### SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICO-OCUPACIONAL - AMO

Nome: Nº USP:

Função atual: Grupo/Nível/Grau:

Unidade/Órgão: Setor de Lotação:

|  |
| --- |
| **I. Para uso da Unidade/Órgão**  Preencher os campos abaixo (relativos ao item I – “Para uso da Unidade/Órgão”) e entregar este formulário completo (itens I, II e III) no CSCRH/Área de Pessoal responsável pela administração da vida funcional do(a) servidor(a).   1. Explique as razões que justificam o ingresso do(a) servidor(a) no Programa RENOVA (*orientamos para que os responsáveis pela área e o(a) servidor(a) façam, em conjunto, uma análise criteriosa, destacando as dificuldades identificadas para o desempenho da função atual*). 2. Descreva de forma detalhada as atividades que vêm sendo efetivamente desempenhadas pelo(a) servidor(a):   Nome da chefia imediata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Nome do servidor (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do servidor (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Nome do(a) Dirigente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| 1. **Para uso da Divisão de Saúde Ocupacional/SESMT – Parecer Médico**   **1.** As condições de saúde do servidor causam prejuízo à realização das atividades da sua função atual?  Não ( ) Sim ( ) Em parte ( ) Especifique:  **2.** Há registros de afastamentos previdenciários por doença ou acidente associados às demandas de saúde apresentadas nesta avaliação médico-ocupacional?  Não ( ) ( ) Sim  **3.** Tratamento? Não ( ) Sim ( ) Qual(is)?  **4.** Considerando as justificativas apresentadas pela Unidade/Órgão no item I e o histórico da saúde ocupacional,  ( ) Orientamos para que sejam observadas as recomendações preventivas descritas no Atestado de Saúde Ocupacional vigente, assegurando os meios de adequação ao local de trabalho.  ( ) Encaminhe-se ao DRH para readaptação pelo Programa RENOVA (*apenas para servidores incapacitados laboralmente para o desempenho da função atual, de acordo com avaliação do SESMT, e que possam ter a readaptação em outra função viabilizada com fundamento na reserva para extinção ou em alteração de nomenclatura, em se tratando de função agrupada*).  ( ) Encaminhe-se ao órgão previdenciário (INSS) (*para servidores incapacitados laboralmente para o desempenho da função atual, de acordo com avaliação do SESMT, e que estejam enquadrados em funções ativas, ou em estudo, ou que não possam ter a readaptação viabilizada por alteração de nomenclatura*).  **Obs.:** Para verificar o *status* das funções no Plano de Classificação de Funções – PCF, consulte: *https://drh.usp.br/trabalhe-na-usp/carreiras-usp/carreira-funcionarios/plano-de-classificacao-de-funcoes-pcf/*  **5.** Elegibilidade para a readaptação provisória pelo Programa RENOVA (preencher após o resultado da perícia médica, em caso de encaminhamento ao INSS):  (  ) Não elegível: servidor(a) em processo de reabilitação pelo INSS;  ( ) Elegível: Encaminhe-se ao DRH para readaptação provisória, conforme relatório específico anexo nos termos do art. 2º da Resolução USP n.º 7.217/2016.  **6**. Recomendações à Unidade/Órgão para evitar o agravamento no quadro de saúde do servidor:  Não ( ) Sim ( ) Especifique, conforme segue:  **6.1.** **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   **6.2.** **EFETUAR**:  ( ) Rodízio de tarefas  ( ) Modificação/adequação de posto, ambiente e organização do trabalho. Especifique:  ( ) Outras ações. Qual(is)?  **7.** Considerações Finais:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Médico do Trabalho (legível)  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Data |

|  |
| --- |
| **III. Para uso do CSCRH/Área de Pessoal**  **Providências:**  1º Anexar ao processo de contrato do(a) servidor(a) o perfil de sua função de enquadramento, disponível em https://drh.usp.br/trabalhe-na-usp/carreiras-usp/carreira-funcionarios/plano-de-classificacao-de-funcoes-pcf/.  2º Anexar este formulário completo (inclusive item II), com os campos para uso da Unidade/Órgão (item I) devidamente preenchidos.  3º No caso de inscrição no Programa RENOVA (servidores do Grupo Básico), verificar o Currículo Marteweb do servidor e solicitar atualização, caso necessário.  4º Encaminhar o processo ao SESMT.  Observação: Não anexar ao processo atestados, exames, encaminhamentos médicos assistenciais (documentos exclusivos do prontuário médico ocupacional do servidor).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Responsável pelo CSCRH/Área de Pessoal (legível)  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Data |