Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE

# PCMSO

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
Portaria n º 567, de 10 de Março de 2022.

**Vigência do PCMSO: SETEMBRO/2026 a SETEMBRO/2027.**

**ANS - nº 31572-9**

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



| Vigência do PCMSO | 15/09/2026 á 15/09/2027 |
|---|---|

| Identificação | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa<br>MUNICIPIO DE PIRACICABA | | | | |
| Endereço<br>RUA VITORIO LAERTE FURLAN, 947 , | | | Complemento | CNPJ<br>46.341.038/0001-29 |
| CEP<br>13405430 | Cidade<br>PIRACICABA | | Bairro<br>ALGODOAL | UF<br>SP |
| CNAE | Grau de Risco | Descrição CNAE | | |

| Identificação da Unidade Contratante | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa<br>MUNICIPIO DE PIRACICABA | | | | |
| Endereço<br>R ANTONIO CORREA BARBOSA , 2233 | | | Complemento | CNPJ<br>46.341.038/0001-29 |
| CEP<br>13400-900 | Cidade<br>PIRACICABA | | Bairro<br>CHACARA NAZARETH | UF<br>SP |
| CNAE<br>8411-6/00 | Grau de Risco<br>1 | Descrição CNAE<br>Administração pública em geral | | |

## I CITAÇÃO DO EMBASAMENTO LEGAL DA CONFECÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PCMSO SEGUNDO A CLT ART. 168 E 169

Legislação disposta nos artigos 168 e 169 da seção IV do capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), dada pela redação das leis 7855 de 24 de outubro de 1989 e 6514 de 22 de dezembro de 1977, respectivamente, regulamentada pela Portaria 3214 de 8 de junho de 1978 e aprimorada pela portaria nº. 240 de dezembro de 1994.
NR-7, Norma Regulamentadora nº 7, é o sétimo capítulo, a sétima Norma, contida na Portaria n. 3.214/78. Atualmente esta Norma recebe o nome de "PCMSO Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional"
O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional se baseia, para seu desenvolvimento, principalmente nas informações obtidas mediante visitas aos locais de trabalho, no PGR e nas informações obtidas junto aos trabalhadores.

## II - FINALIDADES

a) Promoção e manutenção da saúde e bem estar físico e psíquico do indivíduo e dos trabalhadores em geral.
b) Harmonização do trabalhador no ambiente de trabalho, mediante informações obtidas pelo **PGR** somadas às ações do **PCMSO.**

## III METAS PRIORITÁRIAS

a) Dar pleno cumprimento à Legislação Trabalhista na área de Segurança e Medicina do Trabalho.
b) Criar e manter uma cultura preventiva na Empresa, mediante o envolvimento de todos os níveis hierárquicos nas ações desenvolvidas.
c) Prevenir, identificar e tratar doenças profissionais e ou acidentes de trabalho. Identificar e encaminhar patologias de ordem geral capazes de interferir com o bom equilíbrio do indivíduo.
d) Atuar preventivamente no ambiente de trabalho e nas ações do trabalhador a fim de se reduzir ao máximo a ocorrência de doenças profissionais e ou acidentes de trabalho.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



## IV- AÇÕES PRIMÁRIAS DE SAÚDE

a) Promoção da saúde do trabalhador:
A Promoção de saúde aborda um sentido amplo, pode ser executada através de mídias digitais com informações de saúde, palestras e informes diversos (cartazes, folders, treinamentos, vídeos, etc.), proporcionando conhecimento ao trabalhador sobre medidas de saúde e bem estar, como também qualidade de vida.

b) Proteção a saúde e prevenção de doenças e acidentes de trabalho:
São medidas que visam evitar a deflagração de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, através de orientações gerais sobre: riscos, higiene ocupacional, física e ambiental, domínio consciente das ações produtivas;
Como medida de proteção os trabalhadores são orientados a seguir as precauções padrão e a utilização do Equipamentos de Proteção Individual - EPI que deve ser fornecido pela empresa sem ônus ao trabalhador.
32.3.9.4.7 Além do cumprimento do disposto na legislação vigente, os Equipamentos de Proteção Individual - EPI devem atender as seguintes exigências:
a) ser avaliados diariamente quanto ao estado de conservação e segurança;
b) estar armazenados em locais de fácil acesso e em quantidade suficiente para imediata substituição, segundo as exigências do procedimento ou em caso de contaminação ou danos.

## V AÇÕES SECUNDÁRIAS DE SAÚDE

São as ações cuja finalidade principal é investigar com base nas queixas e nos sinais e sintomas e diagnosticar precocemente, doenças em suas fases iniciais, e adotar as medidas necessárias à mudança de curso do problema detectado, direcionando ao tratamento adequado.
As principais ferramentas para implementar as ações secundárias são as abordagens médicas dos trabalhadores mediantes:
**Exames Médicos:**
Admissional
Periódico
Mudança de Riscos Ocupacionais
Retorno ao Trabalho
Demissional.

## A) Exame Médico Admissional:

- Deverá ser realizado antes do início das atividades do trabalhador em seu novo posto de trabalho.

Metas principais:

a) Avaliar a capacidade de realização dos trabalhos a serem desenvolvidos, com segurança, eficácia e máximo desempenho pr ofissional.
b) Avaliar e identificar patologias que possam ser agravadas pelo exercício profissional.
c) Diagnosticar doenças que necessitem tratamento a fim de promover a saúde do candidato.
d) Dar início à integração do postulante ao serviço, mediante elucidação dos principais riscos e meios de proteção capazes de p romover e proteger sua integridade física e mental.
O exame admissional constará de anamnese de saúde ocupacional e avaliação clínica incluindo exame físico geral e especial mais avaliação do estado de saúde mental. Os exames complementares serão definidos pelos riscos presentes na atividade a s er desenvolvida e a critério clínico.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**B) Exame Médico Periódico**

Será realizado anualmente, para todos os trabalhadores (salvo especificações em contrário).

Os objetivos do exame periódico são:

a) Avaliar as repercussões da atividade laboral na saúde do trabalhador;
b) Diagnosticar precocemente as alterações de saúde relacionadas ou não com o trabalho;
c) Dar continuidade ao trabalho educacional de promoção e proteção da saúde;
d) Detectar precocemente desvios e falhas das medidas de controle ambiental.

O exame periódico constará de uma avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental. A realização de exames complementares é definida pelos riscos existentes na função/atividade desenvolvida (alguns obrigatórios segundo a NR-7), e pelos achados da avaliação clínica.
A periodicidade dos exames complementares obedecerá aos critérios estabelecidos em lei e os estabelecidos pelo médico examinador.

