### 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** **Instruções:****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 à Divisão de Saúde Ocupacional – DVSO.**Observação:** Não anexar ao processo atestados, exames, encaminhamentos médicos assistenciais (documentos exclusivos do prontuário médico ocupacional do servidor).**Justificativas da chefia imediata:**1. Qual o motivo do encaminhamento do(a) servidor(a)?:
2. Há prejuízos na realização das atividades da função de enquadramento? Não ( ) Sim ( ) Especifique:
3. Histórico das alterações no desenvolvimento das atividades do(a) servidor(a), considerando a sua função de enquadramento, que causaram impacto nas tarefas do setor:
4. Descrição **detalhada** das atividades **atualmente** realizadas:

Nome da chefia imediata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **I. Para uso da Unidade/Órgão****Preencher em caso de inscrição no Programa RENOVA\*:****Declaro estar ciente de que a adesão definitiva ao Programa RENOVA se dará na etapa de acolhimento, quando receberei orientações detalhadas e assinarei o Termo de Adesão.**Nome do servidor (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do servidor (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**\***Atualmente o Programa RENOVA atende apenas os servidores do Grupo Básico. |
| **Nome do(a) Dirigente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Para uso da 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 7.217/2016Considerações:7. Outros encaminhamentos:( ) Engenharia Ocupacional ( ) Outro(s) Qual(is)?8. Considerações Finais:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médico do Trabalho (legível)\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Data |