

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

## 1. OBJETIVO

Definir os procedimentos para a realização dos exames ocupacionais dos colaboradores da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC/UFPA.

## 2. SIGLAS

- ASO:** Atestado de Saúde Ocupacional  
**CAT:** Comunicação de Acidente de Trabalho  
**EBSEH:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
**HUAC:** Hospital Universitário Alcides Carneiro  
**INSS:** Instituto Nacional do Seguro Social  
**MTE:** Ministério do Trabalho e Emprego  
**PCMSO:** Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional  
**PPRA:** Programa de Prevenção de Riscos Ambientais  
**POP:** Procedimento Operacional Padrão  
**SOST:** Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

## 3. MATERIAL

Não aplicável.

## 4. CAMPO DE APLICAÇÃO

Este procedimento é aplicado exclusivamente à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, no âmbito do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC.

## 5. DEFINIÇÕES

Para fins deste **POP**, entende-se por:

- **Empregadora:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, criada em 2011 pela Lei Nº 12.550 com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de recuperação dos Hospitais Universitários Federais.
- **SOST:** responsável pelas ações voltadas à preservação da saúde e integridade física dos trabalhadores;



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

- **Colaborador:** empregados públicos do quadro efetivo da empresa e ocupantes de cargos em comissão ou função gratificada;

- **Exame Ocupacional:** avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental, e exames complementares realizados de acordo com os termos específicos da NR-7 e seus anexos;

- **Nexo Causal:** vínculo que se estabelece entre a execução da tarefa (causa) e o acidente do trabalho ou doença ocupacional (efeito);

- **Prontuário de Saúde Ocupacional:** união de todos os documentos que registram procedimentos, exames, condições físicas e demais informações dos colaboradores.

## 6. RESPONSABILIDADES

### 6.1. Da Empregadora:

- Aprovar e garantir a implementação do POP, bem como zelar pela sua eficácia;
- Avaliar recursos para sua execução, sem onerar o colaborador em nenhum procedimento;
- Demais responsabilidades atribuídas na legislação trabalhista.

### 6.2. Do Médico Coordenador:

- Implantar POP vinculado ao PCMSO;
- Planejar e monitorar a realização dos exames ocupacionais, atendendo ao prazo de validade do ASO;
- Planejar e executar ações de promoção da saúde e prevenção e controle dos agravos à saúde relacionados aos riscos ocupacionais identificados;
- Solicitar o afastamento do colaborador do trabalho ou da exposição a risco quando constatada doença ocupacional e relatar quais medidas específicas de controle podem ser adotadas;
- Realizar exame clínico ocupacional, registrar em prontuário e emitir o Atestado de Saúde Ocupacional em 02 vias, sendo 01 entregue ao colaborador;
- Solicitar Parecer ao médico especialista, se julgar necessário;
- Registrar e avaliar os casos de doença ocupacional;
- Esclarecer ao colaborador sobre possíveis achados clínicos de seu exame ocupacional e orientar meios de prevenção do adoecimento;
- Orientar os colaboradores a respeito das normas de saúde e segurança do trabalho, estimulando-os em favor da prevenção de doenças e acidentes de trabalho.

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

### 6.3. Enfermagem do Trabalho:

- Executar o POP vinculado ao PCMSO;
- Realizar sensibilização dos colaboradores por meio de cartilhas e/ou meio eletrônico (boletim informativo e/ou correio eletrônico);
- Elaborar cronograma e convocar os colaboradores para os exames ocupacionais;
- Solicitar e avaliar carteira de vacinação dos colaboradores. Na falta de recebimento de vacina, encaminhar colaborador para atualizar a mesma;
- Monitorar a realização dos exames ocupacionais, atentando ao prazo de validade do ASO e mantendo o controle dos registros em prontuário, para fins de comprovação perante aos órgãos judiciais e de controle;
- Entregar a solicitação de exames complementares conforme prescrição da médica do trabalho;
- Orientar o colaborador sobre o preparo para realização de exames complementares;
- Verificar sinais vitais e antropométricos;
- Arquivar ASO no prontuário de saúde ocupacional do colaborador;
- Em parceria com a segurança do trabalho, orientar os colaboradores a respeito das normas de saúde e segurança do trabalho, estimulando-os em favor da prevenção de doenças e acidentes de trabalho;
- Em parceria com a segurança do trabalho, investigar as causas quando constatado doença ocupacional.