**C) Exame Médico de Mudança de Riscos Ocupacionais**

- Deve obrigatoriamente ser realizado antes da data da mudança, adequando-se o controle médico aos novos riscos. Sempre que ocorrer qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor, que implique na exposição do trabalhador.

Os objetivos do exame de mudança de riscos ocupacionais são:

a) Avaliar se o trabalhador é capaz de desenvolver a nova tarefa da qual vai ser responsável com segurança individual e coletiva e eficiência, isto é, procurar detectar alterações de saúde que predisponham a acidentes de trabalho e doenças profissionais;
b) Identificar alterações de saúde que possam ser agravadas pelo exercício da nova atividade laboral.
c) Orientar o trabalhador sobre as medidas primárias de saúde, com instruções e recomendações quanto aos novos riscos da atividade profissional a ser desenvolvida e como promover e proteger a sua saúde.
**OBS:** Quando houver transferência de um trabalhador com a mesma função por qualquer motivo que seja, ou gestação para outro ambiente de trabalho com novos riscos e consequentemente novos exames, será emitido novo ASO.

O exame de mudança de função constará de uma avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico geral, especial e mental. A realização de exames complementares é definida pelos riscos presentes na nova atividade/função a ser desenvolvida (alguns obrigatórios segundo a NR-7) e pelos achados da avaliação clínica.

**OBS: Transferência de função da empregada gestante, quando as condições de saúde assim o exigirem, encontra respaldo no parágrafo 4º, inciso I do art. 392 da CLT:**

a) A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário. (Redação dada pela Lei nº 10.421, 15.4.2002) (Vide Lei nº 13.985, de 2020)
b) Dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares. (Incluído pela Lei nº 9.799, de 26.5.1999)
c) É assegurada a toda e qualquer empregada gestante a transferência de função quando a atividade normalmente prestada for prejudicial à gestação, assegurada a retomada da função anteriormente executada logo após o retorno ao trabalho, para a preservação da saúde durante a gestação. (Incluído pela Lei nº 9.799, de 26.5.1999)

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**D) Exame Médico de Retorno ao Trabalho**

- No exame de retorno ao trabalho, o exame clinico deve ser realizado antes que o empregado reassuma suas funções, quando ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não.

Os objetivos do exame de retorno ao trabalho são:

a) Avaliar se o trabalhador, após recuperação de sua saúde, mantém a capacidade de desenvolver a mesma atividade laboral d esenvolvida antes do afastamento, com segurança e eficiência, isto é, procurar detectar alterações de saúde (sequelas e /ou lim itações físicas e/ou mentais) que predisponham a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.
b) No caso de inaptidão à função anteriormente exercida, deverão ser caracterizadas as limitações físicas e mentais que acome tem o trabalhador, visando orientar os profissionais de Recursos Humanos na reabilitação/readaptação profissional deste trabal hador, restrições à atividades desenvolvidas, sugestões de mudança de função, acompanhamento com especialistas, entre outros; indicadas pelo médico examinador para cada caso avaliado.

**OBS:** O nexo técnico epidemiológico previdenciário (NTEP) e o encaminhamento ao INSS são condutas perante a avaliação de médico assistente especialista que avalia e verifica o diagnóstico preexistente de cada trabalhador em decorrência de suas queixas, atividade laboral ou condições do seu histórico clínico, de seus hábitos de vida e exames complementares. Com base nesse contexto o médico assistente avalia a real necessidade de um afastamento previdenciário. Como também, nos casos de acidente de trabalho, o trabalhador será avaliado no pronto atendimento de referência e a conduta do médico assistente em relação ao afastamento seguirá conforme necessidade e gravidade do caso.

O exame de retorno ao trabalho constará de uma avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional, e exame físico e ment al. A realização de exames complementares será definida pelos riscos presentes na atividade/função desenvolvida (alguns obrig atórios segundo a NR 7), e pelos achados da avaliação clínica.

**E) Exame Médico Demissional**

Deve ser realizado obrigatoriamente **em até 10 dias contados a partir do término do contrato** a data da homologação. Para empresas de graus de risco 1 e 2, se o último exame ocupacional do funcionário a ser demitido tiver sido realizado dentro dos 135 dias (centro e trinta e cinco) dias retroativos, não há necessidade de realizar exame demissional conforme NR7 (somente para exames clínicos).
Se o funcionário constar no ASO exame de **audiometria** a validade será de 120 dias.
Para as empresas com graus de risco 3 e 4, se o último exame ocupacional for realizado dentro dos 90 dias retroativos, a contar com a data da homologação, não há necessidade de realizar o exame demissional conforme NR7.
Os objetivos do exame demissional são:
a) Avaliar as repercussões da atividade laboral na saúde do trabalhador, diagnosticando as alterações de saúde relacionadas o u não com o trabalho;
b) Detectar alterações de saúde que, embora não relacionadas com o trabalho e não motivadoras de inaptidão necessitem de tr atamento médico especializado (ou término do mesmo) antes da demissão.

O exame Demissional constará de uma avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional, exame físico e mental. A realiza ção de exames complementares é definida pelos riscos presentes na atividade/função que era desenvolvida pelo trabalhador (alguns obrigatórios segundo a NR-7), pelos achados na avaliação clínica e data dos exames complementares realizados no último periódico.

**Para trabalhadores que exercem as funções Teleatendimento / Telemarketing quanto às condições de saúde. Conforme NR 17 Anexo 2 - (Redação dada pela Portaria MTP n.º 423 de 07 de outubro de 2021)**

1. No sentido de promover a saúde vocal dos trabalhadores, os empregadores devem implementar, entre outras medidas:
2. a) modelos de diálogos que favoreçam micro pausas e evitem carga vocal intensiva do operador;
3. b) redução do ruído de fundo;
4. c) estímulo à ingestão frequente de água potável fornecida gratuitamente aos operadores.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL MEI, MICROEMPRESA - ME E EMPRESA DE PEQUENO PORTE - EPP (NR - 7.7)**

7.7.1 As MEI, ME e EPP desobrigadas de elaborar PCMSO, de acordo com o subitem 1.8.6 da NR 01, devem realizar e custear exames médicos ocupacionais admissionais, demissionais e periódicos, a cada dois anos, de seus empregados.
7.7.1.1 Os empregados devem ser encaminhados pela organização, para realização dos exames médicos ocupacionais, a: a) médico do trabalho; ou b) serviço médico especializado em medicina do trabalho, devidamente registrado, de acordo com a legislação.

