamente e em alinhamento com a DivGP, para que seja registrado no SIGP/Mentorh e enviado ao e-Social em data igual ou anterior à data de rescisão no SIGP/Mentorh.

- 8.7.1. Recepcionar o(a) empregado(a) e realizar anamnese.
- 8.7.2. Encaminhar para realização da avaliação clínica com o(a) médico(a) do trabalho ou examinador(a). Caso seja constatada inaptidão no ASO, o(a) empregado(a) não poderá ser demitido(a) até que nova avaliação médica ocupacional emita ASO com aptidão.
- 8.7.3. Preencher e assinar o ASO em duas vias, fornecendo uma delas ao(à) empregado(a), em conformidade com o item 7.5.19.1 da NR-07.
- 8.7.4. Registrar as informações do ASO no SIGP/Mentorh para envio ao e-Social.
- 8.7.5. Encartar, tempestivamente, cópia do ASO no Processo SEI que trata da rescisão contratual.

8.7.6. Arquivar o ASO e demais documentos apresentados no prontuário do(a) empregado(a).

Nota³: Excepcionalmente e por motivos justificáveis, caso não seja possível que o(a) empregado(a) compareça na Usost do HUF no qual fora lotado, o exame ocupacional demissional poderá ser realizado em Usost de outro HUF, mediante colaboração e interação prévia entre as Usost envolvidas.

8.8. **Atividade 08: Apuração de descumprimento de convocação de saúde ocupacional**

Responsável: Gestor(a) da Usost

Nota: Este procedimento deverá ser adotado em caso de não comparecimento reiterado sem justificativa razoável.

Atividades:

8.8.1. Iniciar Processo Sei sigiloso, conforme descrição a seguir:

Tipo	Pessoal: Gestão do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO)
Especificação	Apuração de descumprimento de convocação de saúde ocupacional
Interessado	Nome de empregado(a)
Nível de acesso	Sigiloso: Investigação de Responsabilidade de Servidor (Art. 150 da Lei nº 8.112/1990)

8.8.2. Incluir e preencher o documento Sei: "Notificação de Descumprim. de Convocação da USOST".

8.8.3. Incluir as comprovações de convocação não atendidas.

8.8.4. Conceder credencial ao(à) gestor(a) da DivGP para adoção dos fluxos estabelecidos na Norma Operacional de Controle Disciplinar.

9. **DISPOSIÇÕES FINAIS**

9.1. Em caso de recusa de vacinação por parte do(a) candidato(a) ou do(a) empregado(a), ele(a) deverá ser informado(a) das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estará exposto por falta ou recusa de vacinação, assinando o Termo de recusa de vacinação, conforme Anexo V.

Nota: Em caso de recusa em assinar o referido Termo, coletar assinaturas de 2 testemunhas.

9.2. Todos os exames, cartão de vacinação, questionários e outros documentos utilizados no fluxo de exames ocupacionais devem ser incluídos no prontuário do(a) empregado(a).

9.3. As vacinas indicadas no cartão de vacinação devem ser registradas na funcionalidade: Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho > Saúde Ocupacional > Controle de Vacinas, no SIGP/Mentorh.

9.4. No âmbito da Administração Central, as atividades inerentes à DivGP são realizadas pelo Serviço de Documentação e Registro, e à Usost, pelo Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

9.5. Os(As) servidores(as) do Regime Jurídico Único cedidos(as) para cargos em comissão ou função gratificada realizarão avaliações de saúde ocupacional conforme convocação da Usost. Neste caso, os documentos apresentados e a avaliação clínica ocupacional serão arquivados no prontuário do(a) servidor(a).

9.6. As dúvidas surgidas na aplicação deste POP serão dirimidas pelo Ssost.

9.7. Revogam-se as orientações e procedimentos anteriores que não estiverem em conformidade com este normativo.

9.8. Este POP entra em vigor na data de publicação em Boletim de Serviço.

10. **REFERÊNCIA**

10.1. BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452 de 01/05/1943.

10.2. BRASIL. Norma Regulamentadora nº 01.

10.3. BRASIL. Norma Regulamentadora nº 07.

10.4. BRASIL. Norma Regulamentadora nº 32.

10.5. EBSEH. Regulamento de Pessoal.

10.6. Instrução Normativa SRT Nº 15 DE 14/07/2010.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
01	02/2025	Elaboração do documento
02	05/2025	Anexos: Transferência dos anexos III e IV para o POP.DGP.046 Item 8.1, 8.3, 8.4 e 8.6: Inclusão de mapeamento e avaliação de riscos psicossociais

