



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

Estado de São Paulo.

DECRETO N° 4.849, DE 13 DE MARÇO DE 2012.

(DISPÕE SOBRE AS JUSTIFICATIVAS DE FALTAS E ATRASOS, SOBRE ATESTADOS POR MOTIVO DE DOENÇA, SOBRE EXAMES ADMISSIONAIS NA PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVI, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.)

DRA. MARIA RUTH BANHOLZER, Prefeita do Município de Itapevi/SP, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

DECRETA:

Art. 1° - A justificativa da falta ou atraso de todos os Servidores Públicos Municipais deverá ser feita por escrito, instruída com os documentos comprobatórios originais e entregue ao seu Chefe imediato, dentro do prazo de 24 (vinte e quatro) horas da ocorrência.

Art. 2° - O julgamento da justificativa de falta ou atraso fica delegado ao Secretário da Pasta em que o Servidor está lotado.

Art. 3° - Fica instituído o "Protocolo de Atendimento para Atestados por Motivo de Doença", que dá as diretrizes para a validação de atestados médicos na Prefeitura Municipal de Itapevi, bem como para a realização de avaliações e perícias médicas, quando necessário.

Parágrafo único - O "Protocolo de Atendimento para Atestados por Motivo de Doença", bem como todos os seus anexos, passam a fazer parte integrante deste Decreto para todos os fins e efeitos.

Art. 4° - Fica instituído o "Protocolo de Exame Admissional", que dá as diretrizes para a realização de exames médicos admissionais na Prefeitura Municipal de Itapevi.

Parágrafo único - O "Protocolo de Exame Admissional", bem como todos os seus anexos, passam a fazer parte integrante deste Decreto para todos os fins e efeitos.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

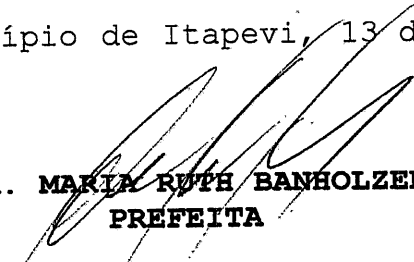
Estado de São Paulo

Art. 5º - O presente Decreto se aplica a todos os Servidores Públicos Municipais Estatutários, Celetistas, Comissionados, Estagiários e participantes dos programas "Frente de Trabalho" e "Conexão Jovem".

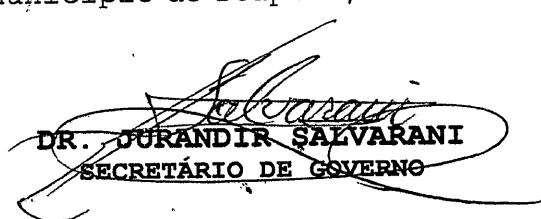
Art. 6º - Fica o Secretário Municipal de Administração responsável pelo cumprimento dos termos deste Decreto.

Art. 7º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Prefeitura do Município de Itapevi, 13 de março de 2012.


DRA. MARIA RUTH BANHOLZER
PREFEITA

Publicado, no Diário Oficial do Município de Itapevi, afixado no lugar de costume e registrado em livro próprio, na Prefeitura do Município de Itapevi, aos 13 de março de 2012.


DR. DURANDIR SALVARANI
SECRETÁRIO DE GOVERNO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br

Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



MEDICINA DO TRABALHO

Protocolo de Atendimento para Atestados por Motivo de Doença

- a) O Atestado válido será entregue na Medicina do Trabalho, que emitirá um protocolo de recebimento (**anexo I**). Válido para Atestados Médicos e Odontológicos).
- b) A cópia do Atestado validado poderá ser retirada após as 10:00h do dia seguinte para ser anexado à Justificativa da Folha de Frequência. Atestados até 4 (quatro) dias.
- c) A Medicina enviará relatório à Secretaria de Administração contendo os afastamentos.
- d) Os atestados originais farão parte do Prontuário Médico do servidor.
- e) Atestados de 5 (cinco) à 15 (quinze) dias, a Medicina do Trabalho agendará avaliação médica para validação.
- f) Atestados com mais de 15 (quinze) dias serão encaminhados para Perícia Médica, devendo o servidor atender as exigências e declarar-se ciente e de acordo no documento (**anexo II**) Obrigatoriedade e Autorização para a Realização de Perícia Médica.
- g) Ao agendar a Perícia Médica, a Medicina do Trabalho solicitará a Secretaria de Administração, através do (**anexo III**) para informar se o servidor responde a qualquer tipo de Processo Administrativo.
- h) Caso exista qualquer processo em tramite, o servidor deverá preencher uma Declaração (**anexo IV**), comprometendo-se em atender todas as convocações.
- i) A perícia médica emitirá parecer (**anexo V**), que será encaminhado à Secretaria de Administração e juntado ao prontuário do servidor.
- j) Será marcada Junta Médica, nos casos de:
 - Afastamento superior a 60 dias;
 - Afastamento superior a dois anos, readaptação e aposentadoria.