**RISCOS E SEUS AGENTES**

Os riscos no ambiente laboral podem ser classificados em cinco tipos, de acordo com a Portaria nº 3.214, do Ministério do Trabalho do Brasil, de 1978. Esta Portaria contém uma série de normas regulamentadoras que consolidam a legislação trabalhista, relativas à segurança e medicina do trabalho. Encontramos a classificação dos riscos na sua Norma Regulamentadora n0 5 (NR-5):

**1. Riscos de acidentes**
Qualquer fator que coloque o trabalhador em situação vulnerável e possa afetar sua integridade, e seu bem-estar físico e psíquico. São exemplos de risco de acidente: as máquinas e equipamentos sem proteção, probabilidade de incêndio e explosão, arranjo físico inadequado, armazenamento inadequado, etc.

**2. Riscos ergonômicos**
Qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. São exemplos de risco ergonômico: o levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho, etc.

**3. Riscos físicos**
Consideram-se agentes de risco físico as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, calor, frio, pressão, umidade, radiações ionizantes e não-ionizantes, vibração, etc.

**4. Riscos químicos**
Consideram-se agentes de risco químico as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo do trabalhador pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos gases, neblinas, névoas ou vapores, ou que seja, pela natureza da atividade, de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão.

**5. Riscos biológicos**
Consideram-se como agentes de risco biológico as bactérias, vírus, fungos, parasitos, entre outros.

Referências Bibliográficas
BRASIL. Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978 NR - 5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. In: SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. 29. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 489 p. (Manuais de legislação, 16).

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



## VI ACIDENTE DE TRABALHO

**Tipos de acidente:**
**Típico**: toda lesão corporal ou disfunção que no exercício do trabalho ou por motivo dele, resultar de causa externa, súbita, imprevista ou fortuita que cause a morte, ou incapacidade para o trabalho, total ou parcial, permanente ou temporário;
**Trajeto**: acidente de qualquer natureza ocorrido no trajeto trabalho, casa / casa, trabalho, conforme descritivo padrão cadastrado no Departamento Pessoal. Ainda é considerado acidente de trajeto, o roteiro trabalho / trabalho, quando o colaborador vier à empresa de outro vínculo, desde que devidamente cadastrado. No caso do colaborador sofrer acidente indo para outro vínculo empregatício, a responsabilidade é deste.
**Biológico:** todo aquele acidente que envolver material biológico, sangue e seus derivados, fluídos corpóreos ou químicos potencialmente contaminados.

**Quando ocorrer acidente biológico:**

O colaborador deve lavar imediatamente o local do ferimento com água corrente e sabão rapidamente, nos casos de exposição percutânea ou cutânea. Se houver perfuração com material perfuro cortante, guardá-lo para investigação.
Irrigar exaustivamente com água ou solução salina fisiológica as mucosas atingidas.
A Unidade de Pronto Atendimento que realizou o atendimento deve preencher o SINAN (Sistema de informação de agravos de notificação) e encaminhar para o CEDIC com as devidas informações;
Preencher as autorizações solicitadas pela enfermagem do pronto atendimento;
Realizar a coleta dos exames (anti-HVC, anti-HIV, anti-HBS, anti-HBS AG) e o teste rápido de HIV;

Em seguida é finalizado o registro da SINAN e o trabalhador é encaminhado ao CEDIC.
Nos casos em que o resultado do teste rápido constar positivo, o médico prescreve o medicamento antirretroviral, a primeira dose de ataque, orientar e encaminhar o colaborador ao CEDIC no primeiro dia útil subsequente, com a cópia da SINAN em mãos. Verificando se dará continuidade no tratamento medicamentoso e receber as próximas doses no local, todo tratamento é realizado pelo CEDIC de Piracicaba localizado na Rua do Trabalho nº 634 - Vila independência.

## COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT

A empresa emite, em até 24 horas, a Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando é constatada a ocorrência ou agravamento de doenças ocupacionais bem como de acidentes típicos ou de trajeto, por meio de análise da equipe médica e exames complementares realizados.
Compete ao médico coordenador do PCMSO, ou médico designado por este, solicitar a emissão da CAT, documentando em prontuário e indicando, quando necessário, o afastamento do colaborador da exposição ao risco ou do trabalho. Também encaminhar o colaborador a Previdência Social para estabelecimento do nexo causal, avaliação da incapacidade e definição previdenciária em relação ao trabalho.

A partir de Junho de 2021, através da PORTARIA SEPRT/ME Nº 4.334, DE 15 DE ABRIL DE 2021, O SECRETÁRIO ESPECIAL DE PREVIDÊNCIA E TRABALHO DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 71, incisos I e II, "a" e o art. 180 do Anexo I do Decreto nº 9.745, de 8 de abril de 2019, resolve:
Art. 1º A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), de que trata o art. 22 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, será cadastrada exclusivamente em meio eletrônico: I - pelo eSocial, na forma estabelecida no Manual de Orientação do eSocial (MOS), disponível no sítio eletrônico do eSocial na internet, a partir da obrigatoriedade do evento S-2210 para o emissor da CAT, nos seguintes casos:
II - para os demais autorizados à formalização do documento, exclusivamente pela aplicação disponível no sítio eletrônico da Previdência Social, nos termos do disposto no 2º do art. 22 da Lei nº 8.213, de 1991. Parágrafo único. Para os responsáveis mencionados no inciso I do caput, enquanto não obrigados ao envio do evento S-2210 no eSocial, será aplicada a forma de envio prevista no inciso II.

Art. 2º A CAT, a partir da vigência desta Portaria, somente poderá ser encaminhada pelos meios previstos no art. 1º, não sendo possível o protocolo físico do documento nas Agências da Previdência Social.
A equipe de Medicina Ocupacional orienta a empresa quando há necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho.
Todo caso de doença ocupacional é reconhecido, e comunicado aos órgãos competentes. Cada caso é avaliado por uma equipe, envolvendo a área médica, segurança do trabalho.

O acidente deve ser informado imediatamente ao ambulatório médico, caso a empresa não possua, informar o setor de Recursos Humanos. O acidentado deve ser encaminhado para Unidade de Pronto atendimento mais próximo (e levar o paciente fonte se tiver) para atendimento médico, onde é realizada a investigação clínica e antecedente, solicitada exames necessários, e quando for o caso aberta a RAAT.
Cabe ao departamento responsável da empresa, realizar a investigação do acidente, e realizar o registro da CAT em 24 horas ou com justificativa de atraso (CEREST / INSS), em caso de necessidade.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**PROFISSIONAS DA SAÚDE**

Neste grupo, será obrigatório o controle de vacinas.
Segundo a NR-32:
32.2.3.1 O PCMSO, além do previsto na NR 07, e observando o disposto no inciso I do item 32.2.2.1, deve contemplar:
e) o programa de vacinação.
32.2.4.17 Da Vacinação dos Trabalhadores
32.2.4.17.1 A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO.
32.2.4.17.2 Sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente.
32.2.4.17.3 O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço.
32.2.4.17.4 A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde.
32.2.4.17.5 O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho.
32.2.4.17.6 A vacinação deve ser registrada no prontuário clínico individual do trabalhador, previsto na NR 07.
32.2.4.17.7 Deve ser fornecido ao trabalhador comprovante das vacinas recebidas.

