



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 SAÚDE – SMSA

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:	

<p>Cargo Pleiteado:</p> <p style="text-align: center;">ANALISTA/ TERAPEUTA OCUPACIONAL</p>	<p>Função/Competência do Cargo (Conforme o Edital):</p> <p>Atribuição do cargo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional, objetivando restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente; 2-Realizar diagnósticos, intervenções e tratamentos de pacientes, utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional; 3-Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida; 4-Programar as atividades diárias do paciente, orientando-o na execução das mesmas; 5-Elaborar e aplicar testes para avaliar níveis de capacidade funcional e sua aplicação; 6-Orientar a família ou responsável pelo paciente e a comunidade quanto às condutas terapêuticas a serem observadas para a sua aceitação no meio social; 7-Prestar orientação para fins de adaptação ao uso de órtese e prótese; 8-Divulgar métodos e técnicas de terapia ocupacional; prescrever, ministrar e supervisionar terapia ocupacional, objetivando preservar, manter, desenvolver ou restaurar a capacidade funcional dos pacientes; 9-Elaborar testes específicos para avaliar níveis de capacidade funcional e sua aplicação; 10-Adaptar meios e materiais disponíveis para o desempenho funcional do paciente; 11-Adaptar o uso de órteses e próteses necessárias ao desempenho funcional do paciente, quando for o caso; 12-Participar de equipes multidisciplinares e
---	--





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

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?		
ANTECEDENTES PESSOAIS					
		SIM	NÃO		SIM
					NÃO
24. RESFRIADOS REPETITIVOS			28. PRATICA 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?			





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

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. APESENTOU 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?		
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

