### 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(a) servidor(a) 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(as) incapacitados(as) laboralmente para o desempenho da função atual, de acordo com avaliação do Médico do Trabalho, 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(as) incapacitados laboralmente para o desempenho da função atual, de acordo com avaliação do SESMT, e que estejam enquadrados(as) 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/*](https://drh.usp.br/trabalhe-na-usp/carreiras-usp/carreira-funcionarios/plano-de-classificacao-de-funcoes-pcf/)**5.** Elegibilidade para a readaptação pelo Programa RENOVA (em caso de encaminhamento ao INSS, aguardar e prosseguir no preenchimento após o resultado da perícia médica)(  ) Não elegível;( ) Elegível: Encaminhe-se ao DRH (em caso de reabilitação provisória – não reconhecimento da incapacidade laboral pelo órgão previdenciário – anexar relatório específico 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(a) servidor(a):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, verificar o Currículo Marteweb do(a) servidor(a) 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(a) servidor(a)).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Responsável pelo CSCRH/Área de Pessoal (legível)\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Data |