

# **PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional**

## **FUNCABES – FUNDAÇÃO CAIXA BENEFICENTE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ (Convênio - Creche)**

**2022/2023**

**Saúde Ocupacional**  
ENDEREÇO: Rua Av Nove de julho, 245 - CEP: 12020-200 – Centro  
Taubaté/SP

DATA DA ELABORAÇÃO	DATA DO VENCIMENTO
Novembro 2022	Novembro 2023

**CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA**

RAZÃO SOCIAL	FUNCABES-FUNDAÇÃO CAIXA BENEFICENTE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ	
CNPJ	51.637.593/0001-32	
ATIVIDADE DA EMPRESA	Regulação das atividades de saúde, educação, serviços culturais e outros serviços sociais.	
CNAE	84.12-4-00	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	N/A	
GRAU DE RISCO	1	
ENDEREÇO	Av Nove de julho, 245 - CEP- 12.020.200 Centro Taubaté/SP	
ELABORAÇÃO	Novembro 2022	
Nº DE FUNCIONÁRIOS	<b>Homens</b>	169
	<b>Mulheres</b>	985
	<b>Total</b>	1154
HORÁRIO DE TRABALHO	Educação/Creches: das 07hs às 17hs ou Sede /Administração: das 08hs às 18hs Sábado e Domingo livres.	
RESPONSÁVEL PELA EMPRESA	Diretora Presidente :Maria Ângela Petrini.	
VIGÊNCIA	Novembro 2022 a novembro 2023	

**RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PCMSO**

NOME: Dr. Auro Fabio Bornia Ortega	
FUNÇÃO: Médico Coordenador do PCMSO	CRM: 60.395

## SUMÁRIO

1. CONTROLE DE REVISÕES.....	4
2. REFERÊNCIAS TÉCNICAS E LEGAIS.....	5
3. OBJETIVO.....	5
4. DIRETRIZES.....	5
4.1 A EMPRESA.....	5
4.2 PLANEJAMENTO.....	5
4.3 CUSTOS.....	5
5. RESPONSABILIDADES.....	5
5.1 COMPETE AO EMPREGADOR.....	5
5.2 COMPETE AO MÉDICO COORDENADOR DO PCMSO.....	5
5.3 COMPETE AO TRABALHADOR.....	6
6. DESENVOLVIMENTO DO PCMSO.....	6
6.1 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL.....	6
6.2 TIPOS DE EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS:.....	6
6.3 TIPOS DE AGENTES.....	6
6.4 AÇÕES PREVISTAS.....	6
7. PROCEDIMENTOS.....	6
7.1 EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS.....	6
7.2 ITENS MÍNIMOS DO ASO.....	7
7.3 RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES.....	7
7.4 DOENÇAS OCUPACIONAIS.....	7
7.5 PARA REGISTRO E ARQUIVAMENTO DE DADOS.....	7
8. RELATÓRIO ANUAL.....	8
9. PLANILHA DE EXAMES COMPLEMENTARES.....	8
9.1 PLANILHA DE EXAMES COMPLEMENTARES.....	8
10. ANEXOS.....	11
11. ENCERRAMENTO.....	11



## 2. REFERÊNCIAS TÉCNICAS E LEGAIS

- Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977 – Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho.
- Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978 – Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V do Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, e suas subseqüentes modificações (tendo como base: portaria nº 24, de 29 de dezembro de 1994, do Ministério do Trabalho e Emprego – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Portaria nº 8, da SSST/ MTE, de 08 de maio de 1996, republicada em 13 de maio do mesmo ano, estabelece a obrigatoriedade por parte das empresas, da elaboração e implementação de um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) – NR 7).
- Convenção Nº 161 da OIT – Serviços de Saúde no Trabalho. Ratificada pelo Governo Brasileiro em 18/05/1990.
- Resolução Nº 171 da OIT – Programa de Vigilância do Ambiente de Trabalho e à Saúde dos Trabalhadores.
- Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) .
- Deficiente Físico (Lei 3298/99).

## 3. OBJETIVO

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) tem como objetivo a promoção, prevenção e preservação da saúde dos empregados da Empresa **FUNCABES-FUNDAÇÃO CAIXA BENEFICENTE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

## 4. DIRETRIZES

### 4.1 A EMPRESA.

Deverá estabelecer diretriz, visando à prevenção rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde do trabalhador.

### 4.2 PLANEJAMENTO.

O PCMSO deve ser planejado e implantado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas no Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e demais Normas Regulamentadoras.