Os colaboradores deverão ser vacinados para Hepatite B, difteria e tétano, e terão imunização periódica contra as principais viroses endêmicas. Deverão estar com o calendário oficial de vacinação para o adulto regularizado.
Em caso de recusa do trabalhador em ser vacinado, deve ser confeccionado um termo de responsabilidade para cada vacina que deve ser aplicada ao empregado. No termo de responsabilidade deve conter: nome do funcionário, local de trabalho, função, número de documento (CTPS ou RG ou CPF), bem como a discriminação do tipo de vacina, as vantagens de sua aplicação ao empregado (prevenção de quais doenças), os efeitos colaterais e os riscos a que estará exposto o empregado por falta ou recusa de receber a vacina.
Será cobrado e fiscalizado o uso correto de EPIs.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



## CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

### CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

| Grupo-Alvo | Idade | BCG | Hepatite B | Penta | VIP/VOP | Pneumocócica 10V | Rotavírus Humano | Meningocócica C | Febre Amarela | Hepatite A | Tríplice Viral | Tetra Viral | HPV | Dupla Adulto | dTpa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Crianças | Ao nascer | Dose única | Dose ao nascer | | | | | | | | | | | | |
| | 2 meses | | | 1ª dose | 1ª dose (com VIP) | 1ª dose | 1ª dose | | | | | | | | |
| | 3 meses | | | | | | | 1ª dose | | | | | | | |
| | 4 meses | | | 2ª dose | 2ª dose (com VIP) | 2ª dose | 2ª dose | | | | | | | | |
| | 5 meses | | | | | | | 2ª dose | | | | | | | |
| | 6 meses | | | 3ª dose | 3ª dose (com VOP) | 3ª dose | | | | | | | | | |
| | 9 meses | | | | | | | | Dose inicial | | | | | | |
| | 12 meses | | | | | Reforço | | | | Uma dose | 1ª dose | | | | |
| | 15 meses | | | 1º reforço (com DTP) | Reforço (com VOP) | | | Reforço | | | | 1 dose | | | |
| | 4 anos | | | 2º reforço (com DTP) | Reforço (com VOP) | | | | | | | | | | |
| Adolescente | 10 a 19 anos | | 3 doses (a depender da situação vacinal anterior) | | | | | | Dose a cada 10 anos | | 2 doses | | 3 doses (11 a 13 anos) | Reforço a cada 10 anos | |
| Adulto | 20 a 59 anos | | 3 doses (a depender da situação vacinal anterior) | | | | | | Dose a cada 10 anos | | 1 dose (até 49 anos) | | | Reforço a cada 10 anos | |
| Idoso | 60 anos ou mais | | 3 doses (a depender da situação vacinal anterior) | | | | | | Dose a cada 10 anos | | | | | Reforço a cada 10 anos | |
| Gestante | | | 3 doses (a depender da situação vacinal anterior) | | | | | | | | | | | 3 doses | Uma dose a partir da 27ª semana de gestação |

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**Sugestões para o controle do calendário vacinal adulto.**

# CALENDÁRIO VACINAL

CIPA + SEGURANÇA

## Adultos

Dos 20 aos 59 anos

**Febre amarela**

(Dose única, se nunca tiver se vacinado)

**Hepatite B**

(3 doses, dependendo da situação vacinal)

**Dupla Adulto**

(Reforço a cada 10 anos)

**Tríplice Viral**

2 doses(20 a 29)

1 doses(30 a 49)



Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**Orientações às pessoas vacinadas**

Em caso de edema, dor no local da aplicação: aplicar compressa fria no dia, e compressa morna nos dias seguintes;

Em casos de febre, utilizar antitérmico de costume.

Se ocorrer alterações mais intensas: febre muito alta, mal estar, eritema, comunicar o setor responsável pela aplicação, para que sejam dadas as orientações e se necessária à notificação à VE.

**Contraindicações:**

- Alergia a ovo de galinha;
- Febre;
- Gestantes (Tríplice viral).
- Na aplicação atenção à lavagem das mãos ou higienização com preparação alcoólica, utilizar luvas de procedimento.
- O álcool comum não deve ser utilizado pela baixa volatilidade (demora a secar) e pelo seu baixo poder antisséptico. Em situações excepcionais, quando não houver água e sabão na zona rural e em ambiente hospitalar, utilize o álcool a 70 %. Quando usar o álcool a 70% para a limpeza da pele friccione o algodão embebido por 30 segundos e, em seguida, espere mais 30 segundos para permitir a secagem da pele, deixando a sem vestígios do produto, de modo a evitar qualquer interferência do álcool no procedimento.
- Desprezar os materiais de forma adequada, perfurocortantes no Descarpack, e contaminados no lixo branco.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



## PLANILHA SUGESTIVA PARA CONTROLE DE CARTEIRA VACINAÇÃO

Controle de Vacinação

### CONTROLE DE VACINAÇÃO

| STATUS | NOME | SETOR | DUPLA ADULTO | | | | | TRIPLICE VIRAL | | HEPATITE B 1ª ESQUEMA | | | HEPATITE B 2ª ESQUEMA | | | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1ª DOSE | 2ª DOSE | 3ª DOSE | REFORÇO A CADA 10 ANOS | REFORÇO A CADA 10 ANOS | 1ª DOSE | 2ª DOSE | 1ª DOSE | 2ª DOSE | 3ª DOSE | 1ª DOSE | 2ª DOSE | 3ª DOSE | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**FORMULÁRIO DE RECUSA DE VACINAÇÃO**

Unimed Piracicaba

## Termo de Recusa

Eu _____, portador (a) do RG:_____, declaro ciência sobre a responsabilidade da imunização da vacina _____, estou ciente sobre os riscos decorrentes da recusa.

Opto por não receber as vacinas no momento.

Piracicaba, _____de_____de_____

_____
Ciente de acordo

ANS - Nº 31572-9

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



## PRIMEIROS SOCORROS

O Departamento de Saúde Ocupacional da Unimed sugere que as empresas adquiram um Kit de Primeiros Socorros, é necessário que sejam bem acondicionados, organizados, para facilitar o uso, no caso de uma emergência, segue abaixo os itens sugestivos.