Elaboração
NEILA MARIA GONÇALVES ANDRADE Enfermeira do Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
DÉBORA SANTOS OLIVEIRA Enfermeira do Trabalho Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
Revisão
HOSAÍAS ALVES DOS PRAZERES SILVA Chefe de Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
MARCOS DE TOLEDO Médico do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
CLÁUDIA SIQUEIRA BESCH Médica do Trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
Validação
MARINA CURRI Coordenadora de Administração de Pessoal
Aprovação
LUCIANA DE GOUVÊA VIANA Diretora de Gestão de Pessoas



Documento assinado eletronicamente por **Luciana de Gouvea Viana, Diretor(a)**, em 15/05/2025, às 14:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Hosaías Alves Dos Prazeres Silva, Chefe de Serviço**, em 15/05/2025, às 15:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Siqueira Besch, Médico(a) do Trabalho**, em 15/05/2025, às 15:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Debora Santos Oliveira, Enfermeiro(a) do Trabalho**, em 15/05/2025, às 15:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Neila Maria Gonçalves Andrade, Enfermeiro(a)**, em 15/05/2025, às 17:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcos de Toledo, Médico(a) do Trabalho**, em 16/05/2025, às 08:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

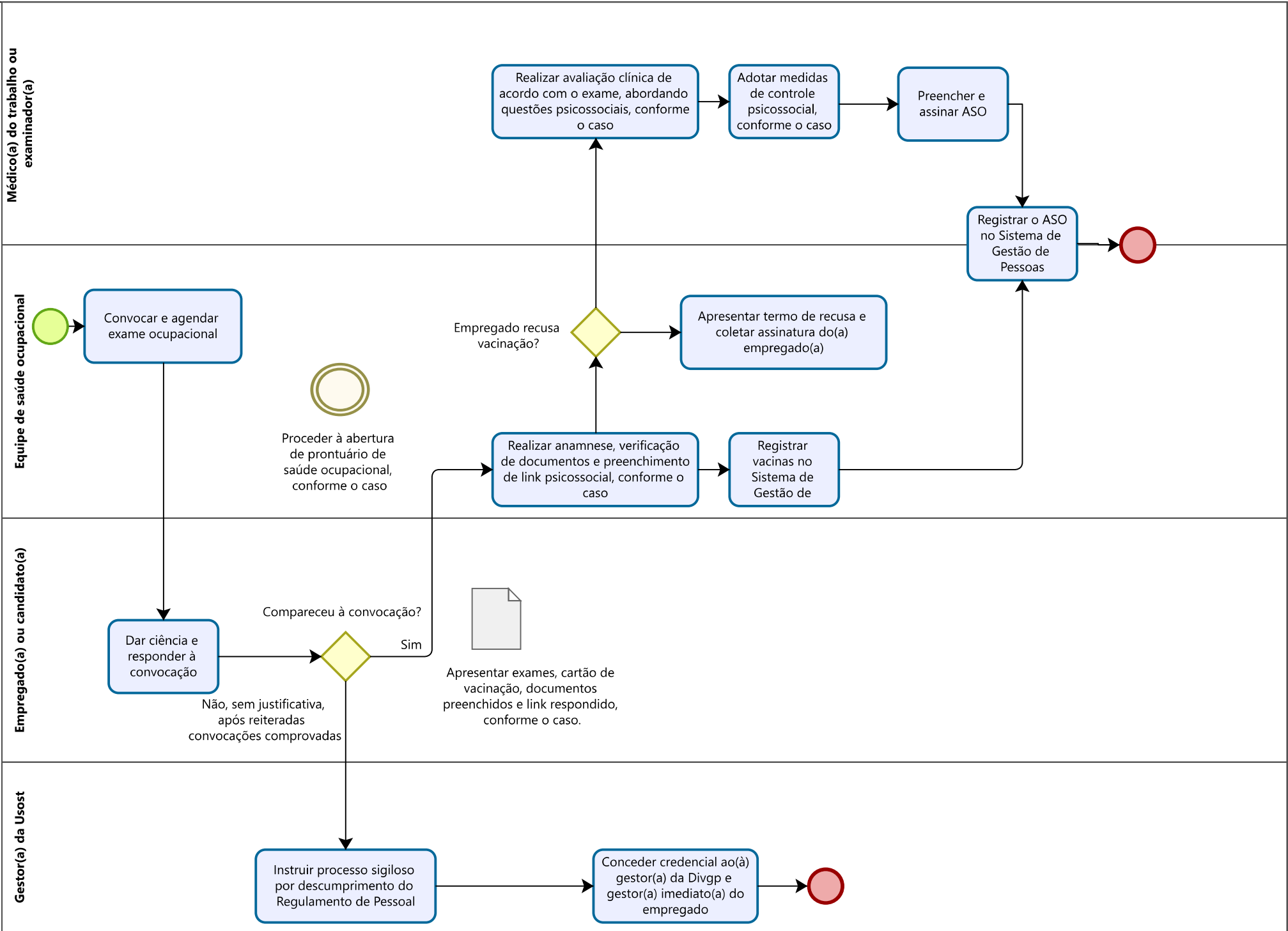
Documento assinado eletronicamente por **Marina Curi, Coordenador(a)**, em 16/05/2025, às 09:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **49469520** e o código CRC **1B4EFD1C**.