### 4.3 CUSTOS.

A Empresa deverá custear, sem ônus para o empregado, todos os procedimentos relacionados ao PCMSO.

## 5. RESPONSABILIDADES

### 5.1 COMPETE AO EMPREGADOR.

- Garantir a elaboração e efetiva implementação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia;
- Indicar, dentre os médicos do trabalho dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da Unidade, um coordenador responsável pela execução do PCMSO.

### 5.2 COMPETE AO MÉDICO COORDENADOR DO PCMSO

- Elaborar e atualizar, anualmente, o PCMSO obedecendo a um planejamento em que estejam previstas as ações de Saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser objeto de Relatório Anual.
- Realizar os exames médicos previstos no PCMSO ou indicar, formalmente, profissional (s) médico (s) do trabalho para sua execução;
- Indicar profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, para a realização dos exames complementares previstos no PCMSO.

### 5.3 COMPETE AO TRABALHADOR:

- Atender a todas as etapas obrigatórias dos exames ocupacionais.

## 6. DESENVOLVIMENTO DO PCMSO

### 6.1 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE OCUPACIONAL.

- 6.1.1 Desenvolver ações de educação para os empregados sobre agravos à saúde relacionados aos riscos ocupacionais.
- 6.1.2 O PCMSO deve conter ações de prevenção e detecção precoce de agravos à saúde relacionados ao trabalho.
- 6.1.3 Imunização contra doenças infecto-contagiosas relacionadas aos riscos ocupacionais.

### 6.2 TIPOS DE EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS:

- a) Admissional;
- b) Periódico;
- c) De retorno ao trabalho;
- d) De mudança de função;
- e) Demissional;

### 6.3 TIPOS DE AGENTES.

- 6.3.1 O PCMSO deverá conter controle da exposição ocupacional aos agentes físicos conforme Quadro II - anexo I da NR 7.
- 6.3.2 O controle da exposição ocupacional aos agentes químicos será desenvolvido, considerando-se os parâmetros estabelecidos no Quadro I, anexo I, da NR 7.
- 6.3.3 O controle da exposição ocupacional a outros riscos será desenvolvido, considerando-se os parâmetros estabelecidos no Quadro II, da NR 7.
- 6.3.4 Os exames complementares relacionados com os Grupos de Exposição – (Função/ Local de Trabalho) devem considerar a Planilha de exames complementares conforme item 9.1.

### 6.4 AÇÕES PREVISTAS

O PCMSO deverá obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o período de vigência, devendo estas ser objeto de relatório anual, os empregados que apresentam risco ocupacional devem realizar exame periódico anual, para os que não apresentam risco ocupacional a cada um ano da seguinte maneira:

Menores de 18 anos anual  
Maiores de 45 anual

Entre 18 e 45 sem risco ocupacional (administrativos) a cada um ano salvo outra orientação (decisão) da empresa.

## 7. PROCEDIMENTOS

### 7.1 EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS.

- 7.1.1 Para cada Exame Médico Ocupacional realizado, previsto no item 7.4.4, da NR-07 o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), em 2 (duas) vias.
- 7.1.2 A primeira via do ASO ficará arquivada no local de trabalho do empregado, inclusive frente de trabalho ou canteiro de obras, à disposição da fiscalização do trabalho.
- 7.1.3 A segunda via do ASO será obrigatoriamente entregue ao empregado, mediante recibo na primeira via conforme previsto no item 7.4.4.2 da NR-07. Recomenda-se fazê-lo por ocasião do exame clínico (na presença do médico).
- 7.1.4 Quando o local de trabalho do empregado for fisicamente diferente do local onde é mantida a sua documentação funcional ou a critério do Médico Coordenador do PCMSO poderá ser emitida uma 3ª via do ASO.

## 7.2 ITENS MÍNIMOS DO ASO

- a) O nome completo do trabalhador, o número de registro de sua identidade oficial e seu cargo;
  - b) Os riscos do trabalho, avaliados no PPRA, qualitativa ou quantitativa ou a ausência deles na atividade do empregado.
  - c) A indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o empregado, incluindo os exames complementares e a data em que foram realizados.
- Nota:** Não deverão ser registrados no ASO os resultados dos exames complementares. Os resultados dos exames complementares devem ser arquivados no prontuário médico ou de saúde.
- d) A definição de apto ou inapto para o cargo específico que o empregado vai exercer, exerce ou exerceu.
  - e) O nome do Médico Coordenador, com o respectivo número do registro no Conselho Regional de Medicina.
  - f) O nome e a inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico encarregado do exame, seu endereço ou forma de contato e sua assinatura.