### LISTA DE MATERIAIS PRIMEIROS SOCORROS

| ITEM | QUANTIDADE |
|---|---|
| **MALETA PARA ARMAZENAGEM (Identificada)** | |
| SORO FISIOLOGICO UND | 2 CX COM 10 UND |
| SORO FISIOLOGICO (**FRASCO**) | 02 DE 500ML |
| ATADURA DE CREPE 10CM | 03 UNIDADES |
| ATADURA DE CREPE 20CM | 03 UNIDADES |
| BAND-AID (CAIXA COM 35UN) | 01 CAIXA |
| GAZE ESTÉRIL UNID | 5 a 10 PACOTES |
| LUVA DE PROCEDIMENTO - M ou G | 1 CAIXA |
| MICROPORE TAM MEDIO | 1 UNIDADE |
| MICROPORE TAM GRANDE | 1 UNIDADE |
| BOLSA TÉRMICA PARA COMPRESSAS FRIAS **(em caso de entorse)** | 1 UNIDADE |
| TESOURA PONTA ROMBA | 01 UNIDADE |
| PINÇA ANATÔMICA | 01 UNIDADE |

## Orientação para utilização dos materiais de curativos

O material de curativo deve ser utilizado em caso de ferimentos de pele. Quando possível à lesão deve ser lavada em água corrente com sabão neutro. A seguir devem ser feita uma limpeza local (antissepsia), utilizando-se gaze umedecida em soro fisiológico. Se necessário, cobrir com gaze e enfaixar utilizando faixa crepe e micropore. Pequenas lesões podem ser cobertas com Band-Aid após a limpeza (antissepsia). Os ferimentos mais extensos devem ser cobertos com gaze, se possível com faixa crepe e encaminhado o mais breve possível para o Pronto Socorro ou Hospital conveniado.

Em casos de queimaduras, lavar o local com água corrente fria. Não perfurar eventuais bolhas e não colocar nenhum produto sobre a área queimada. Encaminhar imediatamente para o Pronto Socorro Municipal ou Hospital conveniado. A empresa deverá dispor de lista relacionando telefones e rotas de acesso aos hospitais mais próximos para prestação de atendimento de emergência.

Em seguida é finalizado o registro da SINAN e o trabalhador é encaminhado ao CEDIC.

Nos casos em que o resultado do teste rápido constar positivo, o médico prescreve o medicamento antirretroviral, a primeira dose de ataque, orientar e encaminhar o colaborador ao CEDIC no primeiro dia útil subsequente, com a cópia da SINAN em mãos. Verificando se dará continuidade no tratamento medicamentoso e receber as próximas doses no local, todo tratamento é realizado pelo CEDIC de Piracicaba localizado na Rua do Trabalho nº 634 Vila independência.

NR32

32.2.3.5 Em toda ocorrência de acidente envolvendo riscos biológicos, com ou sem afastamento do trabalhador deve ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho CAT;

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**Para cada exame realizado será emitido o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO).**

a) A primeira via do ASO ficará arquivada no local de trabalho à disposição da fiscalização.
b) A segunda via do ASO será obrigatoriamente entregue ao trabalhador mediante recibo pela primeira via.
c) A terceira via ficará arquivada junto ao prontuário médico.

**O ASO deverá conter no mínimo** (7.5.19.1 Alterado pela Portaria n.º 6.734, de 09 de março de 2020).
a) Razão Social e CNPJ ou CAEPF da organização;
b) Nome completo do trabalhador, o número do registro de sua identidade e sua função;
c) A descrição dos perigos ou fatores de risco identificados e classificados no PGR que necessitem de controle médico previsto no PCMSO, ou a sua inexistência;
d) Indicação e data da realização dos exames ocupacionais clínicos e complementares a que foi submetido o empregado;
e) Definição de apto ou inapto para função do empregado,
f) O nome e número do registro profissional médico responsável pelo PCMSO, se houver;
g) Data, número de registro profissional e assinatura do médico que realizou o exame clínico.

## IX DESENVOLVIMENTO DOS EXAMES MÉDICOS

Os exames médicos são programados e executados de acordo com os levantamentos para identificação de riscos nos diversos postos de trabalho da empresa, levando-se em consideração o ambiente em que a atividade é desenvolvida e a exposição aos agentes potencialmente agressores à saúde do trabalhador.

**Estes exames têm como objetivos básicos:**

a)
Permitir a colocação dos trabalhadores em postos de trabalho compatíveis com o seu estado de saúde. Informar o estado real d e sua saúde e orientar a solução dos problemas médicos encontrados;
b) Salvaguardar a saúde e segurança da comunidade trabalhadora, não permitindo o trabalho de pessoas que possam oferecer riscos.
c) Os exames médicos são registrados em prontuário que fica sob a guarda do médico coordenador do PCMSO.

**Os exames são realizados segundo as seguintes diretrizes:**

1 - Exame Médico Admissional

**a) Identificação**
- Nome

data de nascimento, sexo, gênero, estado civil, naturalidade, procedência, escolaridade, função e local de trabalho.

**b) História Clínica**
- Anamnese
- Interrogatório sobre os diversos aparelhos
- Antecedentes pessoais
- Antecedentes familiares
- Antecedentes ocupacionais

**c) Exame Clínico**
- Exame físico geral
- Exame físico especial

**d) Exames Complementares**
- Determinados pelo médico examinador acrescidos dos exames obrigatórios baseados nos levantamentos de riscos, conforme o PGR.
- Os empregados que apresentarem alterações dos exames complementares (doenças crônicas) deverão ter seus históricos clínicos investigados e em decorrência, serão tomadas condutas conforme critério do médico examinador. Ex: encaminhamento para especialidades médicas, restrições à atividade, entre outros.

**e) Conclusão**
- Apto
- Inapto
- Outros

**f) Emissão do ASO**

2) Exame Médico Periódico

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**a) Interrogatório**
**b) Exame Clínico:** geral e especial
**c) Exames Complementares:** a critério médico mais exames obrigatórios
**d) Conclusão**

- Apto
- Inapto
- Outros

**e) Emissão do ASO**

3) Exame Médico de Retorno ao Trabalho

- Somente avaliação clínica ocupacional

4) Exame Médico de Mudança de Riscos Ocupacionais

- Mesmas diretrizes do exame admissional

5) Exame Médico Demissional

- Mesmas diretrizes similares ao exame admissional.