### 6.4 Divisão de Gestão de Pessoas

- Comunicar com antecedência sobre a realização de contratações de colaboradores;
- Comunicar os casos de nomeação e exoneração de servidores cedidos, para o exercício de função gratificada ou cargo em comissão;
- Informar e encaminhar com antecedência ao SOST os casos de movimentação e rescisão de contrato de trabalho;
- Adotar os procedimentos necessários para aplicação das medidas disciplinares aos colaboradores que não comparecerem, sem justificativa, para a realização dos exames médicos ocupacionais.

### 6.5 Dos Colaboradores:

- Comparecer à sala da Saúde Ocupacional, sempre que convocado conforme prevê o Regulamento de Pessoal da EBSEH, em seu capítulo XIII, artigo 37, inciso XVII;
- Cumprir as normas de saúde e segurança do trabalho.

### 6.6 Da Chefia Imediata:

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

- Ter conhecimento e colaborar com a aplicação do POP, liberando os colaboradores em seus horários de trabalho para a realização dos exames ocupacionais.

## 7. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

### 7.1 Os exames médicos ocupacionais têm por objetivo a avaliação:

- Da saúde no aspecto geral;
- Da capacidade laborativa;
- Das possíveis repercussões do trabalho sobre a saúde.

### 7.2 O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos seguintes exames médicos:

- Admissional;
- Periódico;
- De Retorno ao Trabalho;
- De Mudança de Função;
- Demissional.

Os exames descritos acima compreendem:

- **Avaliação clínica**, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental;
- **Exames complementares**, realizados de acordo com os termos especificados na NR-7 e seus anexos.

#### a) Exame Admissional

O candidato aprovado em processo seletivo será encaminhado pela DIVGP para realização deste exame pelo Médico do Trabalho do SOST, antes que aquele assuma suas atividades.

O atestado de Saúde Ocupacional será emitido após a conclusão do exame clínico e avaliação dos exames complementares, em 2 vias, ficando uma via no prontuário e outra com o colaborador. No exame admissional das pessoas portadoras de deficiência, o Médico do Trabalho deverá emitir o Laudo Médico para Pessoas com Deficiência e colher assinatura do colaborador. Uma cópia de toda a documentação médica especializada que comprove a condição alegada deve ser anexada ao prontuário de saúde ocupacional do colaborador, junto com o laudo.

#### b) Exame Periódico

Deve ser realizado de acordo com os seguintes intervalos:

- 1) Para empregados das áreas administrativa e assistencial (com exceção dos empregados expostos a radiações ionizantes): anualmente;

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

2) Para empregados expostos a radiações ionizantes: a cada seis meses.

- O SOST SAÚDE deve informar ao próprio colaborador a data de programação para o exame periódico;
- Os colaboradores deverão retirar a requisição para os exames complementares no SOST-SAÚDE;
- Os colaboradores farão os exames no Laboratório de Análises Clínicas do próprio HUAC e o resultado dos mesmos deverá ser entregue ao SOST-SAÚDE para agendamento da consulta;
- Todos os resultados serão lançados na planilha;
- O funcionário deverá comparecer no local, data e horário estabelecidos para a realização do exame médico;
- Após a realização do exame periódico, o SOST deverá registrar na planilha a data da sua efetiva realização;
- Se o colaborador for considerado inapto na avaliação, será encaminhado para tratamento médico ou INSS;

#### **c) Exame de Mudança de Função**

O exame deve obrigatoriamente ser realizado antes da data da mudança, e desde que a “alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor implique a exposição do trabalhador a risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança”.

Antes que o colaborador mude para outra função/setor, caberá as chefias informar ao SOST que haverá uma mudança, e verificar se será necessário o exame.

#### **d) Exame de Retorno ao Trabalho**

Este exame deve ser realizado antes que o colaborador reassuma suas atividades, quando ausente por um período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou por parto. Tem como objetivo atestar se o funcionário está apto ou não a voltar às suas atividades e a avaliação médica deve definir a necessidade de retorno gradativo ao trabalho.

