



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

ORDEM DE SERVIÇO Nº 06 , DE 17 DE MAIO DE 2005.

Estabelece procedimentos para a realização de exames médicos periódicos, previstos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, no âmbito da Presidência da FUNASA e na sede de suas Coordenações Regionais.

O DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE-FUNASA, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 32, incisos I e IX do Regimento Interno, aprovado pela Portaria nº 1.776, de 08.09.2003, e ainda,

Considerando a necessidade de consolidar uma política de promoção da saúde do trabalhador;

Considerando a conveniência de definir critérios para o estabelecimento de ações de promoção e prevenção direcionadas à saúde do trabalhador;

Considerando a importância de efetivar a operacionalização dos exames médicos periódicos dos servidores, previstos no PCMSO, de acordo com as determinações legais vigentes, resolve:

Art. 1º Estabelecer os procedimentos para a realização dos exames médicos periódicos, na forma desta Ordem de Serviço.

Art. 2º Será designada pelo Coordenador-Geral de Recursos Humanos no Órgão Central e pelos Coordenadores Regionais, nas CORE/FUNASA, Equipe responsável pela operacionalização dos exames médicos periódicos, composta por 01 (um) Médico e 02 (dois) servidores ligados à área de saúde.

Parágrafo único: A Equipe de operacionalização dos exames médicos periódicos será coordenada por Médico do Quadro de Pessoal da FUNASA que, preferencialmente, possua especialização em Medicina do Trabalho.

Art. 3º A operacionalização dos exames médicos periódicos observará o rito a seguir discriminado, utilizando os formulários anexos a esta Ordem de Serviço:

I – ANAMNESE BIO-SOCIAL OCUPACIONAL, em formulário específico (anexo I), onde deve constar: identificação, histórico ocupacional e ambiental, hábitos e dados sociais;

II – ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÕES/EXAMES PADRONIZADOS, de acordo com o formulário correspondente (anexo II), o qual contempla: identificação e especificação de atividade, avaliações, exames, faixa etária e periodicidade;

III – EXAME MÉDICO (anexo III). No formulário deve constar: identificação, antecedentes fisiológicos e patológicos pessoais e patológicos familiares, queixas atuais de saúde, exame físico, exames complementares solicitados, outros exames/justificativa, encaminhamentos, conclusão e observações;

IV – SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÕES/EXAMES ESPECIALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS DO TRABALHO. O formulário específico (anexo IV), será utilizado nas situações em que haja necessidade de conclusões diagnósticas, com vistas ao estabelecimento de possível nexos causal com doença do trabalho;

V – emissão de ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO (anexo V), o qual consta de vários itens e tem por finalidade a conclusão sobre a capacidade laborativa do servidor (aptidão ou inaptidão), devendo ser assinado por Médico do Trabalho;

VI – preenchimento do formulário COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO – CAT (anexo VI), caso seja estabelecido o nexos causal com doença do trabalho.

§ 1º O servidor declarado APTO está habilitado, sob o ponto de vista de saúde ocupacional, para o desempenho de suas atividades laborativas.

§ 2º O servidor considerado INAPTO será encaminhado a Junta Médica Oficial, para avaliação e providências pertinentes, com vistas à definição de sua situação funcional, de acordo com a capacidade laborativa, devendo receber apoio de equipe multidisciplinar, conforme o caso.

§ 3º O ASO será emitido em três vias, sendo a primeira destinada ao arquivo no Serviço Médico, a segunda, deverá ser entregue ao servidor, mediante recibo na primeira via e a terceira, será enviada ao setor de Recursos Humanos, a fim de ser colocada na pasta funcional do interessado.

Art. 4º As Coordenações Regionais, por intermédio das DIREH/SEREH, deverão elaborar relatório anual sobre a realização e resultados dos exames médicos periódicos, remetendo-o à CGERH/FUNASA até o dia 31 de janeiro do ano subsequente.

Art. 5º A Comissão Nacional de Saúde do Trabalhador – CONAST e as Comissões Regionais de Saúde do Trabalhador - COREST deverão acompanhar a operacionalização dos exames médicos periódicos.

Art. 6º Todos os resultados obtidos nas avaliações de saúde deverão constar nos prontuários dos servidores e serem arquivados por 20 (vinte) anos, conforme determina a legislação em vigor.