**CONTROLE MÉDICO OCUPACIONAL DA EXPOSIÇÃO A NÍVEIS DE PRESSÃO SONORA ELEVADOS.**

Estabelece diretriz para avaliação e controle médico ocupacional da audição de empregados expostos a níveis de pressão sonora elevados.

Devem ser submetidos a exames audiômetros de referência e sequencias todos os empregados que exerçam ou exercerão suas atividades sem ambientes cujos níveis de pressão sonora estejam acima dos níveis de ação, conforme informado no PGR da organização independentemente do uso de protetor auditivo.

Compõem os exames audiológicos de referência e sequenciais

a) anamnese clínico-ocupacional;
b) exame otológico;
c) exame audiométrico realizado segundo os termos previstos neste Anexo;
d) outros exames audiológicos complementares solicitados a critério médico.

3. **Exame audiométrico**

3.1 O exame audiométrico será realizado em cabina audiométrica, cujos níveis de pressão sonora não ultrapassem os níveis máximos permitidos, de acordo com a norma técnica ISO 8253-1.
3.1.1 Nas empresas em que existir ambiente acusticamente tratado, que atenda à norma técnica ISO 8253-1, a cabina audiométrica poderá ser dispensada.

3.4 O empregado deve permanecer em repouso auditivo por um período mínimo de 14 horas até o exame audiométrico.

3.5 O resultado do exame audiométrico deve ser registrado e conter, no mínimo:
a) nome, idade, CPF e função do empregado;
b) razão social da organização e CNPJ ou CPF;
c) tempo de repouso auditivo cumprido para a realização do exame audiométrico;
d) nome do fabricante, modelo e data da última aferição acústica do audiômetro;
e) traçado audiométrico e símbolos, conforme indicados neste Anexo;
f) nome, número de registro no conselho regional e assinatura do profissional responsável pelo exame audiométrico.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



| 4. Periodicidade dos exames audiômetros |
|---|
| 4.1 O exame audiométrico deve ser realizado, no mínimo:<br><br>a) na admissão;<br>b) anualmente, tendo como referência o exame da alínea a acima;<br>c) na demissão.<br><br>4.1.1 Na demissão pode ser aceito exame audiométrico realizado até 120 (cento e vinte) dias antes da data de finalização do contrato de trabalho.<br><br>4.2 O intervalo entre os exames audiométricos pode ser reduzido a critério do médico do trabalho responsável pelo PCMSO. |

| Empresas Terceirizadas |
|---|
| As Empresas Terceirizadas deverão respeitar as normas de Segurança e cuidados na manutenção da saúde da Empresa, utilizando-se das orientações seguidas pelos colaboradores. Devem apresentar-se em dia com os compromissos ocupacionais, com Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) dentro do prazo de validade e PCMSO elaborado com base nos riscos de cada função.<br>Para atividades especiais, envolvendo trabalho em altura, operação de equipamento móvel, trabalho em espaço confinado e com redes energizadas, deverão cumprir protocolo no mínimo idêntico aos exigidos para os colaboradores desta empresa. |

| AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL |
|---|
| Em conformidade com a NR-01, item 1.5.3.1.1, e NR-07, a empresa realizará o gerenciamento dos fatores de riscos psicossociais relacionados ao trabalho, identificados no PGR.<br><br>A avaliação dos aspectos psicossociais será realizada durante os exames médicos ocupacionais, por meio de anamnese clínica dirigida, observando-se sinais e sintomas relacionados à saúde mental, organização do trabalho, relações interpessoais, carga de trabalho e jornadas.<br><br>Quando identificadas queixas ou alterações que indiquem sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, o colaborador será encaminhado para avaliação complementar e/ou acompanhamento especializado, conforme critério do Médico Coordenador do PCMSO.<br><br>Os fatores de riscos psicossociais não serão descritos no Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), tendo em vista que o referido documento não possui caráter diagnóstico, destinando-se exclusivamente à declaração de aptidão para o trabalho, em observância ao sigilo médico previsto na NR-07, serão tratados de forma confidencial, conforme LGPD e Código de Ética Médica, e utilizados exclusivamente para fins de promoção e proteção da saúde do trabalhador. |

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



## Exames do GHE

**Unidade: USF ALGODOAL**

| | | **Nº de Funcionários** |
|---|---|---|
| **GHE: - 01 - ENFERMEIRO** | | Masc.: 0 Fem.: 2 Menor: 0 Total: 2 |
| **Perigo / Fator de Risco** | **Grupo** | **Descrições dos perigos e possíveis lesões ou agravos à saúde** |
| Não aplicável a agentes físicos | **Físico** | |
| Detergente Enzimático | **Químico** | Possíveis Irritações: percutânea, dos olhos e vias respiratórias. |
| Microrganismos (bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários e vírus) | **Biológico** | Infecções respiratorias, de pele e intestinais. |
| Alternância de postura sentada e em pé | **Ergonômicos** | Lesões osteomusculares |
| Flexão de coluna, preensão palmar, flexão de joelho, adução de membros superiores, flexão de pescoço, flexão de tornozelo, rotação de tronco | **Ergonômicos** | Lesões Osteomusculares |
| Corte contuso e/ou Perfurações | **Acidente** | Ferimentos, Cortes e Lesões |
| Queda do mesmo nível | **Acidente** | Ferimentos, Cortes e Lesões |

| **Exames** | **ADMISSÃO** | **APÓS ADM.** | **PERIÓDICO** | **RET. TRAB** | **MUD. RISCOS** | **DEMISSÃO** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ACUIDADE VISUAL | X | | **12 meses** | | X | |
| ANTI-HBS (HBSAC) | X | | **12 meses** | | X | |
| ANTI-HCV - PESQUISA E/OU DOSAGEM | X | | **12 meses** | | X | |
| EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL | X | | **12 meses** | | X | X |
| EXAME DE RETORNO AO TRABALHO | | | | X | | |
| HBSAG (AU, ANTIGENO AUSTRALIA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM | X | | | | X | |
| HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACOES | X | | **12 meses** | | X | X |
| VDRL | X | | | | | |

| **Unidade** | **Setor** | **Cargo** |
|---|---|---|
| USF ALGODOAL | GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA | ENFERMEIRO DE PSF NIVEL SUPERIOR |
| USF ALGODOAL | GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA | AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO P.S.F.-CLT |

| | | **Nº de Funcionários** |
|---|---|---|
| **GHE: - 02 - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE** | | Masc.: 0 Fem.: 6 Menor: 0 Total: 6 |
| **Perigo / Fator de Risco** | **Grupo** | **Descrições dos perigos e possíveis lesões ou agravos à saúde** |
| Radiação não-ionizante (Solar) | **Físico** | Queimaduras de pele |
| Não aplicável a agentes químicos | **Químico** | |
| Microrganismos (bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários e vírus) | **Biológico** | Infecções respiratorias, de pele e intestinais. |
| Alternância de postura sentada e em pé | **Ergonômicos** | Lesões osteomusculares |
| Queda de mesmo nível e nível diferente | **Acidente** | Ferimentos, Cortes e Lesões |

| **Exames** | **ADMISSÃO** | **APÓS ADM.** | **PERIÓDICO** | **RET. TRAB** | **MUD. RISCOS** | **DEMISSÃO** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ACUIDADE VISUAL | X | | **12 meses** | | X | |
| EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL | X | | **12 meses** | | X | X |
| EXAME DE RETORNO AO TRABALHO | | | | X | | |
| HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACOES | X | | **12 meses** | | X | X |

| **Unidade** | **Setor** | **Cargo** |
|---|---|---|
| USF ALGODOAL | GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA | AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE-CLT |