O SOST acompanha os afastamentos e comunica o colaborador, através de e-mail e por telefone, a data agendada para o seu exame de retorno ao trabalho.

#### **e) Exame Demissional**

O exame clínico deve ser realizado até a data da homologação, podendo ser dispensado do exame clínico ocupacional caso o colaborador tenha realizado algum outro exame ocupacional há menos de 90 dias (para empresas com o CNAE enquadrado com ou grau de risco 3 ou 4).

### **7.3. Atestado de Saúde Ocupacional:**

Todo exame médico ocupacional resulta na emissão do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO em duas vias, assim destinadas:

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

Primeira via: arquivada no prontuário de saúde ocupacional à disposição da fiscalização do trabalho;

Segunda via: obrigatoriamente, entregue ao colaborador mediante recibo na primeira via.

#### **7.4. O ASO deverá conter, no mínimo:**

- a) Identificação pessoal do colaborador (nome completo, data de nascimento, sexo e registro geral);
- b) Identificação profissional do colaborador (matrícula SIAPE, função e lotação);
- c) Discriminação dos riscos ocupacionais específicos, a que esteja exposto ou o registro da ausência deles;
- d) Discriminação dos exames médicos (clínico e complementares obrigatórios) a que foi submetido com suas respectivas datas;
- e) Definição da aptidão ou inaptidão para a função que exerce ou exercerá;
- f) Identificação do (a) médico(a) do trabalho coordenador (a) e CRM;
- g) Identificação e assinatura do(a) médico (a) examinador (a) com carimbo;
- h) Local e data do ASO;
- i) Assinatura do colaborador examinado na primeira via (recibo da segunda via).

#### **7.5. Parâmetros para aptidão à função:**

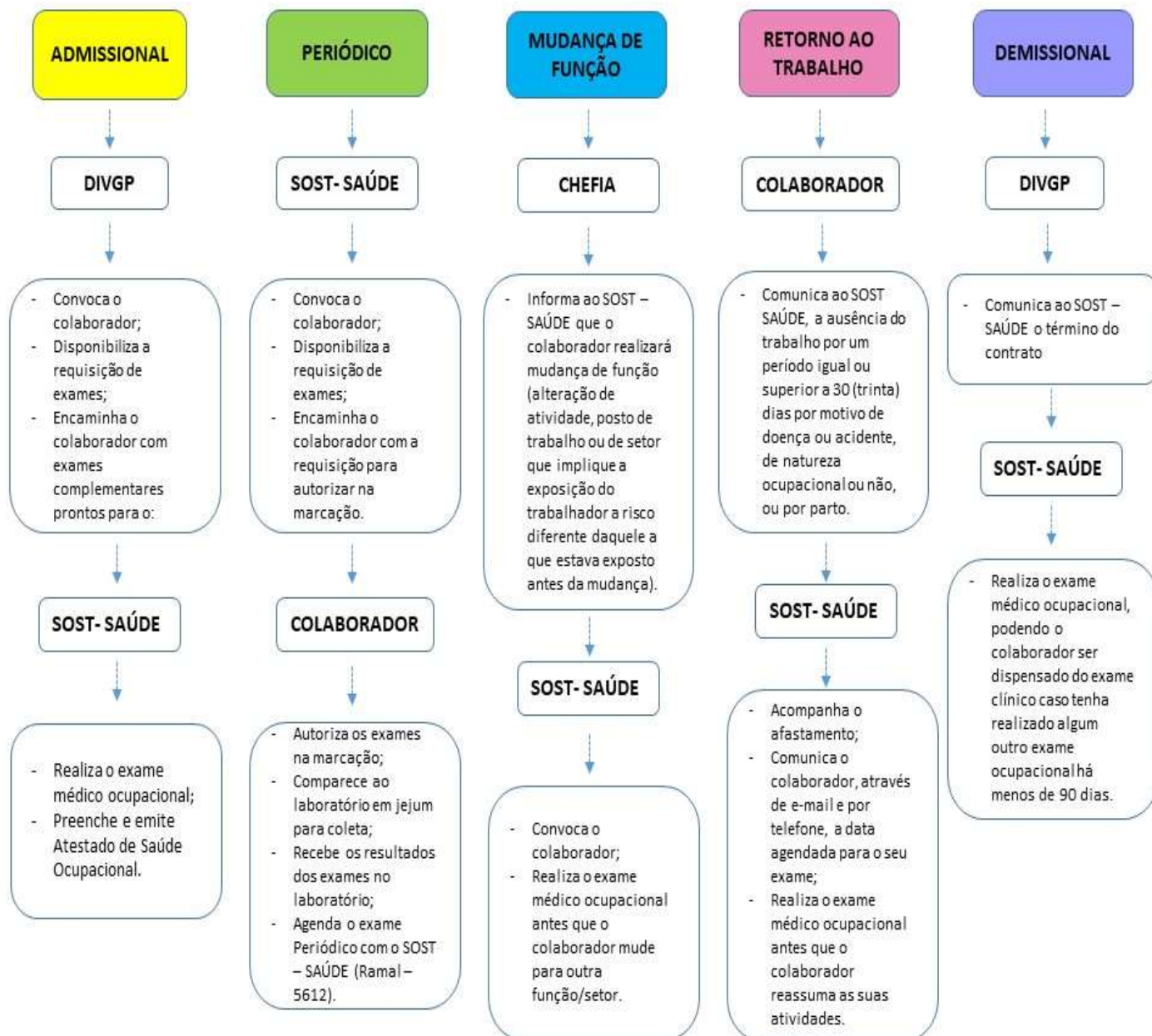
- Apto: colaborador possuidor de condições de sanidade física e psíquica compatíveis com o desempenho da função proposta;