## 7.3 RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES

Para os Exames Complementares com resultados de IBE, tipo EE ou SC+, alterados:

- 7.3.1 Sendo verificada, através da avaliação clínica do empregado e/ou dos exames constantes do Quadro I NR-7, apenas exposição excessiva (EE ou SC+) ao risco, mesmo sem qualquer sintomatologia ou sinal clínico, deverá o trabalhador ser afastado do local de trabalho, ou do risco, até que esteja normalizado o indicador biológico de exposição e as medidas de controle nos ambientes de trabalho tenham sido adotadas.

## 7.4 DOENÇAS OCUPACIONAIS

Sendo constatado ocorrência ou agravamento de Doenças Decorrentes do Trabalho (Doenças Profissionais, Doenças do Trabalho ou Doenças Relacionadas ao Trabalho), o Médico Coordenador do PCMSO deverá:

- a) Providenciar a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), segundo instrução normativa do INSS;
- b) Indicar, quando necessário, o afastamento do trabalhador da exposição ao risco, ou do trabalho;
- c) Encaminhar a documentação à Previdência Social para estabelecimento denexo causal e avaliação da capacidade laborativa;
- d) Orientar o Gerente da Empresa quanto à necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho.

## 7.5 PARA REGISTRO E ARQUIVAMENTO DE DADOS

- 7.5.1 Os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica, exames complementares, conclusões e medidas aplicadas, deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade do médico-coordenador do PCMSO.
- 7.5.2 Os registros a que se refere o item 7.4.5.1 da NR-07 deverão ser mantidos por período mínimo de 20 (vinte) anos a contar do desligamento do empregado. Se o empregado exerceu suas

atividades expostas ao Benzeno, ao Asbesto (Amianto), radiação ionizante ou a outro possível agente carcinogênico (lista 1-A da IARC), os registros deverão ser mantidos por 30 (trinta) anos.

## 8. RELATÓRIO ANUAL

O Relatório Anual deverá ser acompanhado de dois anexos:

O anexo I que deverá discriminar, por setores da Empresa, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano.

**Nota:** No preenchimento do anexo I, serão listados, no campo "Natureza do Exame", exclusivamente os exames complementares realizados devido à exposição ocupacional entendidos como tais, os previstos nos Quadros 1 e 2 da NR-7 e os sugeridos pela ACGIH.

O anexo II que deverá relacionar as comunicações de acidente de Trabalho (CAT), emitidas no período de vigência do PCMSO, exclusivamente, por Doenças Decorrentes do Trabalho, conforme o Quadro IV da NR-4.

O relatório anual deverá ser apresentado e discutido em reunião da CIPA, de acordo com a NR-7 item 7.4.6.2, sendo sua cópia anexada ao livro de atas daquela comissão.

## 9. PLANILHA DE EXAMES COMPLEMENTARES

Tem por objetivo avaliar a exposição ocupacional de cada trabalhador. Identificando os riscos ocupacionais decorrentes dos processos ou métodos de trabalho, identificação das funções, trabalhadores expostos, descrevendo os exames e a periodicidade dos exames, considerando grupo homogêneo de riscos.

### 9.1 Planilha de exames complementares

EXAMES COMPLEMENTARES						
Local	GH E	Função	Nº Em p	Riscos Conforme PGR	Exames Complementares	Periodicidade dos Exames
Creche/Educação Infantil	01	Coordenador de Educação Infantil-Integral	02	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	01	Supervisor Escolar	10	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	01	Supervisor Pedagógico	04	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	01	Auxiliar Técnico Administrativo	73	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
Creche/Educação Infantil	02	Supervisor Pedagógico de	02	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.