Após análise dos documentos: Prontuários, Exames, Relatórios, a Junta Médica emitirá parecer conclusivo obedecendo ao Decreto Municipal nº 4819 de 16/09/2011.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br
Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



MEDICINA DO TRABALHO

Anexo I

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADOS

Nome: _____ Setor: _____

Secretaria: _____ Cargo: _____

Data de recebimento: ____/____/____ Dias: _____ Horas: _____

Recebido por: _____ Médico solicitante: _____

CRM: _____ Unidade Emitente: _____

OBS: SFU ATESTADO DEVERÁ SER RETIRADO APÓS AS 10:00 E ANEXADO A JUSTIFICATIVA JUNTO COM ESTE PROTOCOLO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br
Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



MEDICINA DO TRABALHO

(Anexo II)

COMISSÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Obrigatoriedade e Autorização para a realização de Perícia Médica

É OBRIGATÓRIO apresentar-se no dia da perícia médica até 15 minutos antes do horário marcado, com os seguintes documentos:

1. Documento oficial de identificação com fotos.
2. Relatório(s) atualizado(s) do(s) médico assistente(s) **ORIGINAL(is)**, com no máximo 30 dias de retroação da data marcada para a perícia.
3. Cópia dos resultados dos exames complementares realizados, com apresentação dos exames originais.
4. No retorno para nova avaliação da Perícia Médica, **também é OBRIGATÓRIO** a apresentação dos relatórios e/ou exames solicitados.
5. Preencher declaração de comparecimento e atualização de cadastro.

Caso falte algum documentos solicitado, a Perícia Médica não será realizada.

OBSERVAÇÕES:

O relatório médico deverá conter o nome da patologia, CID 10, início, evolução, restrição, fatores que melhoram e fatores que pioram a patologia, tratamento inicial pregresso e atual e o prognóstico. Deverá ser legível, estar datado, com o nome, CRM, carimbo e assinatura do médico assistente.

Autorizo a divulgação do CID 10 – (Código Internacional da Doença) no parecer.

Confirmo o entendimento.

Declaro estar ciente e de acordo.

Itapevi, SP, _____

Servidor Público do Município de Itapevi



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br
Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



MEDICINA DO TRABALHO

(Anexo III)

Memo S.H.S. nº XXX/2012.

Itapevi, XX de XXXXX de 2012.

À

Secretaria de Administração

Ref.: Consulta / Perícia Médica do Servidor

Nome: _____

Secretaria _____ Cargo _____

Solicitamos a V.Sa. que nos informe, em caráter de urgência, **no prazo máximo de 5 (cinco) dias**, se o servidor em epígrafe, responde atualmente a Processo Administrativo Disciplinar, Sindicância, Averiguação Preliminar, etc.

Tal informação se faz necessária, pois o mesmo tem Consulta / Perícia Médica agendada para ____/____/____.

Atenciosamente,

Dr. Sidney Sepulcre
Secretário de Higiene e Saúde

Ilmo: Sr.
Roberto Camal Rachid
Secretário de Administração



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br
Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



MEDICINA DO TRABALHO

(Anexo IV)

Declaração

Eu _____
R.G. _____ CPF _____, servidor
Municipal de Itapevi, lotado na Secretaria _____,
no cargo de _____, declaro que estou ciente
que respondo a _____ e me
comprometo em comparecer as convocações que me forem feitas, sob pena de
cassação da minha licença médica, exceto se estiver impossibilitado de me
locomover ou internado.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br
Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



MEDICINA DO TRABALHO

(Anexo V)

Parecer da Comissão de Perícia Médica

De acordo com a Lei n.º 223, de 1º de Agosto de 1974, Capítulo IV, Seção I, Artigo 73, a licença depende de Exame Médico e será concedida pelo prazo indicado no laudo ou atestado, podendo ser prorrogada ou suspensão de acordo com a recuperação de saúde do funcionário, a critério médico.