- Inapto: colaborador com incapacidade para o desempenho da função proposta será encaminhado ao médico coordenador para análise em conjunto com o médico examinador, quando houver.

- Apto com recomendação: colaborador portador de alguma patologia (morbidade) que não o incapacite totalmente para sua atividade (deve obrigatoriamente constar em PARECER MÉDICO que será anexado ao prontuário ocupacional do colaborador (a), a discriminação da recomendação, incluindo o seu caráter temporário, com fixação de prazo para novo exame médico).

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

## 8. FLUXOGRAMA



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

## 9. REFERÊNCIAS

NR 7 - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL, Texto dado pela Portaria SSST nº 24, de 29 de dezembro de 1994).

Procedimento Operacional Padrão (POP) – Administrativo, referente a Realização de Exames Ocupacionais do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

## 10. HISTÓRICO DAS REVISÕES



VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	15/04/2021	Elaboração e emissão do documento

<b>Elaboração:</b> Danielly Vieira de Araújo – Médico do Trabalho – HUAC/UFCG/EBSEH Jéssica Jeórgia Rocha Diniz – Enfermeira do Trabalho - HUAC/UFCG/EBSEH Michelle Neves da Silva – Enfermeira do Trabalho - HUAC/UFCG/EBSEH	<b>Data:</b> 15/04/21
<b>Análise</b> Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz – Técnica em enfermagem do GQVS	<b>Data:</b> 08/09/21
<b>Validação:</b> Andréia Oliveira Barros Sousa – Chefe do SVSSP	<b>Data:</b> 08/11/2021
<b>Aprovação:</b> Joelma Alexandre Farias – Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas HUAC/UFCG/EBSEH	<b>Data:</b> 12/05/21

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

## 11. ANEXOS

### 11.1 FICHA CLÍNICA OCUPACIONAL

	<b>EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO - SOST		Versão: 02 Data: 24/05/2018
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

FICHA CLÍNICA OCUPACIONAL			
Nome:	Data de Nascimento:	Idade:	ANOS
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidade:	CPF:	Matrícula:
Cargo/Função:	Lotação:		
Telefone de Contato:	Data do Atendimento:		
( ) <b>ADMISSIONAL</b> ( ) <b>PERIÓDICO</b> ( ) <b>RETORNO AO TRABALHO</b> ( ) <b>MUDANÇA DE FUNÇÃO</b> ( ) <b>DEMISSIONAL</b>			
Risco(s) Ocupacional(is): ( ) <b>Físico</b> ( ) <b>Químico</b> ( ) <b>Biológico</b> ( ) <b>Ergonômico</b> ( ) <b>Acidentes</b> ( ) <b>Sem riscos específicos</b>			

