



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Termo de adesão de participação da experiência piloto para realização de perícias médicas com uso de telemedicina, enquanto perdurarem os efeitos da crise ocasionada pela pandemia do novo Coronavírus

Nome da Empresa: _____

CNPJ: _____

Representante legal da empresa: _____

CPF: _____

e-mail para agendamento: _____

Informo que os seguintes médicos do trabalho e Empregados Administrativos são contratados e possuem competência para acompanhar os empregados desta empresa.

Médicos do Trabalho

1. Nome: _____

CPF: _____

CRM: _____

2. Nome: _____

CPF: _____

CRM: _____

Empregados Administrativos

1. Nome: _____

CPF: _____

RG: _____

2. Nome: _____

CPF: _____

RG: _____



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Nome do Segurado: _____

RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Telefones: () _____ - _____, () _____ - _____

Ficam os servidores Administrativos aqui elencados, designados como responsáveis por:

- a. identificar o postulante ao benefício por incapacidade temporária, sob as penas da lei, inclusive com o acesso à sala para tal finalidade e a juntada de documento de identificação oficial, com foto, em cópia digitalizada;
- b. anexar documentos médicos cabíveis (atestado médico, exames complementares, comprovante de internação hospitalar e outros) e o relatório médico de encaminhamento do empregado à Previdência Social para fins de benefício por incapacidade elaborado pelo médico do trabalho da empresa, conforme anexo;
- c. garantir o compartilhamento do link da sala de perícia a terceiros; e
- d. efetuar o agendamento da perícia presencial.

_____, ____ de _____ de 2020

Representante legal da empresa



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

RELATÓRIO MÉDICO PARA ENCAMINHAMENTO DO TRABALHADOR À PREVIDÊNCIA SOCIAL PARA FINS DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

1. Nome:

2. CNPJ:

3. Endereço:

4. Cidade:

5. UF:

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO

6. Nome:

7. Data de nascimento:

8. RG:

9. CPF:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO DO TRABALHO QUE REALIZOU O EXAME E O RELATÓRIO MÉDICO

10. Nome:

11. CRM/RQE em Medicina do Trabalho:

HISTÓRICO OCUPACIONAL

12. Data de admissão do empregado na empresa:

13. Função para a qual foi admitido:

14. Função atualmente desempenhada:

14.1. Descrição da atividade realizada (posto de trabalho, jornada de trabalho/trabalho em turnos, há quanto tempo está nesta atividade):

14.2. Registro dos riscos ocupacionais específicos da atividade realizada, ambiente e condições de trabalho (mímica profissional/gestos profissionais, grau de esforço



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

físico, mental e de atenção requeridos, sobrecarga de grupamento(s) muscular(es), equipamentos utilizados, condições do ambiente de trabalho, organização do trabalho, pausas, fatores psicossociais, etc):

14.3. De acordo com os riscos ocupacionais observados, há necessidade de EPC ou do uso de EPI pelo empregado? Caso positivo, especificar.

15. Houve alteração de função/atividade por readaptação ou reabilitação profissional? Caso positivo, qual a nova função/atividade?

ENCAMINHAMENTO À PREVIDÊNCIA SOCIAL

16. Função/Atividade que desempenhava no momento do afastamento do trabalho:

17. Motivo do afastamento do trabalho:

18. Data de afastamento do trabalho:

19. Houve afastamentos anteriores pela mesma causa? Caso positivo, informar quando.

ANAMNESE CLÍNICA-OCUPACIONAL

20. Descrever História da Doença Atual; tratamento(s) realizado(s) (descrever medicações com dosagem e posologia); exames complementares/resultados; ocorrência de acidente de trabalho (atuais e passados que possam ter relação com a atual incapacidade); ocorrência de acidentes extra laborais; história patológica progressiva; história familiar e social.

AVALIAÇÃO CLÍNICA (EXAME FÍSICO E MENTAL)

21. Registradas informações referentes a aspectos gerais do examinado e os relacionados ao exame de aparelhos e sistemas, com ênfase principalmente aos elementos que guardam relação direta com a(s) queixa(s) ou o(s) motivo(s) de afastamento do trabalho e a atividade laborativa realizada: postura, marcha, capacidade de comunicação e entendimento, comportamento, capacidade de manuseio de objetos e pertences, alterações músculo-esqueléticas, limitações de mobilidade, força muscular, restrições de arco de movimento articular, descrição de feridas, lesões e cicatrizes (localização, extensão, coloração, presença de secreções ou sinais flogísticos locais), aferição de sinais vitais, biometria, achados de ausculta e palpação. Descrever resultados de testes de semiologia aplicados.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

22. De acordo com a avaliação realizada e as informações registradas neste relatório conclui-se haver inaptidão para permanência na atividade/função?

Justificar.

_____, ____ de _____ de 2020

Assinatura do Médico do Trabalho