Nome: _____

RG. _____ CPF: _____ Sexo _____

Secretaria: _____ Cargo: _____

Local de trabalho: _____ Admissão: _____

De acordo com Lei n.º 223, de 1º de Agosto de 1974, Capítulo IV, Seção II, Artigo 82 § Único:

() Parecer favorável de afastamento () TEMPORÁRIO () DEFINITIVO das funções por () _____ dias, a partir de _____ e que deverá retornar para nova avaliação médica até fim deste prazo, ou antes em caso de convocação, com relatório do médico assistente, justificando o motivo do afastamento e/ou restrições.

() Parecer favorável à readaptação funcional por () _____ dias, a partir de _____ e que deverá retornar para nova avaliação médica até fim deste prazo, ou antes em caso de convocação, com relatório do médico assistente, qualificando e justificando as restrições.

Devendo não exercer atividades com _____

() Parecer de ALTA MÉDICA, a partir de _____

() Parecer que deverá retornar com relatório médico recente. (afastamento temporário)

() Parecer que deverá passar em JUNTA MÉDICA, com data a ser definida. (afastamento definitivo ou readaptação)

Itapevi, SP, _____

Representante da Comissão de Perícia (nome, carimbo, CRM e assinatura)



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br

Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



MEDICINA DO TRABALHO

Protocolo de Exame Admissional

O Departamento de Medicina do Trabalho, para realização de Exame Médico Admissional, adotou o seguinte protocolo:

- O candidato a servidor será encaminhado pela Secretaria de Administração, com pedido de Exame Médico Admissional, contendo: nome e cargo, ou no caso de Deficientes: nome, cargo e documento comprobatório da deficiência, juntado na inscrição do concurso.
- O exame será agendado, e o servidor preencherá o questionário "Declaração de Saúde – Exame Médico de Saúde Ocupacional".
- O preenchimento deste documento deve ser feito pelo candidato (responder todos os itens), sem rasuras, datado e assinado.
- O candidato será submetido a exame médico, psicológico e receberá o protocolo de realização, cujo Atestado será encaminhado à Secretaria de Administração.
- No caso dos deficientes, o exame médico será precedido de documento que relacione as atribuições e responsabilidades do cargo, solicitado ao Secretário da Pasta onde o servidor atuará.
- A aptidão deverá obedecer às possibilidades e atender plenamente as atribuições e responsabilidades inerentes ao cargo.


Dr. Sidney Sepúlcre
Secretário de Higiene e Saúde



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE
SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO



- () Admissional
() Demissional
() Periódico
() Retorno ao Trabalho

Declaração de Saúde – Exame Médico de Saúde Ocupacional

FUNÇÃO _____ SECRETARIA _____

Nome _____ Estado Civil _____

Endereço _____ Nº _____

Bairro _____ Cidade _____ CEP _____

Sexo _____ RG _____ CPF _____ Nascimento ____/____/____ Idade ____ anos

Naturalidade _____ Telefone _____ Celular _____

Eu _____ declaro, sob pena de responder Civil e Criminalmente, que as informações contidas neste documento expressam a verdade.

Responda às perguntas abaixo, escrevendo SIM ou NÃO e complementando quando necessário

Faz algum tipo de tratamento médico atualmente? _____ Qual? _____

Faz uso habitual de algum medicamento por orientação médica? _____ Qual? _____

Já esteve ou está afastado do trabalho por doença? _____ Qual? _____

É portador de alguma deficiência física _____ Qual? _____

Enxerga bem? _____ Usa Óculos? _____ Escuta bem? _____ Usa aparelho auditivo? _____

Já teve ou tem problemas psiquiátricos? _____ Qual? _____ Atualmente faz tratamento? _____

Já sofreu alguma fratura? _____ Quantas e onde? _____

É alérgico a algum medicamento ou produto químico? _____ Qual? _____

Já foi submetido a alguma cirurgia? _____ Quantas e quais? _____

Faz uso de bebida alcoólica c/ frequência? _____ É fumante? _____ Quantos cigarros por dia? _____

Faz alguma atividade física? _____ Quais? _____

Se mulher: Apresenta alguma alteração no ciclo menstrual? _____ Qual? _____

Data da última menstruação ____/____/____ Quantas gestações? _____ Quantos filhos vivos? _____