ANAMNESE OCUPACIONAL					
<b>História Ocupacional Progressa</b>					
Empresa	Setor	Cargo/Função	Período	Risco(s) Ocupacional(is)	EPC / EPI
					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar:
					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar:
					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar:
Observações:					
<b>História Ocupacional Atual</b>					
Regime de trabalho:					
Possui outro (s) vínculo (s) / emprego (s)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em caso afirmativo, especificar:					
ACIDENTE DE TRABALHO					
Sofreu acidente de trabalho nos últimos dois anos?					
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, sem afastamento <input type="checkbox"/> Sim, com afastamento de até 15 dias <input type="checkbox"/> Sim, com afastamento maior de 15 dias					
Tipo de acidente:					
<input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Doença ocupacional <input type="checkbox"/> Doença / nexos equiparada(o)					
Descrição do acidente:					

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

ANAMNESE CLÍNICA			
<b>Antecedentes Mórbidos:</b> Assinalar X em caso afirmativo e especificar, se necessário, em "Observações".			
01- Viroses da infância	<input type="checkbox"/>	08- Hemotransfusões	<input type="checkbox"/>
02- Hipertensão arterial sistêmica	<input type="checkbox"/>	09- Traumas	<input type="checkbox"/>
03- Diabetes ou pré-diabetes	<input type="checkbox"/>	10- Patologias da tireóide	<input type="checkbox"/>
04- Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	11- Patologias do sistema nervoso	<input type="checkbox"/>
05- Alergias	<input type="checkbox"/>	12- Patologias psiquiátricas	<input type="checkbox"/>
06- Internamentos clínicos	<input type="checkbox"/>	13- Patologias do sistema respiratório	<input type="checkbox"/>
07- Cirurgias	<input type="checkbox"/>	14- Patologias do aparelho cardiovascular	<input type="checkbox"/>
		15- Patologias do sistema digestivo	<input type="checkbox"/>
		16- Patologias do sistema osteomuscular	<input type="checkbox"/>
		17- Doença sexualmente transmissível	<input type="checkbox"/>
		18- Neoplasia	<input type="checkbox"/>
		19- Hanseníase	<input type="checkbox"/>
		20- Tuberculose	<input type="checkbox"/>
		21- Outros	<input type="checkbox"/>
<b>Observações:</b>			
Uso atual de medicação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo, especificar:			
<b>Situação vacinal:</b>			
<input type="checkbox"/> Cartão com vacinas em dia <input type="checkbox"/> Cartão com vacinas em atraso <input type="checkbox"/> Não possui/perdeu cartão			

Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos		NÃO SE APLICA ( )	
Menarca aos _____ anos.		Ciclos menstruais:	<input type="checkbox"/> regulares <input type="checkbox"/> irregulares
Número de gestações:	Número de partos:	Número de abortamentos:	
Utiliza método anticoncepcional: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Data da última menstruação:	
Em caso afirmativo, especificar:			
<b>Observações:</b>			

Antecedentes Familiares (parentes de 1º e 2º graus)			
Patologia	Parentesco	Patologia	Parentesco
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica		<input type="checkbox"/> Patologias do sistema nervoso	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Patologias psiquiátricas	
<input type="checkbox"/> Cardiopatia		<input type="checkbox"/> Neoplasia	
<input type="checkbox"/> Infarto agudo do miocárdio		<input type="checkbox"/> Hanseníase	
<input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico		<input type="checkbox"/> Tuberculose	
<b>Observações:</b>			

Hábitos de Vida	
<b>Tabagismo</b>	
<input type="checkbox"/> Não fumante	<input type="checkbox"/> Fumante
	<input type="checkbox"/> Ex-fumante
Fuma há _____ anos	Fumou durante _____ anos
Quantidade: _____ unidades/dia	Abstêmio há _____ semanas ( ) meses ( ) anos ( )
	Quantidade: _____ unidades/dia

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

**Uso de bebidas alcoólicas**

Nunca                       Sim                       Atualmente não

Bebe há \_\_\_\_\_ anos                      Abstêmio há \_\_\_\_\_ semanas ( ) meses ( ) anos ( )