		Expressão Musical/Corporal				
	02	Supervisor Pedagógico de Expressão Plástica	02	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	02	Supervisor Pedagógico de Expressão Teatral	02	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	02	Supervisor Pedagógico de Eixos Temáticos	03	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
<b>Creche/Educação Infantil</b>	03	Oficineiro de Expressão Musical/Corporal	32	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	03	Oficineiro de Expressão Teatral	32	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	03	Oficineiro de Expressão Plástica	02	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
<b>Creche/Educação Infantil</b>	04	Auxiliar de Educação Infantil	766	Sem risco*	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
					Protoparasitológico de fezes Coprocultura	Admissional, periódico anual
	04	Auxiliar Escolar e Transporte	50	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	04	Auxiliar Escolar	76	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	04	Auxiliar de Inclusão	136	Sem risco*	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
					Protoparasitológico de fezes Coprocultura	Admissional, periódico anual
	04	Auxiliar Interprete de Libras	10	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
<b>Secretaria de Educação</b>	05	Tecnico em Manutenção de Computadores	02	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
<b>Sede</b>	06	Diretor de Gestao de Pessoas	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.

\* De acordo com a PORTARIA 2619/11 - SMS – Publicada em DOC 06/12/2011, página 23

	06	Diretor Financeiro	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Diretor de Planejamento	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Diretor de Compras e Licitação	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Coordenação de Gestão de Pessoas	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Gerente Financeiro	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Gerente de Planejamento	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Gerente de Compras e Licitação	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Analista Técnico Administrativo	03	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Supervisor Técnico Administrativo	05	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Advogado	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Contador	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Técnico de Segurança do Trabalho	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	06	Engenheiro de Seg. do Trabalho	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
Sede	07	Médico do Trabalho	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.
	07	Técnico de Enfermagem do Trabalho	01	Sem risco	Clínico Acuidade visual	Admissão, periódico anual, mudança de função e demissional.

**10- ANEXOS**

**ANEXO 1 – MODELO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)**  
**ANEXO 2 – MODELO - PRONTUÁRIO MÉDICO**  
**ANEXO 3 – MODELO - FICHA MÉDICA**  
**ANEXO 4 – MODELO - LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA**

- ANEXO 5 – MODELO - RECEITUÁRIO MÉDICO**  
**ANEXO 6 – MODELO - COMUNICADO DE ADAPTAÇÃO DE FUNÇÃO (CAF)**  
**ANEXO 7 – MODELO - CAIXA DE PRIMEIROS SOCORROS**  
**ANEXO 8 – MODELO - RELATÓRIO DA CAIXA DE PRIMEIROS SOCORROS**  
**ANEXO 9 – PORTARIA 2619/11 - SMS – Publicada em DOC 06/12/2011, página 23**  
**ANEXO 10 – PORTARIA Nº 326, DE 30 DE JULHO DE 1997**

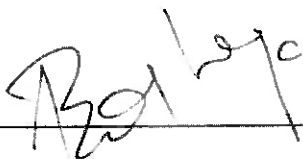
## 11- ENCERRAMENTO

Este PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, elaborado pelo Médico Coordenador, em 02 de agosto de 2012, contendo 22 páginas, atualizado anualmente, sendo a partir da 12 até 22 contendo anexo, formalizado através da assinatura identificada abaixo.

## LISTA DE MÉDICOS EXAMINADORES

NOME	CRM
AURO FABIO BORNIA ORTEGA	60395


Taubaté, 25 de outubro de 2022



DR. AURO FABIO BORNIA ORTEGA  
MÉDICO COORDENADOR DO PCMSO  
CRM: 60.395

# ANEXOS

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

<b>NOME:</b>		<b>DN:</b>	
<b>MATRÍCULA:</b>		<b>RG:</b>	
<b>FUNÇÃO:</b>	<b>SETOR:</b> ( ) Infantil ( ) Fundamental	<b>UNIDADE:</b>	
<b>RISCOS:</b> ( ) Químico	( ) Físico	( ) Biológico	( ) NDA
( ) Admissional	( ) Periódico	( ) Retorno ao Trabalho	( ) Mudança de Função ( ) Demissional
O trabalhador acima identificado, submeteu-se aos procedimentos médicos abaixo discriminados:			
<b>Exames Complementares:</b>	<b>Data</b>	<b>OBS.:</b>	
Exame Clínico:			
Acuidade Visual:			
<b>Sendo considerado:</b>	<b>Observações:</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Apto para a função			
<input type="checkbox"/> Inapto para a função			
<b>Identificação do Médico Coordenador / Examinador</b>			
Médico Coordenador	CRM	Telefone	
DR. AURO FABIO BORNIA ORTEGA	60395	(12) 3632-2550	
Médico Examinador	CRM	Telefone	
<b>Endereço do Médico Examinador</b>			
Avenida Nove de Julho, 245, Centro, Taubaté/SP – CEP:12020-200 Tel.: (12) 3632-2550			
<b>Local e data:</b>			
Taubaté,			
Assinatura do Médico Examinador			
			