Antecedentes Pessoais

Já teve alguma dessas doenças (sim / não)

Diabetes _____

Hipertensão _____

Infarto _____

AVC/Derrame _____

Câncer _____

Convulsões/Desmaios _____

Alergias _____

Tireóide _____

Doenças da Pele _____

Doenças do Pulmão _____

Gastrite/Úlcera/Intestino _____

Genito-Urinário _____

Doenças Ortopédicas _____

Doenças Infecciosas _____

Ansiedade _____

Depressão _____

Insônia _____

Internações _____

Cirurgias _____

Acidentes Domésticos _____

Etilismo _____

Tabagismo _____

Drogas _____

Hemorroidas _____

Obs.: _____

Histórico Ocupacional

Empregos Anteriores	Função	Tempo de Serviço	Uso de EPI
Obs.: _____			

Perguntas	Sim ou Não?	Perguntas	Sim ou Não
Acidente de Trabalho (tipo)		Licenças INSS - D. Ocupacional	
Acidente de Trabalho (tipo)		Licença Maternidade	
Acidente de Trabalho (trajeto)		Readaptação	
Licenças - INSS (Auxílio Doença)		Outros	
Obs.: _____			

Já teve algum dos sintomas abaixo (sim / não:)

Convulsão _____ Escarro c/ sangue _____
Dor no Pélto _____ Sangue / pus urina _____
Desmaio _____ Sangue / pus fezes _____

Doenças na Família (sim / não):

Diabetes _____ Infarto _____
Pressão Alta _____ Câncer _____
Derrame (AVC) _____

Vacinas: Gripe _____ Anti-Tetânica _____ Hepatite _____

Outras _____

Declaro nada ter omitido em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado voluntariamente informações completas e verídicas.

Itapevi, SP, _____ de _____ de _____

Assinatura do declarante

EXAME MÉDICO (Anamnese)

Interrogatório sobre os diversos Aparelhos

Sintomas Gerais:	Sim	Não
Emagrecimento		
Ganho de Peso		
Cansaço		
Fraqueza		

Respiratório:	Sim	Não
Dor torácica		
Falta de ar		
Tosse		
Expectoração		

Cardiovascular:	Sim	Não
Dor precordial		
Palpitação		
Conhecimento da PA		
Varizes de MMII		

Olhos:	Sim	Não
Alteração de Visão		
Inflamação		
Lacrimejamento		
Uso de óculos/lentes		

Gastrointestinal:	Sim	Não
Dores		
Náuseas		
Vômitos		
Azia		
Diarréia		
Hérnia		

Osteomuscular:	Sim	Não
Limitação Movimentos		
Sensação desconforto		
Alteração sensibilidade		
Inchaço		
Cãibras		

Neurológico:	Sim	Não
Traumatismo craniano		
Cefaléia		
Vertigens		
Tontura		
Lipotímia		

Genito-urinário:	Sim	Não
Infecções urinárias		
Corrimentos		
Feridas		
Púridos		
Renal		

Pele:	Sim	Não
Prurido		
Escorlações		
Ferimentos		
Lesões		
Unhas		

Boca:	Sim	Não
Ferimentos		
Dentes conservados		
Uso de prótese		

Obs.:

EXAME CLÍNICO

Enfermagem: PA (mmHg) _____ Frequência cardíaca/min. _____ Peso _____ kg Estatura _____ m

Médicos

Exame físico geral:

Estado geral		
Fáscies	N	A
Corado-	Descorado	
Hidratado-	Desidratado	
Anictérico-	Ictérico	
Acianótico	Cianótico	

Cabeça e Pescoço:

	Normal	Alterado
Crânio		
Olhos		
Orelhas		
Nariz		
Boca		
Linfonodos		
Tireóide		

Pele/unhas:

Discromias	
Lesões	
Acne	
Deformidades	
Obs.:	

Aparelho respiratório _____

Coração _____

Abdômen:

Plano	Globo
Normotenso	Tenso
Ascite	S N
Hérnia	S N

Membros superiores:

	Sim	Não
	D E	D E
Dor		
Deformidade		
Limitação movimento		
Nódulo		
Edema		
Phalen		
Tinel		
Finkelstein		
Yergason		

Membros inferiores:

	Sim	Não
	D E	D E
Dor		
Deformidade		
Limitação movimento		
Edema		
Varizes		

Coluna:

	Sim	Não
Dor		
Escoliose		
Cifose		
Lordose		

Exames complementares (a critério médico)

☐ RX Tórax	☐ ECG
☐ Audiometria	☐ Ergométrico
☐ Acuidade visual	☐ Colesterol F+T
☐ Outros:	

Condições Gerais: _____

Conclusão:

() Apto () Apto com restrições () Inapto

Justificativa: _____

DATA, CARIMBO, CRM E ASSINATURA DO MÉDICO

Itapevi-SP, _____ / _____ / _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

**SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE
SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO**

Exame Psicológico Admissional

____/____/____

Função: _____ Secretaria: _____

Nome: _____

Endereço: _____ n.º _____ Bairro _____ Cidade _____

CEP _____ CPF _____ RG _____

Sexo _____ Estado civil _____ Data de nascimento _____ Idade _____ anos

Naturalidade _____ Telefone _____ Celular _____

ENTREVISTA

CONCLUSÃO:

() Apto () Apto com restrições () Inapto

Justificativo:

DATA, CARIMBO E ASSINATURA DO PSICÓLOGO

CRP

Itapevi-SP, ____/____/____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br
Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



MEDICINA DO TRABALHO

ANEXO II – MODELO DE DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO COMPATIVEL
(Portadores de Deficiência)

Eu, _____
portador(a) da Cédula de Identidade (RG) nº _____, candidato(a) inscrito no Concurso Público da Prefeitura do Município de Itapevi – PMI 001/2012, no cargo de _____ inscrição nº _____, declaro que a deficiência apresentada é compatível com as atribuições e requisitos do cargo pretendido e estou ciente que na ocasião de nomeação, serei submetido a exame admissional realizado por junta Médica da Medicina do trabalho da Administração Municipal, que definirá terminativamente o enquadramento como deficiente e a compatibilidade com os requisitos e atribuições do cargo pretendido.

_____/_____/_____

Assinatura do candidato



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br

Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



MEDICINA DO TRABALHO

ANEXO III - MODELO DE LAUDO MÉDICO (Portadores de Deficiência)

Antes da emissão do laudo conforme modelo abaixo, o médico deverá se certificar de que a(s) deficiência(s) do(a) candidato(a) é(são) compatível(veis) com as atribuições e requisitos do cargo que o candidato irá concorrer. As atribuições dos cargos estão disponíveis no Anexo I do Edital Completo do Concurso Público PMI 001/2012.

ATESTO para os devidos fins que o(a) Sr(a) _____ é portador da deficiência (espécie) _____ código internacional da doença (CID-10) _____ possuindo o(a) mesmo(a) o seguinte grau/nível de deficiência _____

sendo a causa desta deficiência (descrever/apresentar a causa, ou provável causa da deficiência) _____

possuindo o(a) candidato(a) o seguinte nível de autonomia (apresentar o grau de autonomia do(a) candidato(a)) _____

ATESTO ainda que, a deficiência do(a) candidato(a) acima evidenciada é compatível com as atribuições e requisitos do cargo de _____ dispostas no Anexo I do Edital Completo do Concurso Público da Prefeitura do Município de Itapevi – PMI 001/2012.

Se deficiente físico: faz uso de óteses, próteses ou adaptações: () Sim () Não

Se deficiente auditivo: anexar exame de audiometria recente (até 6 meses da data estabelecida para inscrição).

Se deficiente visual: anexar exame de acuidade em AO (ambos os olhos), com especificação da patologia e do campo visual.

Se deficiente mental: data de início da doença __/__/__. Especificar, também, as áreas de limitação associadas e habilidades adaptadas.

Se deficiente com deficiência múltipla: especificar a associação de duas ou mais deficiências.

Outras informações pertinentes: _____

Condições especiais que o(a) candidato(a) necessita para realização da Prova Escrita:

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | Não necessita de condições especiais. |
| ☐ | Necessita de Prova Escrita com o tamanho da letra ampliado. |
| ☐ | Necessita do auxílio de Fiscal para Leitura da Prova. |
| ☐ | Necessita do auxílio de Fiscal para transcrição das respostas no Gabarito. |
| ☐ | Necessita que sua Sala de Prova esteja em um local de Fácil acesso. |
| ☐ | Outra Condição (o candidato deverá protocolar no Setor de Protocolo da Prefeitura, um pedido detalhado Para análise da Comissão do Concurso Público). |

Data de emissão deste laudo: __/__/__ (não superior a 180 dias)

Nome, assinatura do médico que assina este laudo, e ainda, o número do CRM deste especialista na área de deficiência/doença do(a) candidato(a) e carimbo; caso contrário, o laudo não terá validade. Este, também, deverá ser legível, sob pena de não ser considerado válido.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br

Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



MEDICINA DO TRABALHO

Itapevi ____/____/____

Ilmo. Sr.

