



Prefeitura Municipal de Boa Vista
 Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas
 Superintendência de Gestão de Pessoas
 Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança,=
 Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



Secretaria: SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS-SMAG

Identificação:

Nome (Sem abreviar):		
CPF:	Data de Nascimento:	
Estado Civil:	Município de Nascimento:	UF:
Escolaridade:	Formação:	Pós-Graduação:

Endereço:	Nº Residência:	Bairro:
Município:	Complemento:	CEP:
Telefone de Contato:	E-mail:	
Cargo Pleiteado:	Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital): Atribuição do cargo: 1-Atuar visando, essencialmente, a promoção da saúde dos servidores municipais; 2-Buscar, com meios que dispõem a melhor adaptação do trabalho ao homem e a eliminação ou controle dos riscos existentes no trabalho; 3-Conhecer os ambientes e condições de trabalho dos servidores do município sob seus cuidados, para o adequado desempenho de suas funções nos exames ocupacionais e demais atribuições profissionais; 4-Ao constatar enfermidade ou deficiência que incapacite o servidor municipal para a função que vinha exercendo, informá-lo e orientá-lo para a mudança de função; 5-Informar servidores municipais e a Prefeitura Municipal de Boa Vista sobre riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como as medidas necessárias para seu controle; 6- Assistir ao servidor, elaborar seu prontuário médico e fazer todos os encaminhamentos devidos; 7-Fornecer laudos, pareceres e relatórios de exame médico e dar encaminhamento, sempre que necessário, para benefício do paciente e dentro dos preceitos éticos, quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto de tratamento; 8-Atuar visando essencialmente à promoção da saúde e à prevenção da doença, conhecendo, para tanto, os processos produtivos e o ambiente de trabalho da Prefeitura; 9-Avaliar as condições de saúde do servidor para	

**ANALISTA/
MÉDICO DO TRABALHO**





Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Gestão de Pessoas
 Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança,=
 Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



	<p>determinadas funções e/ou ambientes, indicando sua alocação para trabalhos compatíveis com suas condições de saúde, orientando-o, se necessário, no processo de adaptação;</p> <p>10-Dar conhecimento a Prefeitura, servidores, comissões de saúde, Comissões Internas de Prevenção e representantes sindicais, através de cópias de encaminhamentos, solicitações e outros documentos, dos riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como dos outros informes técnicos de que dispuser, desde que resguardado o sigilo profissional;</p> <p>11-Promover a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho, ou outro documento que comprove o evento infortunistico, sempre que houver acidente ou moléstia causada pelo trabalho. Essa emissão deve ser feita até mesmo na suspeita de nexos causal da doença com o trabalho;</p> <p>12-Deve ser fornecida cópia dessa documentação ao servidor;</p> <p>13-Notificar, formalmente, o órgão público competente quando houver suspeita ou comprovação de transtornos da saúde atribuíveis ao trabalho, bem como recomendar à Prefeitura a adoção dos procedimentos cabíveis, independentemente da necessidade de afastar o empregado do trabalho;</p> <p>14-Atuar junto à Prefeitura para eliminar ou atenuar a nocividade dos processos de produção e organização do trabalho, sempre que haja risco de agressão à saúde;</p> <p>15-Responsabilizar-se por atos que concorram para agravos à saúde do servidor conjuntamente com os outros médicos que atuem na Prefeitura e que estejam sob sua supervisão nos procedimentos que envolvam a saúde do servidor, especialmente com relação à ação coletiva de promoção e proteção à sua saúde;</p> <p>16-Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.</p>
--	--

Possui Vínculo Com Serviço Público:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Secretaria:	Sector de Lotação:	Telefone:
Cargo (01):	Matrícula (01):	
Cargo (02):	Matrícula (02):	
Vínculo Funcional: <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Cargo Comissionado <input type="checkbox"/> Celetista/Seletivado		
Possui Outros Vínculos (Privado): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Está no Exercício de suas Funções? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		





Prefeitura Municipal de Boa Vista
 Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas
 Superintendência de Gestão de Pessoas
 Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança, =
 Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



ORIENTAÇÕES GERAIS AO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO:

- SENDO DE SEU CONHECIMENTO, INFORMAR O MÉDICO PERITO SE É PORTADOR OU SOFREDOR DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES;
- O FORMULÁRIO DEVERÁ SER CORRETA E TOTALMENTE PREENCHIDO. A OMISSÃO OU OCULTAÇÃO DE INFORMAÇÕES, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO, PODERÁ CARACTERIZAR FRAUDE, COM AS CONSEQUÊNCIAS PREVISTAS EM LEI;
- HAVENDO DÚVIDA SOBRE O PREENCHIMENTO DE CAMPOS ESPECÍFICOS DESTE FORMULÁRIO, DEIXAR EM BRANCO E ESCLARECER NA AVALIAÇÃO COM O MÉDICO PERITO.
- O MÉDICO PERITO PODERÁ SOLICITAR PARECER ESPECIALIZADO E EXAMES COMPLEMENTARES, SE NECESSÁRIO;
- DURANTE O ESTÁGIO PROBATÓRIO O AVALIADO PODERÁ SER CONVOCADO PARA NOVA AVALIAÇÃO PERICIAL.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Qualquer de seus familiares direto de pai e mãe, como irmãos, filhos, tios(as), avós mesmo falecidos tem ou tiveram algumas das doenças abaixo:

ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO	ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO
01. TUBERCULOSE				05. ASMA			
02. DIABETE				06. SURDEZ			
03. DOENÇA DO CORAÇÃO E PRESSÃO ALTA				07. DOENÇA MENTAL			
04. CÂNCER							

ANTECEDENTES PESSOAIS

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
08. DOENÇAS DO CORAÇÃO/PRESSÃO ALTA/INFARTO			16. OTITE CRÔNICA/ZUMBIDOS		
09. DOR NO PEITO/PALPITAÇÕES			17. INSÔNIA		
10. ASMA, BRONQUITE/RINITE, SINUSITE			18. ESTRESSE		
11. TOSSE CRÔNICA			19. FRATURA COM SEQUELAS		
12. DOENÇAS RENAIAS			20. CONVULSÕES		
13. DOENÇAS DO FIGADO (HEPATITE, CIRROSE, ETC.)			21. CONSIDERA-SE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS		
14. DIABETES			22. FAZ USO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS?		
15. DOENÇAS NO ESTÔMAGO (ULCERA, GASTRITE, ETC)			23. FAZ USO REGULAR DE OUTRO MEDICAMENTO?		

Rua General Penha Brasil, 1.011 – São Francisco – Palácio 9 de Julho
 Fone (095) 98402-9752 – CEP 69.305-130 – Boa Vista – Roraima
www.boavista.rr.gov.br



VERIFIQUE A AUTENTICIDADE DESTE DOCUMENTO EM:
<http://portalcidadao.prefeitura.boavista.br/verificacao.aspx> INFORMANDO O CÓDIGO: 4F491BA



Prefeitura Municipal de Boa Vista
 Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas
 Superintendência de Gestão de Pessoas
 Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança, =
 Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



ANTECEDENTES PESSOAIS					
		SIM	NÃO		
24. RESFRIADOS REPETITIVOS				28. PRÁTICA ESPORTE COM FREQUÊNCIA?	
25. PERDA DE VISÃO (TOTAL, PARCIAL, ETC.)				29. É ALÉRGICO A ALGUM PRODUTO DE LIMPEZA/FAXINA? QUAL? _____	
26. PERDA DE AUDIÇÃO (TOTAL, PARCIAL, ETC.)				30. É ALÉRGICO A ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? QUAL? _____	
27. JÁ ESTEVE INTERNADO ALGUMA VEZ					

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS	SIM	NÃO / NÃO SE APLICA
31. SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE ATUAL EXIGE ALGUMA LIMITAÇÃO PARA SEU TRABALHO?		
32. JÁ ESTEVE AFASTADO PELO INSS?		
33. JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE EM TRABALHOS ANTERIORES		
34. CASO POSITIVO FOI EMITIDA (C.A.T) COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO?		
35. CASO POSITIVO, VOCÊ FICOU COM ALGUMA SEQUELA DO ACIDENTE DE TRABALHO		
36. PODE EXECUTAR TAREFAS PESADAS, DENTRO DO SEU LIMITE DE TOLERÂNCIA?		
37. RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO?		
38. JÁ APRESENTOU ALGUMA SEQUELA: COMO DOENÇA RELACIONADA DO TRABALHO? DOENÇA OCUPACIONAL?		
39. JÁ ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO POR PERÍODO SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS POR ACIDENTE OU DOENÇA ADQUIRIDA NO SEU TRABALHO, CASO A REPOSTA SEJA SIM, DESCREVA-O. _____		
40. JÁ EXERCEU ALGUM TRABALHO QUE EXIGIA USO DE EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?		
41. APRESENTOU ALGUM PROBLEMA COM USO DO EPI (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL)?		
42. JÁ SE SUBMETEU A ALGUM EXAME COMPLEMENTAR EM TRABALHO ANTERIOR COMO: AUDIMETRIA, RX DE TÓRAX, ACUIDADE VISUAL, SANGUE, URINA, FEZES ETC?		





Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas
Superintendência de Gestão de Pessoas
 Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança,=
 Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



43. DE FORMA RESUMIDA, RELATE SUAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS.

44. POSSUI ALGUMA QUALIFICAÇÃO? SE SIM, DESCREVA.

DECLARO PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, SEREM AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA VERDADEIRAS. E QUE ESTOU CIENTE DOS RESULTADOS DOS EXAMES E DO PARECER MÉDICO, BEM COMO QUE AUTORIZO O USO DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS, FICHAS MÉDICAS E OUTROS DOCUMENTOS PARA FINS MÉDICO LEGAIS.

DATA:

/ /

ASSINATURA DO CANDIDATO APROVADO EM CONCURSO PÚBLICO





Prefeitura Municipal de Boa Vista
 Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas
 Superintendência de Gestão de Pessoas
 Departamento Serviço Especializado em Engenharia de Segurança,
 Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional



HISTÓRICO DE SAÚDE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO

AVALIAÇÃO PERICIAL - MÉDICA (APRESENTADO O PARECER E/OU EXAME)

APTO

INAPTO

DATA E LOCAL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA DO SERVIDOR