_____ Assinatura do Funcionário Realizei o(s) exames(s) e recebi cópia deste atestado			

**PRONTUÁRIO MÉDICO**

<b>Nome:</b>		<b>Matrícula:</b>	
<b>Nascimento:</b>		<b>Sexo:</b>	
<b>Estado Civil:</b>		<b>Cor:</b>	
<b>Natural:</b>		<b>UF:</b>	
<b>RG:</b>		<b>CPF:</b>	
<b>Função:</b>		<b>Unidade:</b>	

<b>Tipo de Atendimento:</b>	<input type="checkbox"/> Admissional	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Mudança de Função	<input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho	<input type="checkbox"/> Demissional
-----------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--	--	--------------------------------------

**Questionário de Saúde Responda as perguntas abaixo com um "X"**

SIM	NÃO		SIM	NÃO	
01 ( )	( )	Tem problemas de visão?	18 ( )	( )	Toma algum remédio com frequência?
02 ( )	( )	Tem problemas de audição?	19 ( )	( )	Alguém da família tem diabetes? _____
03 ( )	( )	Já trabalhou em lugares com barulho?	20 ( )	( )	Fuma? Quantos cigarros por dia? _____
04 ( )	( )	Tem algum parente com problemas de audição?	21 ( )	( )	Consome bebida alcoólica com frequência?
05 ( )	( )	Tem dificuldades para dormir?	22 ( )	( )	Pratica algum esporte ou atividade física?
06 ( )	( )	É alérgico a alguma coisa? _____	23 ( )	( )	Já fez alguma cirurgia? _____
07 ( )	( )	Tem algum problema de pulmão?	24 ( )	( )	Já esteve internado? _____
08 ( )	( )	Tem algum problema de coração?	25 ( )	( )	Já teve alguma acidente de trabalho?
09 ( )	( )	Tem pressão alta?	26 ( )	( )	Possui algum outro trabalho além deste? Qual _____
10 ( )	( )	Tem problema no estômago ou no intestino?	27 ( )	( )	Já trabalhou em outras empresas? Cite as duas últimas: Empresa: _____ Função: _____
11 ( )	( )	Já teve hepatite?			Empresa: _____ Função: _____
12 ( )	( )	Tem algum problema nos rins?			Função: _____
13 ( )	( )	Tem convulsões, desmaios ou tonturas?			
14 ( )	( )	Tem dores nas costas?			
15 ( )	( )	Tem dores nos braços?			
16 ( )	( )	Você se considera uma pessoa nervosa?	28 ( )	( )	Possui algum tipo de deficiência? Qual? _____
17 ( )	( )	Existe suspeita de gravidez? (somente mulheres)			

**Hábitos de lazer – Marque com um "X"**

<input type="checkbox"/> Leitura	<input type="checkbox"/> Futebol	<input type="checkbox"/> Caminhadas	<input type="checkbox"/> Ouvir música com fone
<input type="checkbox"/> Tricot/ Crochê	<input type="checkbox"/> Tênis/ Squash	<input type="checkbox"/> Musculação	<input type="checkbox"/> Internet/Jogos de comput.
<input type="checkbox"/> Jardinagem	<input type="checkbox"/> Artes Marciais	<input type="checkbox"/> Instrumentos Musicais	<input type="checkbox"/> Outros: _____

**Consulta Médica – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

<input type="checkbox"/> Ausência de queixas	PA: ____/____ mm Hg	Peso: ____ Kg	Altura: ____
<input type="checkbox"/> Queixas não relacionadas ao trabalho	Acuidade Visual: Jaeger: ____	Snellen: ____	
<input type="checkbox"/> Outras _____	Lentes corretivas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Aparelho Cardiovascular <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____			
Aparelho Respiratório <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____			
Aparelho Músculo Esquelético <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____			
Aparelho Digestivo <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____			
Aparelho Neurológico <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____			
Outros Sintomas <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____			
Portador de deficiência <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Qual? _____			

**Conclusões**

<input type="checkbox"/> Apto	<b>Médico Examinador</b>  _____ Assinatura e carimbo com CRM
<input type="checkbox"/> Inapto	