Art. 7º Esta Ordem de Serviço entra em vigor nesta data, revogando-se a Ordem de Serviço nº 01, de 18.09.2002, publicada no BS nº 038, de 20 de setembro de 2002 e republicada no BS nº 046, de 14 de novembro de 2002.

1- IDENTIFICAÇÃO

FUNASA/PRESI/CORE _____

Nome: _____ Sexo: _____

Nascimento: ___/___/___ Estado Civil _____ Cidade: _____ UF: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

SIAPE nº _____ Cargo: _____ Classe: _____ Padrão: _____

Lotação: _____ Local de exercício: _____

Escolaridade: _____ Curso (se necessário): _____

Data de admissão na FUNASA: ___/___/___ Telefone/Ramal: _____

2. HISTÓRICO OCUPACIONAL

Descrição da atividade atual:
(título da atividade, início, especificando detalhes) _____

Descrição da atividade anterior:
(título da atividade, início, especificando detalhes) _____

Usa instrumentos de trabalho na sua atividade? Não Sim Quais?: _____

Usa EPI durante a execução da atividade? Não Sim Quais?: _____

Horário de trabalho: Fixo Variável Em turnos Nº de horas trabalho/dia: _____

Exposição ocupacional atual a: Metais Poeiras ou Fibras Substâncias Químicas Radiação

Fumaças ou Fumos Metálicos Fungos, Bactérias, Vírus, etc. Ruídos Vibrações Frio ou Calor extremo

Pressões anormais Especificar a que e como: _____

Exposição ocupacional pregressa

Período	Título e descrição do trabalho	Especificação do agente de exposição	EPI utilizado

Alguma pessoa de sua casa tem contato com algumas dessas substâncias acima descritas?
 Não Sim Especificar: _____

Você apresenta alguma queixa de saúde durante e/ou após o desempenho de sua atividade?
 Não Sim Especificar: _____

Em que situações essas queixas melhoram? _____

Houve alguma mudança recentemente no seu trabalho?
 Não Sim Especificar: _____

Esteve afastado por mais de um dia devido a algum acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho?
 Não Sim Especificar: _____

Alguma vez já foi aconselhado a mudar de trabalho ou de tarefa devido a algum problema de saúde ou de lesões?
 Não Sim Especificar: _____

Não Sim Especificar: _____
Tem animais ou plantas em casa? Não Sim Especificar: _____
Fez recentemente reforma na casa, comprou mobília nova ou tapete?
 Não Sim Especificar: _____
Usa pesticidas ou herbicidas em casa, na plantação ou em animais domésticos?
 Não Sim Especificar: _____
Você ou alguém da sua família tem algum passatempo ou artesanato?
 Não Sim Especificar: _____
Você conserta seu carro, moto ou bicicleta?
 Não Sim Especificar: _____
Há quantos anos a sua casa foi construída? _____

4. HÁBITOS

É fumante? Não Sim Consumo diário: _____
Há quanto tempo? _____ Ex - fumante? Não Sim
Há quanto tempo parou? _____ Fumou durante quanto tempo? _____
Tem exposição a produtos fumíferos? Não Sim Local: _____
Faz uso de bebida alcoólica? Não Sim
Em caso positivo, que tipo de bebida? _____ Há quanto tempo? _____
Com que frequência? Diária Semanal _____ N° de vezes Raramente
Já fez uso de bebida alcoólica? Não Sim Caso sim, há quanto tempo parou de beber? _____
Por quantos anos ingeriu bebida alcoólica? _____
Faz uso de drogas? Não Sim Qual/Quais? _____
Pratica atividade física? Não Sim Qual/Quais? _____
Com que frequência? _____ Tempo de atividade diária _____
Preferência Alimentar
 Cereais Massas Vegetais Frutas Alimentos gordurosos Carnes brancas
 Comidas rápidas Carnes vermelhas Doces Café Quantidade diária de líquido ingerida: _____

5. DADOS SOCIAIS

Condições de habitação: Própria Aluguel Funcional Invadida Cedida
Alvenaria? Sim Não Casa Apartamento N° de cômodos _____
N° de pessoas na residência: _____ Rede elétrica: Sim Não Água encanada: Sim Não
Rede de esgoto? Sim Não Meio de transporte Próprio Ônibus Outros _____

_____, ____/____/____
Local Data

Assinatura do Servidor

Assinatura e Carimbo do Entrevistador



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Departamento de Administração

ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÕES/EXAMES PADRONIZADOS

Anexo II

1. IDENTIFICAÇÃO

FUNASA/PRESI/CORE: _____

Nome: _____ Nascimento: _____ Sexo: _____

SIAPÉ nº: _____ Cargo: _____ Classe: _____ Padrão: _____

Lotação: _____ Local de Exercício: _____

Admissão na FUNASA: ____/____/____

Natureza do Exame:

Admissional Periódico Demissional Outros: _____

2. ESPECIFICAÇÃO

Atividade	Exames padronizados	Faixa Etária	Periodicidade
Técnica Administrativa Assistência à Saúde De Campo	Hemograma Glicemia Lipidograma EAS Parasitológico de fezes (MIF) TGP, TGO, GGT Uréia, Creatinina Ácido Úrico Bilirrubinas totais e frações	Todas	Anual
	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> PSA	A partir de 40 anos Homem acima de 40 anos	
Motorista	<input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Avaliação oftalmológica	todas todas	bienal anual
Telefonista	<input type="checkbox"/> Audiometria	todas	anual
Carpinteiro	<input type="checkbox"/> Audiometria <input type="checkbox"/> Espirometria	todas todas	anual anual
Odontólogo	<input type="checkbox"/> Dosagem de Mercúrio	todas	anual
Técnico de Higiene Bucal	<input type="checkbox"/> Dosagem de Mercúrio	todas	anual
Microscopista	<input type="checkbox"/> Avaliação Oftalmológica	todas	anual

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor

Solicitante autorizado/ carimbo



1. IDENTIFICAÇÃO

FUNASA/PRESI/CORE _____

Nome: _____ Nascimento: ____/____/____

SIAPE nº: _____ Cargo: _____ Classe: _____ Padrão: _____ Lotação: _____

2. ANTECEDENTES

2.1 Pessoais

2.1.1 Fisiológicos

Condições de Nascimento: _____

Histórico Gineco-Obstétrico: _____

Situação Vacinal:

DPT Sabin Sarampo MMR Tétano Gripe
 Febre Amarela Hepatite B Rubéola Outras _____

2.1.2 Exames preventivos

Câncer de Mama Sim Não Data do último exame: ____/____/____

Câncer de Colo do Útero Sim Não Data do último exame: ____/____/____

Câncer de Próstata Sim Não Data do último exame: ____/____/____

2.1.3 Patológicos

Doenças Gastrointestinais Sim Não Quais? _____

Doenças Renais Sim Não Quais? _____

Doenças Osteoarticulares Sim Não Quais? _____

Doenças Urológicas Sim Não Quais? _____

Doenças Ginecológicas Sim Não Quais? _____

Doenças Cardiovasculares Sim Não Quais? _____

Doenças Neurológicas Sim Não Quais? _____

Doenças Respiratórias Sim Não Quais? _____

Doenças Endócrinas Sim Não Quais? _____

Doenças Alérgicas Sim Não Quais? _____

Doenças Hematológicas Sim Não Quais? _____

Cirurgias Prévias Sim Não Quais? _____

Doenças Oftalmológicas Sim Não Quais? _____

Transfusão Sangüínea Sim Não Quando? _____

Outros: _____

2.2 Patológicos Familiares Sim Não Quais? _____

3. Queixas atuais de saúde: _____

4. EXAME FÍSICO

PA: ____/____ PESO: _____ kg ALTURA: _____ m IMC: _____ kg/m²

Estado Geral Bom Regular Comprometido

Mucosas Coradas Descoradas



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Departamento de Administração

**SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÕES/EXAMES
ESPECIALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS
DO TRABALHO**

