## ANEXO II - FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE DOENÇA OCUPACIONAL

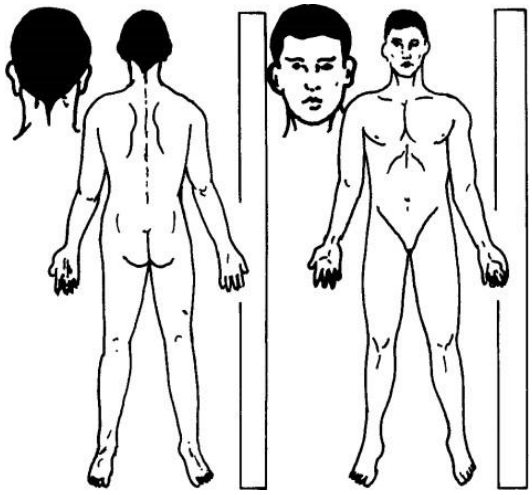
*( ) ABERTURA ( ) REABERTURA*

**DADOS DO(A) SERVIDOR(A):**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. **Nome:** | | | 2. **Vínculo:** ( )Celetista ( )Estatutário ( )CC ( )Estagiário ( )Contrato | |
| 3. **Idade:** | 4. **Sexo:** M( ) F( ) | 5. **Cargo:** | 6. **Secretaria:** | |
| 7. **Local de Trabalho:** | | 8. **Tempo na função:** | | 9. **Telefone:** |
| 10. **Endereço:** | | | | |

**DADOS DO AGRAVO:**

| | | |
|---|---|---|
| 11. **Sinais e sintomas:** *1. Sim 2. Não* | \|__\| Alteração de sensibilidade \|__\| Diminuição de força muscular \|__\| Inflamação \|__\| Formigamento \|__\| Diminuição de movimentos \|__\| Dor \|__\| Outro: ..... | |
| 12. **Tempo de exposição ao agente de risco:** \|__\|__\| \|__\| *1. Hora 2. Dia 3. Mês 4. Ano* | 13. **Realiza atividade física habitual?** ( ) Sim ( ) Não | 14. **Qual(is)?** |
| 15. **Já buscou atendimento médico?** ( ) Sim ( ) Não | 16. **Trabalho extra-prefeitura:** ( ) Sim ( ) Não | 17. **Qual(is)?** |
| 18. **Uso de drogas:** \|__\|\|__\| Cigarro \|__\|\|__\| Álcool \|__\|\|__\| Outras *1. Sim 2. Não \| A. Habitual B. Frequente C. Eventual* | | 19. **Parte do Corpo Atingida:** |
| 20. **Com afastamento do trabalho:** ( ) Melhora ( ) Piora ( ) Não sei | 21. **Peso (kg):** | 22. **Altura (m):** |
| 23 **Descrição detalhada do agravo:** ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....*[continuar no verso se necessário]* | | |



*(Marcar com um X o local agravado, se houver)*

**Descreva as partes:**.....

| | | |
|---|---|---|
| 24. **Testemunhas – nome:** a)..... b)..... c)..... | 25. **Testemunhas – cargo:** ..... ..... ..... | 26. **Testemunhas – telefone:** ..... ..... ..... |

27. **Tipo de lesão (natureza):**
( ) Lesão por esforço repetitivo - LER; ( ) Câncer; ( ) Alergia; ( ) Hérnia; ( ) Dermatose; ( ) Lombalgias; ( ) Cefaleia [dor de cabeça]; ( ) Perda auditiva; ( ) Doenças respiratórias; ( ) Outras .....

28. **Principal agente causador:**
( ) Movimento repetitivo membro superior; ( ) Movimento repetitivo membro inferior; ( ) Carregamento manual de carga; ( ) Postura estática sentada; ( ) Postura estática de pé; ( ) Agentes irritantes à pele; ( ) Ruído; ( ) Poeira, gases, névoa, vapor; ( ) Microorganismos; ( ) Vibração; ( ) Outros .....

29. **Principal situação geradora:**
( ) Mobiliário inadequado; ( ) Maquinário deficiente; ( ) Esforço físico intenso; ( ) Exposição a agentes químicos; ( ) Exposição a ruído; ( ) Exposição à vibração; ( ) Exposição à poluição da água; ( ) Processo de trabalho; Outros .....

| | | |
|---|---|---|
| 30. **Data preenchimento:** | 31. **Auxiliar das informações:** | 32. **Assinatura do servidor:** |

**PREENCHIMENTO DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL:** ***(NÃO PREENCHER)***

| | | |
|---|---|---|
| 33. **Haverá necessidade de afastamento?** ( ) **Sim** ( ) **Não** ( ) **Talvez** Número de dias: ..... | | 34. **Nome do médico que assistiu de imediato:** ..... CRM: ..... |
| 35. **CID 10:** | 36. **Data da homologação:** | 37. **Nexo causal:** ( ) **Sim** – causa necessária ( ) **Talvez** ( ) **Sim** – fator contributivo ( ) **Não** – causa não necessária |
| 38. **Data início:** | 39. **Data previsão de retorno:** | |

40. **Necessita auxílio da Divisão de Psicologia?**
( ) Não ( ) Sim, motivo: ( ) definição do nexo causal ( ) acompanhamento psicológico ( ) Outro: .....

41. **Observações:**
.....
.....
.....
.....

**ACOMPANHAMENTO:** ***(NÃO PREENCHER)***

42. **Evolução do caso:**
( ) Cura ( ) Incapacidade temporária ( ) Incapacidade parcial ( ) Incapacidade total ( ) Óbito — Em ..... /..... /.....

43. **Observações:**
.....
.....

44. **Parecer da CIPA:**

| | | |
|---|---|---|
| ( ) Afastamento do agente de risco com mudança de função ou posto de trabalho | ( ) Afastamento do local de trabalho | ( ) Adoção de mudança na organização do trabalho |
| ( ) Adoção de proteção coletiva | ( ) Adoção de outra medida administrativa | ( ) Adoção de Proteção Individual |
| ( ) Nenhuma | ( ) Outros: ..... | Em ..... /..... /..... |

45. **Observações:**
.....
.....

**ASSINATURAS:**

| | | |
|---|---|---|
| 46. **Data Chefia/secretário:** ..... /..... /..... | | 47. **Data do atendimento do serviço médico oficial:** ..... /..... /..... |
| **Assinatura Chefia Imediata** | **Assinatura Secretário** | **Assinatura e carimbo - Serviço Médico Oficial** |

48. **Data do recebimento pelo RH:** ..... /..... /.....

**Assinatura e carimbo do responsável do RH**

**NOTAS:**

PODERÁ RESPONDER PELAS SANSÕES PREVISTAS NA LEI MUNICIPAL Nº 3.072/2002 E CÓDIGO PENAL BRASILEIRO AQUELE QUE DECLARAR INFORMAÇÃO FALSA;

O PREENCHIMENTO DESTE DOCUMENTO É OBRIGATÓRIO PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS;

FICARÁ ASSEGURADO O EFETIVO DIREITO SE O SERVIDOR GOZAR DOS BENEFÍCIOS PREVISTOS EM LEI QUANDO CONSTATADO O NEXO CAUSAL ENTRE A DOENÇA E O TRABALHO EXERCIDO.

*Esta FIDO deverá ser emitida em via única.* — *( ) Sistema | ( ) RINA | ( ) SINAN | ( ) Prontuário*