<b>LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIÊNCIA</b>	
De acordo com o Decreto 3.298/1999 e com a Instrução Normativa SIT/ MTE n.º 98 de 15/08/2012, observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, Lei 12.764/12, Lei 13.146/2015.	
<b>Nome:</b>	<b>CPF:</b>
<b>CID:</b>	<b>Origem da deficiência:</b>
<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Congênita <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Adquirida em pós operatório <input type="checkbox"/> Acidente comum	
<b>Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais:</b>	
<b>Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>I- Deficiência Física</b> - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, <u>acarretando o comprometimento da função física</u> , apresentando-se sob a forma de: <input type="checkbox"/> paraplegia <input type="checkbox"/> paraparesia <input type="checkbox"/> monoplegia <input type="checkbox"/> monoparesia <input type="checkbox"/> tetraplegia <input type="checkbox"/> tetraparesia <input type="checkbox"/> triplegia <input type="checkbox"/> triparesia <input type="checkbox"/> hemiplegia <input type="checkbox"/> hemiparesia <input type="checkbox"/> ostomia <input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro <input type="checkbox"/> membros com deformidade congênita ou adquirida <input type="checkbox"/> nanismo (altura: _____) <input type="checkbox"/> outras - especificar: _____	<input type="checkbox"/> <b>IIIIa- Visão Monocular</b> - conforme parecer CONJUR/MTE 444/11: cegueira, na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) em um olho (ou cegueira declarada por oftalmologista).  <input type="checkbox"/> <b>IV-Deficiência Intelectual</b> - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais habilidades adaptativas, tais como: <input type="checkbox"/> a)- Comunicação; <input type="checkbox"/> b)- Cuidado pessoal; <input type="checkbox"/> c)- Habilidades sociais; <input type="checkbox"/> d)- Utilização de recursos da comunidade; <input type="checkbox"/> e)- Saúde e segurança; <input type="checkbox"/> f)- Habilidades acadêmicas; <input type="checkbox"/> g)- Lazer; <input type="checkbox"/> h)- Trabalho. <b>Obs: Anexar laudo do especialista.</b>
<input type="checkbox"/> <b>II-Deficiência Auditiva</b> - perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz <b>Obs: Anexar audiograma</b>	<input type="checkbox"/> <b>IVa- Deficiência Mental – Psicossocial</b> – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, transtornos psicóticos, e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (Informar no campo descritivo se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas <b>Obs: Anexar laudo do especialista.</b>
<input type="checkbox"/> <b>III-Deficiência Visual</b> ( ) cegueira - acuidade visual $\leq$ 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; ( ) baixa visão - acuidade visual entre 0,3 (20/60) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica; ( ) somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o. <b>Obs: Anexar laudo oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório de campo visual em graus.</b>	<input type="checkbox"/> <b>IV b- Deficiência Mental – Lei 12764/2012 – Espectro Autista</b> <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)	





**Funcabes**

**FUNCABES – FUNDAÇÃO CAIXA BENEFICIENTE DOS SERVIDORES DA UNITAU**  
**SESMT**  
**SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA**  
**E MEDICINA DO TRABALHO**



**Conclusão:** A pessoa está enquadrada nas definições dos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999, com alterações do Dec. 5296/2004, Lei 12764/2012, de acordo com dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência promulgada pelo Decreto nº. 6.949/2009 e recomendações da IN 98/SIT/2012.

**Assinatura e carimbo do Profissional de nível superior da área da saúde/Especialidade:**

**Data:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estou ciente de que estou sendo enquadrado na cota de pessoas com deficiência/reabilitados da empresa Autorizo a apresentação deste Laudo e exames ao Ministério do Trabalho e Emprego.

**Assinatura do empregado:**



**FUNCABES – FUNDAÇÃO CAIXA BENEFICIENTE DOS  
SERVIDORES DA UNITAU  
SESMT  
SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E  
MEDICINA DO TRABALHO**



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

XX/2022

## COMUNICADO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL – CAF

IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO
Matricula/Dígito:
Unidade Administrativa:
Nome:
Vínculo: CLT
Função/cargo:
Limitação/Restrição Médica:
Atividades a serem desenvolvidas:
Decisão Final: <input checked="" type="checkbox"/> Concessão: período: _____ <input type="checkbox"/> Prorrogação: período: _____ <input type="checkbox"/> Cancelamento do Serviço Compatível _____ Aguardando Avaliação Médica _____  <input checked="" type="checkbox"/> Defiro <input type="checkbox"/> Indefiro  _____ Médico do Trabalho
Local do Serviço Compatível:

*O funcionário deverá agendar no Serviço de Segurança e Medicina Funcabes a prorrogação de serviço compatível, até 30 (trinta) dias antes do término*

Taubaté,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Colaborador



**Funcabes** FUNDAÇÃO CAIXA BENEFICIENTE DOS SERVIDORES DA UNITAU  
SESMT  
SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO



## CAIXA DE PRIMEIROS SOCORROS

Data: novembro 2022

Anexo: 08

### RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	QUANDO USAR	DOSE
DIPIRONA	DOR OU FEBRE	01 COMPRIMIDO
PARACETAMOL	DOR OU FEBRE	01 COMPRIMIDO
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	DOR DE ESTOMAGO/QUEIMAÇÃO	10 ML ( COPO MEDIDA )

OBS. Se não melhorar procurar atendimento médico.

Se tiver alergia a qualquer medicamento, não faça uso, procure por atendimento médico.

### MATERIAL PARA CURATIVO

MATERIAL	QUANDO USAR	APLICAÇÃO
CURATIVO ADESIVO - TIPO BAND AID	FERIMENTOS PEQUENOS E SUPERFICIAIS	01 A 02 POR FERIMENTO
GASE	FERIMENTOS GRANDES	SUFICIENTE PARA COBRIR O FERIMENTO
ATADURA DE CREPE	FERIMENTOS EXTENSOS DE PERNAS E BRAÇOS	SUFICIENTE PARA COBRIR O FERIMENTO
MICROPORE	FIXAR A GASE	SUFICIENTE PARA FIXAR A GASE
FITA CREPE	FIXAR A ATADURA	SUFICIENTE PARA FIXAR A ATADURA

### PROCEDIMENTO DE EMERGÊNCIA PARA FERIMENTOS:

Os ferimentos deverão ser lavados com água em abundância, usar curativo adesivo ( tipo Band Aid ) se for pequeno; compressa de gase se for grande e atadura de crepe para ferimentos extensos de braços e pernas se julgar necessário, em seguida procurar atendimento médico. Ferimentos por queimadura não devem ser lavados, não furar as bolhas, recobrir com gase ou atadura e procurar atendimento médico.



**Funcabes**

FUNCABES

FUNDAÇÃO CAIXA BENEFICIENTE DOS SERVIDORES DA UNITAU  
SESMT  
SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

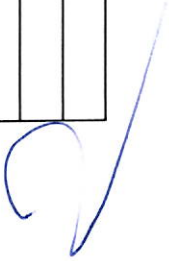


### RELATÓRIO DA CAIXA DE PRIMEIROS SOCORROS

Data: Novembro/2022

Anexo: 08

DATA	NOME	REGISTRO DA EMPRESA	ALÉRGICO A MEDICAMENTO		MEDICAMENTO E MATERIAL USADO	DOSE	MOTIVO DO PROCEDIMENTO	ASSINATURA DO PACIENTE
			SIM	NÃO				





**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Vigilância Sanitária**

**PORTARIA Nº 326, DE 30 DE JULHO DE 1997**

**7 – HIGIENE PESSOAL E REQUISITO SANITÁRIO**

**7.1 – Capacitação em Higiene:**

A direção do estabelecimento deve tomar providências para que todas as pessoas que manipulem alimentos recebam instrução adequada e contínua em matéria higiênica-sanitária, na manipulação dos alimentos e higiene pessoal, com vistas a adotar as precauções necessárias para evitar a contaminação dos alimentos. Tal capacitação deve abranger todas as partes pertinentes deste regulamento.

**7.2- Situação de saúde;**

A constatação ou suspeita de que o manipulador apresenta alguma enfermidade ou problema de saúde que possa resultar na transmissão de perigos aos alimentos ou mesmo que sejam portadores ou são, deve impedi-lo de entrar em qualquer área de manipulação ou operação com alimentos se existir a probabilidade da contaminação destes. Qualquer pessoa na situação acima deve comunicar imediatamente à direção do estabelecimento, de sua condição de saúde.

As pessoas que mantêm contatos com alimentos devem submeter-se aos exames médicos e laboratoriais que avaliem a sua condição de saúde antes do início de sua atividade e/ou periodicamente, após o início das mesmas. O exame médico e laboratorial dos manipuladores deve ser exigido também em outras ocasiões em que houver indicação, por razões clínicas ou epidemiológicas.