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



| **Identificação da Unidade Contratante** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Empresa<br>MUNICIPIO DE PIRACICABA | | | | |
| Endereço<br>R ANTONIO CORREA BARBOSA , 2233 | | | Complemento | CNPJ<br>46.341.038/0001-29 |
| CEP<br>13400-900 | Cidade<br>PIRACICABA | | Bairro<br>CHACARA NAZARETH | UF<br>SP |
| CNAE<br>8411-6/00 | Grau de Risco<br>1 | Descrição CNAE<br>Administração pública em geral | | |

**Unidade: USF ALGODOAL**

**Setor: GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA**

| | **Nº de Funcionários** |
|---|---|
| **Cargo: AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE-CLT** | Masc.: 0 Fem.: 6 Menor: 0 Total: 6 |

**Descrição detalhada:** Executa atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações domiciliares e comunitárias, individuais ou coletivas, conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão da Secretaria Municipal de Saúde, Utiliza instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, Promove ações de educação em saúde individual e coletiva, Realiza registros de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde para fins de controle e planejamento das ações de saúde, Estimula a participação da comunidade nas políticas públicas de saúde, Realiza visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco às famílias, Participa de ações intersetoriais que fortalecem a integração entre saúde e demais políticas públicas, Executa outras tarefas correlatas à área de atuação determinadas pelo superior imediato.

| | **Nº de Funcionários** |
|---|---|
| **Cargo: AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO P.S.F.-CLT** | Masc.: 0 Fem.: 1 Menor: 0 Total: 1 |

**Descrição detalhada:** Desenvolve com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atividades de identificação de famílias de risco e contribui em visitas domiciliares. Acompanha consultas de enfermagem de indivíduos em situações de risco monitora suas condições de saúde. Executa procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança/adolescente/mulher/adulto/idoso, incluindo o controle de tuberculose/doenças/crônico-degenerativas/infectocontagiosas. Desenvolve ações básicas de saúde focadas na promoção e prevenção de doenças. Participa da organização do processo de trabalho da unidade de saúde. Realiza visitas/assistência em domicílio. Executa coleta de exames laboratoriais registra atividades de enfermagem cumpre prescrições. Realiza conservação/ aplicação de vacinas do calendário oficial. Executa limpeza/desinfecção/esterilização de materiais e equipamentos, notificando casos de doenças sob vigilância. Participa de orientações educativas, Outras determinadas pelo superior imediato.

| | **Nº de Funcionários** |
|---|---|
| **Cargo: ENFERMEIRO DE PSF NIVEL SUPERIOR** | Masc.: 0 Fem.: 1 Menor: 0 Total: 1 |

**Descrição detalhada:** Planeja, gerencia, coordena, executa e avalia as atividades da Unidade de Saúde da Família, realiza cuidados diretos de enfermagem em situações de urgência e emergência, assegurando a continuidade da assistência, efetua consultas de enfermagem, solicita exames complementares e prescreve ou transcreve medicações conforme protocolos do Ministério da Saúde e legislação profissional, desenvolve ações integrais de assistência à saúde da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, executa ações de atenção básica, vigilância epidemiológica e sanitária, realiza atividades de saúde na Unidade de Saúde da Família, no domicílio e em outros espaços da comunidade, planeja, organiza e coordena grupos de acompanhamento de condições e agravos específicos, coordena e supervisiona a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem, executa outras atividades correlatas determinadas pelo superior imediato.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



## EXAMES

### EXAME ADMISSIONAL E DEMISSIONAL

**ANAMNESE OCUPACIONAL:** À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAME CLÍNICO:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAMES ESPECIALIZADOS:** À CRITÉRIO MÉDICO
**CONCLUSÃO:** APTO, INAPTO OU COM RESTRIÇÃO.
EMISSÃO: **ASO (3 VIAS)**

**ADMISSIONAL**
- Avaliação Clínica
- Acuidade Visual

**DEMISSIONAL**
- Avaliação Clínica

### EXAMES PERIÓDICOS E RETORNO AO TRABALHO

**ANAMNESE OCUPACIONAL:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAME CLÍNICO:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAMES ESPECIALIZADOS:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**CONCLUSÃO:** APTO, INAPTO OU COM RESTRIÇÃO.
EMISSÃO: **ASO (3 VIAS)**

**PERIÓDICO**
- Avaliação Clínica
- Acuidade Visual

**RETORNO AO TRABALHO**
- Avaliação Clínica
- Exames complementares conforme problemas apresentados e a critério médico

### EXAMES DE MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS

**Avaliação Clínica**
**ANAMNESE OCUPACIONAL:** À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAME CLÍNICO:** À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAMES ESPECIALIZADOS:** DE ACORDO COM A NOVA FUNÇÃO
**CONCLUSÃO:** APTO, INAPTO OU COM RESTRIÇÃO.
EMISSÃO: **ASO (3 VIAS)**
**OBSERVAÇÕES:** OS EXAMES SERÃO RELATIVOS AOS NOVOS RISCOS OCUPACIONAIS.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**PARA TRABALHADORES QUE EXERCEM SUAS FUNÇÕES EM ALTURA, ACIMA DE 02 (DOIS) METROS. INCLUIR OS SEGUINTES EXAMES:**

**EXAME ADMISSIONAL E DEMISSIONAL**

**ANAMNESE OCUPACIONAL:** À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAME CLÍNICO:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAMES ESPECIALIZADOS:** À CRITÉRIO MÉDICO
**CONCLUSÃO:** APTO, INAPTO OU COM RESTRIÇÃO.
EMISSÃO: **ASO (3 VIAS)**

