### 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 7.217/2016  Considerações:  7. Outros encaminhamentos:  ( ) Engenharia Ocupacional ( ) Outro(s) Qual(is)?  8. Considerações Finais:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Médico do Trabalho (legível)  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Data |