Consumo/2 últimas semanas: \_\_\_\_\_                      Bebeu durante \_\_\_\_\_ anos

Tipo de bebida: \_\_\_\_\_                      Tipo de bebida: \_\_\_\_\_

---

**Uso de outras drogas**

Sim     Não

Em caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

---

**Atividade física**

Sim     Não

Em caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

---

**Ritmo de sono**

Normal     Alterado

Se alterado, especificar: \_\_\_\_\_

---

**Lazer**

Nunca     Esporadicamente     Frequentemente

Qual tipo? \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL**

---

**EXAME FÍSICO**

Peso: Kg    Altura: m    IMC: Kg/ m<sup>2</sup>    Circunferência abdominal: cm    FC: bpm    PA: mmHg

**Por segmento:** (N = normal    A = alterado    Ø = não examinado)

	N	A	Ø		N	A	Ø
01. Aspecto geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08. Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09. Abdome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Pele e fâneros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Coluna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Cabeça (olhos, nariz, ouvidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Membros superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Pescoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Membros inferiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Boca e dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Sistema nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Orofaringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Psiquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se alterado, especificar: \_\_\_\_\_

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

## 11.2 FICHA CLÍNICA OCUPACIONAL – ATENDIMENTO SUBSEQUENTE

EXAMES DE AUXÍLIO DIAGNÓSTICO:			
Exame	Data	Resultado	Conclusão (Normal/Alterado)
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E/OU CONDUTA

CONCLUSÃO	
<input type="checkbox"/> APTO PARA A FUNÇÃO <input type="checkbox"/> INAPTO PARA A FUNÇÃO	<input type="checkbox"/> Exame não concluído
OBSERVAÇÕES:	



Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Declaro serem verídicas as informações prestadas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura com carimbo do médico encarregado do exame

\_\_\_\_\_  
Assinatura do empregado

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

	<b>EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO - SOST	
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

FICHA CLÍNICA OCUPACIONAL – ATENDIMENTO SUBSEQUENTE	
Nome:	Idade: ANOS
Identidade:	CPF: Matrícula:
Cargo/Função:	Lotação:
Data de Admissão:	Data do Atendimento:
Exame: ( ) PERIÓDICO ( ) RETORNO AO TRABALHO ( ) DEMISSIONAL ( ) MUDANÇA DE FUNÇÃO - De _____ Para: _____	
Risco(s) ocupacional(is): ( ) Físico ( ) Químico ( ) Biológico ( ) Ergonômico ( ) Acidentes ( ) Sem riscos específicos	

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL
Uso atual de medicação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo, especificar:
Situação vacinal: <input type="checkbox"/> Cartão com vacinas em dia <input type="checkbox"/> Cartão com vacinas em atraso <input type="checkbox"/> Não possui/perdeu cartão

EXAME FÍSICO							
Peso: Kg	Altura: m	IMC: Kg/m <sup>2</sup>	Circunferência abdominal: cm	FC: bpm			
PA: mmHg							
<b>Por segmento:</b>	(N = normal A = alterado Ø = não examinado)						
	N	A	Ø		N	A	Ø
01. Aspecto geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09. Orofaringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Mucosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Abdome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Pele e fâneros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Coluna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Cabeça (olhos, nariz, ouvidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Membros superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Pescoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Membros inferiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Gânglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Sistema nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Boca e dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Psiquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se alterado, especificar:							

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

EXAMES DE AUXÍLIO DIAGNÓSTICO:			
Exame	Data	Resultado	Conclusão (Normal/Alterado)
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E/OU CONDUTA

CONCLUSÃO		
<input type="checkbox"/> APTO(A) PARA A FUNÇÃO	<input type="checkbox"/> INAPTO(A) PARA A FUNÇÃO	<input type="checkbox"/> Exame não concluído
OBSERVAÇÕES:		

Campina Grande, PB \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



Declaro serem verídicas as informações prestadas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura com carimbo do médico encarregado do exame