Secretário de

Ref: Exame Admissional de Deficiente

Solicitamos a V.Sa. em caráter de urgência, no prazo máximo de 5 (cinco) dias, que encaminhe o elenco de atribuições, responsabilidades e atividades do cargo de _____, para que a Medicina do Trabalho possa avaliar com maior detalhamento o candidato que ora se apresenta para o referido cargo e ATESTAR se a deficiência é compatível com as atribuições e responsabilidades inerentes ao cargo.

Medicina do Trabalho
Secretaria de Higiene e Saúde



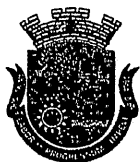
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br
Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



Relação de Exames para Admissão (Critério Médico)

- ✓ Agente Administrativo - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Agente de Ação Social - Exame Médico, Psicológico e Teste Ergométrico.
- ✓ Agente de Fiscalização - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Agente de Saúde - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Ajudante Geral - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Arquiteto - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Assessoras - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Assistente Social - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Auditor Fiscal - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Aux. de Consultório Dentário - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Auxiliar de Contabilidade - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Auxiliar de Desenvolvimento Infantil - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Auxiliar de Enfermagem - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Agente Comunitário de Saúde - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Agente Escolar - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Bibliotecário - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Contador - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Coordenadores - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Coveiro - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Eletricista - Acuidade Visual, Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Enfermeiro - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Farmacêutico - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Fisioterapeuta - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Fonoaudiólogo - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Frente de Trabalho - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Instrutores - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ Lubrificador - Exame Médico e Psicológico e Ácido Hipúrico metilhipurico?
- ✓ Médicos em Geral - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE

e-mail: sec.saude@itapevi.sp.gov.br

Rua Isola Belli Leonardi, 8 - Vila Nova Itapevi - Tel.: 4143-8499 - Itapevi-SP



- ✓ **Monitor** - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Motorista** - Hemograma, Eletrocardiograma, Audiometria, Acuidade Visual, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Nutricionista** - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Odontólogo** - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Operador de máquinas** - Hemograma, Eletrocardiograma, Audiometria, Acuidade Visual, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Pedreiro** - Audiometria, Acuidade Visual, Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Psicólogo** - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Professores em Geral** - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Professor de Educação Física** - Teste Ergométrico, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Técnico de Vigilância Epidemiológica** - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Técnico em Edificações** - Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Técnico de Vigilância Sanitária** - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Técnico de Enfermagem** - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Terapeuta Ocupacional** - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Telefonista** - Audiometria, Acuidade Visual, Hemograma, Exame Médico e Psicológico.
- ✓ **Veterinário** - Hemograma, Exame Médico e Psicológico.

Para todas as funções:

- ✓ **TGO**
- ✓ **TGP**
- ✓ **GAMAGP**
- ✓ **AMILASE**
- ✓ **URÉIA**
- ✓ **CREATININA**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI
SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE
SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO



- () Admissional
() Demissional
() Periódico
() Retorno/Trabalho
() Outros

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Função _____ Secretaria _____

Atesto que _____

R.G. _____ foi clinicamente examinado, estando exposto

aos Riscos Ocupacionais:

() a - Agentes Físicos _____

() b - Agentes Químicos _____

() c - Agentes Biológicos _____

() d - Agentes Ergonômicos _____

() e - AUSÊNCIA DE RISCO OPERACIONAL ESPECÍFICO _____

Comunicamos, ainda, que realizou os seguintes exames complementares:

() 1. _____

() 2. _____

() 3. _____

() 4. _____

Sendo considerado: () APTO () INAPTO

para exercer a função de _____

CID: _____

Recebi a 2ª Via do Atestado de Saúde Ocupacional

Itapevi-SP, ____/____/2008

Assinatura do Trabalhador _____

Carimbo e Assinatura do Médico do Trabalho _____

MEDICINA DO TRABALHO : Rua Geraldo Vasques, 112 - Jardim Cristanópolis - CEP 000-0000 - F. 4141-8499 - Itapevi-SP