Anexo IV

1. IDENTIFICAÇÃO

FUNASA/PRESI/CORE: _____

Nome: _____ Nascimento: _____ Sexo: _____

SIAPE nº: _____ Cargo: _____ Classe: _____ Padrão: _____

Local de exercício: _____ Telefone/ramal: _____

Admissão na FUNASA: ____/____/____ Lotação: _____

2. EXAMES SOLICITADOS

Natureza do Exame: _____

Indicação: _____

Natureza do Exame: _____

Indicação: _____

Natureza do Exame: _____

Indicação: _____

_____, ____/____/____
Local Data

Médico solicitante - Assinatura/Carimbo/CRM

_____, ____/____/____
Local Data

Médico da FUNASA- Assinatura/Carimbo/CRM

3. CONSULTAS E ENCAMINHAMENTOS A ESPECIALISTAS

Especialidade Médica: _____

Justificativa: _____

_____, ____/____/____
Local Data

Médico solicitante - Assinatura/Carimbo/CRM

_____, ____/____/____
Local Data

Médico da FUNASA- Assinatura/Carimbo/CRM

1. IDENTIFICAÇÃO

FUNASA/PRESI/CORE: _____

Nome do Servidor: _____

Nascimento: ____/____/____ Cidade: _____ UF _____ Sexo: _____

Cargo: _____ Classe: _____ Padrão: _____ SIAPE nº: _____

Lotação: _____ Local de exercício: _____

2. RISCOS RELACIONADOS AO TRABALHO – ESPECIFICAR

Biológicos: _____

Físicos: _____

Químicos: _____

Ergonômicos: _____

Outros: _____

3. PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

ANAMNESE BIO-SOCIAL OCUPACIONAL

EXAME MÉDICO

EXAMES COMPLEMENTARES

4. CONCLUSÃO SOBRE A CAPACIDADE LABORATIVA

Apto

Inapto

5. VALIDADE DO EXAME MÉDICO

Semestral Anual Outra _____

6. MOTIVO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

Admissional Retorno ao trabalho Mudança de Função Periódico Demissional

Observações: _____

7. MÉDICO DO TRABALHO RESPONSÁVEL PELO EXAME

_____, ____/____/____ Local Data Assinatura/Carimbo com CRM

8. MÉDICO DA FUNASA

_____, ____/____/____ Local Data Assinatura/Carimbo com CRM

1ª via: PRONTUÁRIO

Recebi a 2ª Via em ____/____/____

2ª via: SERVIDOR

Assinatura do Servidor



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Departamento de Administração

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT

Artigos 211/214 da Lei nº 8.112/90

Anexo VI

1. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO

Denominação: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO

Nome: _____ Nascimento: ___/___/___ Sexo: _____

Cargo: _____ Classe: _____ Padrão: _____

Lotação: _____ Local de exercício: _____ PASEP: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

3. ACIDENTE

Data: ___/___/___ Hora: _____ Local: _____

Ocorrência Policial: Sim Não

Descrição do acidente e partes (s) do corpo atingida (s):

4. TESTEMUNHAS

Nome: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Nome: _____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Fone: _____

5. UNIDADE DE SAÚDE A QUE FOI ENCAMINHADO

Nome: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

_____, ___/___/___ _____
Local Data Assinatura e carimbo do informante

6. ENCAMINHAMENTO DO ACIDENTADO À JUNTA MÉDICA OFICIAL - JMO

6.1 Resumo do atendimento:

6.1.1 Descrição da (s) lesão (ões): _____

6.1.2 Procedimentos realizados:

6.1.3 Diagnóstico provável: _____

6.1.4 Observações (para subsidiar avaliação pela JMO):

_____, ____/____/____
Médico Assistente - Assinatura/Carimbo/CRM Local Data

7. AVALIAÇÃO MÉDICO – PERICIAL PELA JMO

7.1 Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da (s) lesão (ões) e a data do acidente, declarada no anverso?

Não Sim

7.2 Há correlação entre a natureza, grau e localização da (s) lesão (ões) e o histórico do acidente que a (s) teria (m) provocado? Não Sim

7.3 Qual o regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado?

Hospitalar Ambulatorial

7.4 Qual a duração provável do tratamento?

Dias Meses Anos Quantos? _____

7.5 O acidentado será afastado do trabalho durante o tratamento? Não Sim

7.6 Há necessidade de tratamento em instituição privada à conta de recursos públicos? Não Sim

JUSTIFICATIVA: _____

7.7 Condições patológicas preexistentes ao acidente: _____

OBSERVAÇÕES: _____

_____, ____/____/____
Local Data

Membro da JMO

Presidente da JMO

Membro da JMO

Notas: 1- A INEXATIDÃO DAS INFORMAÇÕES CONSTANTES DESTA COMUNICAÇÃO, ACARRETERÁ AS SANÇÕES PREVISTAS NOS ARTIGOS 171 E 299 DO CÓDIGO PENAL.

2 - ESTA COMUNICAÇÃO DEVERÁ SER FEITA NO PRAZO MÁXIMO DE 24 HORAS.

3- A PROVA DO ACIDENTE DEVERÁ SER FEITA NO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS, PRORROGÁVEL QUANDO AS CIRCUNSTÂNCIAS O EXIGIREM, DE ACORDO COM O ARTIGO 214 DA LEI Nº 8.112/90.