\_\_\_\_\_  
Assinatura do empregado



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

### 11.2 ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

	<b>ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO</b>			Versão: 03 Data: 23/06/2018
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC CNPJ: 15.126.437/0032-40				
<input type="checkbox"/> Admissional <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Mudança de Função <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho <input type="checkbox"/> Demissional				
<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO</b>				
NOME:				
IDENTIDADE:		CPF:	MATRÍCULA:	
CARGO/FUNÇÃO:			LOTAÇÃO:	
<b>EXPOSIÇÃO A AGENTES DE RISCO ESPECÍFICOS</b>				
<input type="checkbox"/> Físicos:				
<input type="checkbox"/> Químicos:				
<input type="checkbox"/> Biológicos:				
<input type="checkbox"/> Ausência de riscos específicos				
<b>PROCEDIMENTO(S) MÉDICO(S) A QUE FOI SUBMETIDO</b>				
EXAME	DATA	EXAME	DATA	
<b>CONCLUSÃO</b>				
<input type="checkbox"/> APTO PARA A FUNÇÃO <input type="checkbox"/> INAPTO PARA A FUNÇÃO				
OBSERVAÇÕES: _____				
MÉDICO COORDENADOR:	CRM/PB:	TELEFONE:	E-MAIL:	
Danielly Vieira de Araújo	5426	(83) 2101-5612	danielly.araujo@ebserh.gov.br	
MÉDICO ENCARGADO DO EXAME:	CRM/PB:	TELEFONE:	E-MAIL:	
Danielly Vieira de Araújo	5426	(83) 2101-5612	danielly.araujo@ebserh.gov.br	
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ENCARGADO DO EXAME		ASSINATURA DO EMPREGADO		
Campina Grande - PB,				

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

### 11.3 LAUDO MÉDICO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

	<b>LAUDO MÉDICO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b>	
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Empregado(a):		
Identidade:	Cargo:	Data de Admissão: / /
Natureza da Deficiência: <input type="checkbox"/> Congênita <input type="checkbox"/> Adquirida	Origem da Deficiência Adquirida: <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Acidente comum	
<b>Descrição da Deficiência</b> (incluindo as interferências funcionais promovidas pela mesma e a CID-10):		

CONCLUSÃO
O(A) empregado(a) foi enquadrado(a) como portador(a) da deficiência, nos termos do Decreto nº 3.298/1999 em seus artigos 3º e 4º, com alterações introduzidas pelo artigo 70 do Decreto nº 5.296/2004, no inciso abaixo:
<input type="checkbox"/> <b>I- DEFICIÊNCIA FÍSICA:</b> alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.
<input type="checkbox"/> <b>II- DEFICIÊNCIA AUDITIVA:</b> perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. <b>OBS.: Anexar audiometria.</b>
<input type="checkbox"/> <b>III- DEFICIÊNCIA VISUAL:</b> cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. <b>OBS.: Anexar laudo oftalmológico.</b>
<input type="checkbox"/> <b>IV- DEFICIÊNCIA MENTAL:</b> funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho. <b>OBS.: Anexar laudo do especialista.</b>
<input type="checkbox"/> <b>V- DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA:</b> associação de duas ou mais deficiências. (Assinalar cada uma acima)

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.SOST.009 – Página	
Título do Documento	<b>REALIZAÇÃO DE EXAMES OCUPACIONAIS</b>	Emissão: 19/11/2021	Próxima revisão: 19/11/2023
		Versão: 1	

**Visão Monocular:** cegueira (acuidade visual igual ou menor que 0,05) ou baixa visão (acuidade visual entre 0,3 e 0,05) unilateral. (Conforme a Súmula STJ nº 377, a Súmula AGU nº 45 e o Parecer CONJUR/MTE nº 444, a visão monocular é considerada Deficiência Visual para a concorrência de vagas restritas às pessoas portadoras de deficiência em concursos públicos e para o preenchimento de cotas em empresas privadas.)

**OBS.: Anexar laudo oftalmológico.**

Assinatura e carimbo do Médico(a) do Trabalho:

\_\_\_\_\_  
**Danielly Vieira de Araújo**  
Médica do Trabalho  
CRM - PB 5426  
Matrícula SIAPE: 1372610

Estou ciente de que fui enquadrado(a) na cota de deficientes da empresa.  
Autorizo a divulgação deste laudo ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Local e data:

Assinatura do(a) empregado(a):

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_