Referência: Processo nº 23477.029142/2024-33 SEI nº 49469520

Exames ocupacionais



Dados do HUFEndereço
Cidade-UF
CEP
CNPJ:
Telefone: Admissional Periódico Mudança de Risco Retorno ao Trabalho Demissional**IDENTIFICAÇÃO DO(A) EMPREGADO(A)**

Nome:

CPF:

Matrícula:

Cargo:

Contato de emergência:

Lotação:

Data de Nascimento:

Idade:

PCD: Sim Não

Tipo de deficiência:

EXPOSIÇÃO A AGENTES DE RISCO

Físicos:	
Químicos:	
Biológicos:	
Ergonômicos:	
Acidentes:	
Ausência de Riscos	

EXAMES A QUE FOI SUBMETIDO (A):

/ /	Exame Clínico	/ /	Audiometria
/ /	Hemograma	/ /	SU
/ /	Glicose	/ /	ABO Rh
/ /	Ur Cr	/ /	Anti HBs
/ /	TGO TGP	/ /	HBsAg
/ /	Triglicerídeos	/ /	HCV
/ /	Colesterol Total e Frações	/ /	
/ /	VDRL	/ /	

CONCLUSÃO

-
- APTO (A)
-
-
- INAPTO (A)

Observações:

Identificação e Assinatura de Médico(a) Examinador(a):

Médico(a) responsável pelo PCMSO
NOME COMPLETO – CRM NÚMERO UF – RQE NÚMERO
Médico – Medicina do trabalhoNOME COMPLETO – CRM NÚMERO UF – RQE NÚMERO
Médico – Especialidade

Cidade, UF, ____/____/____

RECEBI VIA DE IGUAL FORMA E TEOR DESTE ATESTADO:

Cidade, UF, ____/____/____

Assinatura do(a) Candidato(a)/Empregado(a)

Dados do HUFEndereço
Cidade-UF
CEP:
Telefone:

Data de aplicação do questionário: / /

IDENTIFICAÇÃO DO(A) EMPREGADO(A)

Nome:	Idade:			
CPF:	DN:			
Cargo:				
Contato de emergência:	PCD:			
<input checked="" type="checkbox"/> Admissional	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho	<input type="checkbox"/> Mudança de Risco	<input type="checkbox"/> Demissional

HISTÓRICO DE SAÚDE PRÉVIOAntecedentes Pessoais de Saúde: **Assinalar X** em caso afirmativo e **detalhar** no campo observações abaixo

<input type="checkbox"/> Catapora <input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Caxumba <input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Traumas/Fraturas/Luxações	<input type="checkbox"/> Patologias do Ap. Geniturinário
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Dor nas costas/articular/muscular	<input type="checkbox"/> Patologias do Sistema Nervoso
<input type="checkbox"/> Diabetes ou glicemia elevada	<input type="checkbox"/> Hérnias	<input type="checkbox"/> Patologias Psiquiátricas
<input type="checkbox"/> Dislipidemias	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Patologias do Ap. Respiratório
<input type="checkbox"/> Obesidade/Sobrepeso	<input type="checkbox"/> Varizes/Trombose/Inchaço	<input type="checkbox"/> Patologias do Ap. Hematológico
<input type="checkbox"/> Neoplasias	<input type="checkbox"/> Patologias da Visão	<input type="checkbox"/> Patologias do Ap. Gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Rinite/Sinusite/Asma/Bronquite	<input type="checkbox"/> Patologias do Ouvido/Zumbido	<input type="checkbox"/> Patologias do Ap. Osteomuscular
<input type="checkbox"/> Internamentos Clínicos	<input type="checkbox"/> Convulsão/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Patologias do Ap. Cardiovascular
<input type="checkbox"/> Cirurgias	<input type="checkbox"/> Tuberculose/Hanseníase	<input type="checkbox"/> Patologias da Tireoide
<input type="checkbox"/> Hemotransfusões	<input type="checkbox"/> DST/IST	<input type="checkbox"/> Patologias da Pele
<input type="checkbox"/> Doenças autoimunes/imunossupressão	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Pessoa com Deficiência (PCD)		