**7.3 – Enfermidades contagiosas:**

A direção tomará as medidas necessárias para que não se permita a ninguém que se saiba ou suspeite que padece ou é vetor de uma enfermidade suscetível de transmitir-se aos alimentos, ou que apresentem feridas infectadas, infecções cutâneas, chagas ou diarreias, trabalhar em qualquer área de manipulação de alimentos com microorganismos patogênicos, até que obtenha alta médica. Toda pessoa que se encontre nestas condições deve comunicar imediatamente a direção do estabelecimento.

**7.4 – Feridas:**

Ninguém que apresente feridas pode manipular alimentos ou superfícies que entrem em contato com alimentos até que se determine sua reincorporação por determinação profissional.

**7.5- Lavagem das mãos:**

Toda pessoa que trabalhe numa área de manipulação de alimentos deve, enquanto em serviço, lavar as mãos de maneira freqüente e cuidadosa com um agente de limpeza autorizado e com água corrente potável fria ou fria e quente. Esta pessoa deve lavar as mãos antes do início dos trabalhos, imediatamente após o uso do sanitário, após a manipulação de material contaminado e todas as vezes que for necessário. Deve lavar e desinfetar as mãos imediatamente após a manipulação de qualquer material contaminante que possa transmitir doenças. Devem ser colocados avisos que indiquem a obrigatoriedade e a forma correta de lavar as mãos. Deve ser realizado um controle adequado para garantir o cumprimento deste requisito.

**7.6 – Higiene pessoal:**

Toda pessoa que trabalhe em uma área de manipulação de alimentos deve manter uma higiene pessoal esmerada e deve usar roupa protetora, sapatos adequados, touca protetora. Todos estes elementos devem ser laváveis, a menos que sejam descartáveis e mantidos limpos, de acordo com a natureza do trabalho. Durante a manipulação de matérias-primas e alimentos, devem ser retirados todos os objetos de adorno pessoal.



**PORTARIA 2619/11 - SMS – Publicada em DOC 06/12/2011, página 23**

15.31. Não é obrigatório o uso de máscaras durante a manipulação e preparo de alimentos. Quando utilizadas, devem ser mantidas corretamente posicionadas sobre a boca e o nariz.

15.31.1 As máscaras devem ser trocadas frequentemente durante a jornada de trabalho e descartadas imediatamente após o uso.

15.32. Durante a manipulação de alimentos é vedado aos funcionários:

- I. Cantar, assobiar, tossir, espirrar, falar sobre os alimentos;
- II. Mascar goma, palito, fósforo ou similares, chupar balas, comer;
- III. Experimentar alimentos diretamente das mãos;
- IV. Provar alimentos em talheres ou outros utensílios e devolvê-los ao recipiente contendo os alimentos, sem prévia higienização;
- V. Assoar o nariz, colocar o dedo no nariz ou ouvido, mexer no cabelo ou pentear-se;
- VI. Enxugar o suor com as mãos, panos ou qualquer peça da vestimenta;
- VII. Manipular dinheiro, exceto quando os produtos estiverem embalados.

15.33. É proibida a manipulação de alimentos pelo funcionário que se apresente ao trabalho com sinais e sintomas sugestivos de processos infecciosos, tais como vômitos, febre, diarreia, ou afecções buco-odontológicas, infecções gastrintestinais, do trato respiratório e cutâneas:

- I. O manipulador que apresentar as condições citadas no item anterior deve ser afastado para outras funções e encaminhado para avaliação médica;
- II. O manipulador que apresentar cortes ou lesões não deve manipular alimentos ou superfícies que entrem em contato com os alimentos, a menos que as lesões estejam efetivamente protegidas por curativo e uma cobertura à prova d'água, como dedeiras ou luvas protetoras impermeáveis.

15.34. O controle de saúde dos manipuladores de alimentos deve seguir as diretrizes do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e da norma regulamentadora vigente.

15.34.1. Adicionalmente ao indicado no PCMSO devem ser realizados, na admissão e no acompanhamento periódico, os exames laboratoriais de coprocultura e copoparasitológico.

15.34.2. Os exames de coprocultura e o copoparasitológico devem ser realizados semestralmente para aqueles que manipulem diretamente os alimentos ou participem diretamente da distribuição e oferta de refeições, e anualmente para aqueles envolvidos exclusivamente com atividades nas quais os alimentos encontrem-se totalmente embalados.

15.35. Os Atestados de Saúde Ocupacional – ASOs com indicação da realização dos exames laboratoriais de coprocultura e copoparasitológico ou cópia destes, devem permanecer no local de trabalho.

