### SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICO-OCUPACIONAL - AMO

Nome: Nº USP:

Função atual: Grupo/Nível/Grau:

Unidade/Órgão: Setor de Lotação:

|  |
| --- |
| **I. Unidade/Órgão – Justificativas da Chefia Imediata**   1. Qual o motivo do encaminhamento do servidor(a): 2. Há prejuízos na realização das atividades da função de enquadramento? Não ( ) Sim ( )   Especifique:   1. Histórico das alterações no desenvolvimento das atividades do servidor, considerando a sua função de enquadramento, que causaram impacto nas tarefas do setor: 2. Descrição **detalhada** das atividades **atualmente** realizadas:   Nome da chefia imediata:  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Nome do(a) Dirigente:  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Finalidade do formulário:**  **( ) Programa RENOVA ( ) Outros casos**  **Solicitação para o Programa RENOVA o servidor(a) deverá preencher o termo abaixo.**  **Declaro estar ciente de que a adesão definitiva ao RENOVA se dará na Etapa de Acolhimento do Programa quando receberei orientações detalhadas e assinarei o Termo de Adesão.**  Nome do servidor (a):  Assinatura do servidor (a):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Data: **\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Divisão de Saúde Ocupacional/SESMT – Parecer Médico**   1. O servidor está apto a exercer sua função atual?  Sim, sem recomendações ( ) Sim, com recomendações ( ) Não ( )  2. As condições de saúde do servidor causam prejuízo à realização das atividades da sua função atual?  Não ( ) Sim ( ) Especifique:  3. Recomendações à Unidade/Órgão para evitar o agravamento no quadro de saúde do servidor:  Não ( ) Sim ( ) Especifique, conforme segue:  3.1. **EVITAR:**   |  |  | | --- | --- | |  | | | ( ) Movimentos repetitivos contínuos e de modo habitual | ( ) Caminhar por períodos prolongados de forma habitual | | ( ) Transporte ou carregamento de peso acima de \_\_\_\_\_\_\_ kg | ( ) Elevar membro(s) superior(es) acima do(s) ombros | | ( ) Permanecer em pé por períodos prolongados de forma habitual | ( ) Flexão e torção de tronco | | ( ) Permanecer sentado por períodos prolongados de forma habitual | ( ) Manusear produtos químicos | | ( ) Subir/descer escadas de forma contínua e habitual | ( ) Medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ( ) Contato com o público | ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   3.2. **EFETUAR**:  ( ) Rodízio de tarefas  ( ) Modificação/adequação de posto, ambiente e organização do trabalho. Especifique:  ( ) Outras ações. Qual(is)?  4. Tratamento? Não ( ) Sim ( ) Qual(is)? |
| 5. Encaminhamento para os Programas de Promoção à Saúde e/ou outros Serviços Assistenciais específicos?  Não ( ) Sim ( ) Qual(is)?  6. Readaptação: ( ) Preventiva/SESMT ( ) Provisória/USP ( ) Definitiva/INSS  Resolução USP 7.217/2016  Considerações:  7. Outros encaminhamentos:  ( ) Engenharia Ocupacional ( ) GQVT/Serviço Social ( )Outro(s) Qual(is)?  8. Considerações Finais:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Médico do Trabalho (legível)  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Data |
| 1. **Área de Pessoal da Unidade/Órgão – Procedimentos:**   1º Anexar ao processo de contrato do servidor o perfil do Plano de Classificação de Funções - PCF da função de enquadramento do servidor.  2º Anexar este formulário completo, com os campos referentes à justificativa da chefia imediata e sua finalidade devidamente preenchidos.  3º No caso de inscrição no Programa Renova, verificar o Currículo MarteWeb do servidor e solicitar atualização, caso necessário.  4º Encaminhar o processo à Divisão de Saúde Ocupacional – DVSO.  **Observação:** Não anexar ao processo atestados, exames, encaminhamentos médicos assistenciais (documentos exclusivos do prontuário médico ocupacional do servidor).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Responsável pela Área de Pessoal (legível)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Local, data |