Especificar:Uso contínuo de medicação para: Nenhuma Hipertensão Diabetes Depressão/Ansiedade
 Colesterol/Triglicerídeo Suplemento Alimentar Anticoncepcional Hormonal Antialérgico OutrasSe uso de medicações, **especificar:****HISTÓRICO DE TRABALHO**

Já sofreu acidente de trabalho? () Sim () Não Se sim, na empresa/função:

Tipo do acidente que sofreu: Comum () Trajeto () Outros () Mês/Ano do acidente:

Descrever o acidente:

Foi afastado pelo INSS? () Sim () Não Se sim, por quanto tempo?

Possui outro vínculo de trabalho ativo no momento? () Sim () Não

Se sim: Local(s) Função:

Histórico laboral:

HISTÓRIA DE SAÚDE FAMILIAR

Patologia	Grau de Parentesco	Patologia	Grau de Parentesco
<input type="checkbox"/> Hipertensão		<input type="checkbox"/> Patologias do Sistema Imunológico	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Patologias do Sistema Respiratório	
<input type="checkbox"/> Cardiopatias/Infarto		<input type="checkbox"/> História de alergias	
<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral (derrame)		<input type="checkbox"/> Tuberculose/Hanseníase	
<input type="checkbox"/> Patologias Psiquiátricas		<input type="checkbox"/> Neoplasias	
<input type="checkbox"/> Dislipidemia		<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Patologia do Sistema Nervoso			

Especificar, caso tenha assinalado alguma opção:

HÁBITOS DE VIDA		
Tabagismo: <input type="checkbox"/> Não Fumante	<input type="checkbox"/> Fumante Fuma há _____ anos Quantidade: _____ unidades/dia	<input type="checkbox"/> Ex Fumante Fumou durante _____ anos Abstêmio há _____ semanas _____ meses _____ anos Quantidade: _____ unidades/dia
Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim Bebe há _____ anos Consumo <input type="checkbox"/> Habitual <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Raro	<input type="checkbox"/> Atualmente não Abstêmio há _____ semanas _____ meses _____ anos Bebeu durante _____ anos
Uso de drogas ou psicoestimulantes: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Especificar: _____		
Atividade Física: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Esporádico (30 mim/até 3x por semana) <input type="checkbox"/> Ativo (30 min/mais de 3x por semana) Especificar: _____		
Alimentação: <input type="checkbox"/> Comum <input type="checkbox"/> Dieta Especial (_____) <input type="checkbox"/> Restrição Alimentar (_____)		
Ritmo de sono: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Especificar: _____		
Lazer/hobbies: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Esporadicamente <input type="checkbox"/> Frequentemente Especificar: _____		
Mulheres: Quantas gestações? _____ Está grávida? () Sim () Não DUM: Preventivo ginecológico/Mamografia nos últimos 12 meses? () Sim () Não		
Homens > 45 anos: Realizou exames de próstata nos últimos 12 meses? () Sim () Não		

REGISTROS DE ENFERMAGEM					
PA:	FC:	SPO2:	PESO:	ALT:	IMC:
OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM					
VACINAS					
Hepatite B	() 3 doses () 2 doses () 1 dose Anti-HBs: > 10() < 10() desconhecido() Não sc()	Sem pendência () Completar esquema () Repetir esquema ()			
dT/dTpa	1ª () 2ª () 3ª (x) R() Último Reforço: __/__/____	Sem pendência () Completar esquema ()			
Tríplice viral MMR/SCR	() 2 doses () 1 dose	Sem pendência () Completar esquema ()			
Influenza	DU anual (): __/__/____	Vacinar ()			
Covid	() D1 () R1 () D2 () R2	Sem pendência () Completar esquema ()			
Febre Amarela	DU: __/__/____				
Assinatura da Enfermagem do Trabalho: _____					

*Em caso de recusa de qualquer das vacinas obrigatórias, anexar o termo de recusa

Declaro ser verdade, as respostas ao questionário:

Cidade, UF, __/__/____

Assinatura do(a) Empregado(a): _____

Dados do HUFEndereço
Cidade-UF
CEP:
Telefone:

Data de aplicação do questionário: / /

IDENTIFICAÇÃO DO(A) EMPREGADO(A)

Nome:	Idade:
CPF:	DN:
Cargo:	PCD:
Contato de emergência:	

QUESTIONÁRIO – EMPREGADO(A)

1. Atualmente possui algum plano de saúde?

2. Há quanto tempo trabalha na empresa? Há quanto tempo na sede?

3. Descreva sucintamente os medicamentos que faz uso:

4. Desde o último periódico: / / (Responder as questões 4.1 a 4.10)

4.1. Realizou algum check-up?

4.2. Tomou alguma vacina? Quais?

Hepatite B	() 3 doses () 2 doses () 1 dose Anti-HBs: > 10() < 10() desconhecido() Não sc()	Sem pendência () Completar esquema () Repetir esquema ()
dT/dTpa	1ª () 2ª () 3ª (x) R() Último Reforço: __/__/____	Sem pendência () Completar esquema ()
Tríplice viral MMR/SCR	() 2 doses () 1 dose	Sem pendência () Completar esquema ()
Influenza	DU anual (): __/__/____	Vacinar ()
Covid	() D1 () R1 () D2 () R2	Sem pendência () Completar esquema ()
Febre Amarela	DU: __/__/____	

4.3. Teve algum exame alterado?

4.4. Houve alguma internação por patologia clínica?

4.5. Houve alguma internação por patologia cirúrgica?

4.6. Sofreu algum acidente?

4.7. Sofreu algum acidente de trabalho?

4.8. Foi encaminhado para o INSS?

4.9. Iniciou alguma nova medicação? Se sim, especificar.
4.10. Parou de tomar alguma medicação? Se sim, especificar.
5. Tem insônia?
6. Faz alguma atividade física? Se sim, especificar.
7. Faz alguma dieta ou restrição alimentar?
8. Possui alguma patologia que cause dor crônica?
9. Sente melhor ou pior no trabalho hoje em relação ao último exame? Por quê?
EXAME CLÍNICO
Peso anterior: _____ Peso atual: _____ Altura: _____
Notas de enfermagem:

Declaro ser verdade, as respostas ao questionário:

Cidade, UF, ___/___/____

Assinatura do(a) Empregado(a): _____

Termo de Recusa de Imunização

Eu, _____,
CPF: _____, matrícula: _____, lotado no Hospital:

exercendo o cargo de _____, após ter sido informado das vantagens e dos possíveis eventos adversos das vacinas recomendadas em conformidade com o Anexo deste termo, declaro expressamente que não aceito a vacinação conforme estabelecido no Programa de Imunização e na Norma Regulamentadora nº 32: Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

Declaro também que estou ciente das vantagens, riscos e consequências desta recusa.

Cidade, UF, ____/____/____

Assinatura do(a) empregado(a)

Anexo – Informações sobre vacinas recomendadas

1. VACINA: DIFTERIA E TÉTANO (dT)

- 1.1. Esquema básico: Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal
- 1.2. Reforço: Uma dose a cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves ou se contatos de difteria, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos.
- 1.3. Intervalo entre as doses: 60 dias (mínimo 30 dias).
- 1.4. Proteção: Principal forma de prevenção contra **tétano** (doença grave e potencialmente fatal, não transmissível de pessoa a pessoa, causada por bactéria, e transmitida por ferimento na pele ou mucosa); e **difteria** (doença transmissível, com possibilidade de agravamento, causada por bactéria).
- 1.5. Possíveis eventos adversos: Em ordem de frequência, podem ocorrer manifestações locais (dor, calor, edema, coceira), manifestações gerais (febre baixa a moderada, cefaléia, irritabilidade, sonolência, vômito), hipersensibilidade (reação de Arthus, síndrome de Guillain-Barré, anafilaxia). Podem acontecer nas primeiras 2 horas até 48 horas após a aplicação.

2. VACINA: DIFTERIA, TÉTANO, *PERTUSSIS* (dTpa acelar)

- 2.1. Esquema básico: Uma dose. Grupo recomendado: Todos os profissionais da saúde, parteiras tradicionais e estagiários da área da saúde que atuam em maternidades, berçários e em unidades de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI Canguru), com atendimento de recém-nascidos.
- 2.2. Reforço: Uma dose a cada 10 anos.
- 2.3. Intervalo entre as doses: 10 anos (mínimo 5 anos em caso de ferimentos graves ou se contato de difteria).
- 2.4. Proteção: Principal forma de prevenção contra **difteria** (doença transmissível, com possibilidade de agravamento, causada por bactéria); **tétano** (doença grave e potencialmente fatal, não transmissível de pessoa a pessoa, causada por bactéria, e transmitida por ferimento na pele ou mucosa); e **coqueluche** (infecção respiratória, transmissível de pessoa a pessoa e causada por bactéria, com possibilidade de agravamento, principalmente para crianças menores de 6 meses).
- 2.5. Possíveis eventos adversos: Em ordem de frequência, podem ocorrer manifestações locais (dor, calor, edema, nódulos subcutâneos, abscesso quente), manifestações gerais (febre baixa a moderada, neuropatia do plexo braquial, cefaléia, irritabilidade, sonolência, vômito), hipersensibilidade (reação de Arthus, síndrome de Guillain-Barré, anafilaxia). Podem acontecer nas primeiras 2 horas até 48 horas após a aplicação.

3. VACINA: HEPATITE B (HepB recombinante)

- 3.1. Esquema básico: Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal
- 3.2. Reforço: Não tem.
- 3.3. Intervalo entre as doses: 2ª dose – 1 mês após 1ª dose; 3ª dose – 6 meses após 1ª dose.
Mínimo: 2ª dose – 1 mês após 1ª dose; 3ª dose – 4 meses após 1ª dose.
- 3.4. Proteção: Principal forma de prevenção contra **hepatite B** (doença causada por vírus, transmissível verticalmente durante a gestação ou por relação sexual e compartilhamento de objetos pessoais, sem cura, que pode ocasionar infecção hepática aguda ou crônica, cirrose ou carcinoma hepatocelular).
- 3.5. Possíveis eventos adversos: Em ordem de frequência, podem ocorrer manifestações locais (dor, rubor, enduração, abscesso), manifestações gerais (febre, fadiga, tontura, cefaleia, irritabilidade, desconforto gastrointestinal), púrpura trombocitopênica, hipersensibilidade (anafilaxia). Podem acontecer na primeira hora da aplicação até 72 horas depois.

4. VACINA: COVID-19

- 4.1. Esquema básico: Uma dose do imunizante disponível e recomendado para a faixa etária, independentemente da quantidade de doses prévias. Grupo especial: Inclui trabalhadores da saúde.
- 4.2. Reforço: Uma dose anual.
- 4.3. Proteção: Principal forma de prevenção contra a **covid-19** (infecção respiratória aguda causada por vírus, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global).
- 4.4. Possíveis eventos adversos: Podem ocorrer manifestações locais (dor, calor, coceira, sensibilidade, hematomas), manifestações gerais (fadiga, calafrios, cefaleia, náusea, dores musculares e articulares, diarreia, sintomas gripais como dor de garganta, coriza e tosse, febre). Podem acontecer até 48 horas após a aplicação.

Referências:

- BRASIL. Calendário Técnico Nacional de Vacinação do Adulto e do Idoso. ([Calendário Técnico Nacional de Vacinação do Adulto e do Idoso — Ministério da Saúde](#)).
- BRASIL. Covid-19. Esquemas vacinais. Esquema vacinal Covid-19. ([Esquema vacinal Covid-19 — Ministério da Saúde](#)).
- BRASIL. Coqueluche – Saiba mais. ([Coqueluche — Ministério da Saúde](#)).
- BRASIL. Difteria – Saiba mais. ([Difteria — Ministério da Saúde](#)).
- BRASIL. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação. ([Manuais — Ministério da Saúde](#)).
- BRASIL. Saúde de A a Z. Covid-19. ([Covid-19 — Ministério da Saúde](#)).
- BRASIL. Saúde de A a Z. Hepatites Virais. ([Hepatite B — Ministério da Saúde](#)).
- BRASIL. Tétano – Saiba mais. ([Tétano — Ministério da Saúde](#)).
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Efeitos colaterais das vacinas COVID-19. ([Efeitos colaterais das vacinas COVID-19](#)).