**ADMISSIONAL**

- Avaliação Clínica
- Acuidade Visual
- ECG
- EEG
- Glicose
- Avaliação Psicológica

**DEMISSIONAL**

- Avaliação Clínica

**EXAMES PERIÓDICOS E RETORNO AO TRABALHO**

**ANAMNESE OCUPACIONAL:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAME CLÍNICO:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAMES ESPECIALIZADOS:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**CONCLUSÃO:** APTO, INAPTO OU COM RESTRIÇÃO.
EMISSÃO: **ASO (3 VIAS)**

**PERIÓDICO**

- Avaliação Clínica
- Acuidade Visual
- ECG
- Glicose
- Avaliação Psicológica

**RETORNO AO TRABALHO**

- Avaliação Clínica
- Exames complementares conforme problemas apresentados e a critério médico

**EXAMES DE MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS**

**Avaliação Clínica**
**ANAMNESE OCUPACIONAL:** À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAME CLÍNICO:** À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAMES ESPECIALIZADOS:** DE ACORDO COM A NOVA FUNÇÃO
**CONCLUSÃO:** APTO, INAPTO OU COM RESTRIÇÃO.
EMISSÃO: **ASO (3 VIAS)**
**OBSERVAÇÕES:** OS EXAMES SERÃO RELATIVOS AOS NOVOS RISCOS OCUPACIONAIS.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



**PARA TRABALHADORES QUE EXERCEM SUAS FUNÇÕES EM ESPAÇO CONFINADO. INCLUIR OS SEGUINTES EXAMES:**

**EXAME ADMISSIONAL E DEMISSIONAL**

**ANAMNESE OCUPACIONAL:** À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAME CLÍNICO:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAMES ESPECIALIZADOS:** À CRITÉRIO MÉDICO
**CONCLUSÃO:** APTO, INAPTO OU COM RESTRIÇÃO.
EMISSÃO: **ASO (3 VIAS)**

**ADMISSIONAL**

- Avaliação Clínica
- Espirometria
- Raio x de Tórax
- Hemograma
- TGP (Transaminase Piruvica)

**DEMISSIONAL**

- Avaliação Clínica
- Espirometria
- Raio x de Tórax
- Hemograma
- TGP (Transaminase Piruvica)

**EXAMES PERIÓDICOS E RETORNO AO TRABALHO**

**ANAMNESE OCUPACIONAL:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAME CLÍNICO:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAMES ESPECIALIZADOS:**
À CRITÉRIO MÉDICO
**CONCLUSÃO:** APTO, INAPTO OU COM RESTRIÇÃO.
EMISSÃO: **ASO (3 VIAS)**

**PERIÓDICO**

- Avaliação Clínica
- Espirometria
- Raio x de Tórax
- Hemograma
- TGP (Transaminase Piruvica)

**RETORNO AO TRABALHO**

- Avaliação Clínica
- Exames complementares

conforme problemas apresentados e a critério médico

**EXAMES DE MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS**

**Avaliação Clínica**
**ANAMNESE OCUPACIONAL:** À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAME CLÍNICO:** À CRITÉRIO MÉDICO
**EXAMES ESPECIALIZADOS:** DE ACORDO COM A NOVA FUNÇÃO
**CONCLUSÃO:** APTO, INAPTO OU COM RESTRIÇÃO.
EMISSÃO: **ASO (3 VIAS)**
**OBSERVAÇÕES:** OS EXAMES SERÃO RELATIVOS AOS NOVOS RISCOS OCUPACIONAIS.

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



## XII PLANEJAMENTO DAS AÇÕES PRIMÁRIAS DE SAÚDE Sugestões conforme calendário do Ministério da Saúde.

| AÇÕES | FINALIDADES | RESPONSÁVEL | COR DE REFERÊNCIA | PREVISÃO DA EXECUÇÃO À critério da empresa | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
| Palestra sobre ergonomia, LER/DORT e postura. | Prevenção e controle de LER/DORT e lombalgias | | | | | | | X | | | | | | | |
| Programa de vacinação | Imunização | | ** | | | | X | | | | | | | | |
| Palestra DST/AIDS, tabagismo, alcoolismo | Programa de educação para a saúde | | | | | | | | | | | | | | X |
| Palestra Prevenção ao Suicídio | Prevenção sobre a saúde mental | | | | | | | | | | | X | | | |
| Palestra câncer de mama | Prevenção da Saúde feminina | | | | | | | | | | | | X | | |
| Palestra câncer de próstata | Prevenção do Saúde masculino | | | | | | | | | | | | | X | |
| Palestra de Primeiros Socorros | Prevenção e atendimento em situações emergenciais | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

A empresa deverá cumprir o plano de ação de acordo com os treinamentos indicados para cada mês, sugestivos conforme calendários do Ministério da Saúde. Solicitar ao Departamento Ocupacional para o setor Comercial através do e-mail: comercial.sou@unimedpiracicaba.com.br, dentro das atividades laborais e disponibilidade da empresa, com data e horário, como determina a legislação.

## XIII NOME E CRM DO MÉDICO COORDENADOR DO PCMSO

Assinado por:
JORGE CHALLITA SOBRINHO
98E070A4D25B449...

Dr. Jorge Challita Nouhra Sobrinho
CRM 60.151

## XIV NOME E CRM DOS MÉDICOS EXAMINADORES

| | |
|---|---|
| Dr. Alberto Petta Neto | CRM 42.714 / RQE: 23043 |
| Dr. Evandro Adriani Pessotti | CRM 79.980 / RQE: 50202 |
| Dra. Flavia Margutti Do Amaral Gurgel | CRM 128.175 |
| Dr. Henrique S. Q Di Donato | CRM 37.571 / RQE: 15802 |
| Dr. Ivo de Paula Toledo Junior | CRM 119.330 / RQE: 70618 |
| Dr. Paulo Roberto Lara Coelho | CRM 36.944 / RQE: 17863 |
| Dr. Ronaldo Moschini da Silva | CRM 55.334 |
| Dr. Jean Moretto Marchioro | CRM 197.065 / RQE: 106817 |

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



## RESPONSABILIDADES




## ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS

**Guarda e responsabilidade dos documentos**
Os dados obtidos nos exames médicos tais como: avaliação clínica, exames complementares, conclusões e medidas aplicadas deverão ser registradas em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade do médico coordenador do PCMSO. Estes registros devem ser mantidos por um período de 20 (vinte) anos após o desligamento do colaborador (NR 7.6.1.1).

## XV CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional poderá sofrer modificações sempre que, através de parecer técnico-científico, houver qualquer alteração que interfira direta ou indiretamente na saúde do trabalhador.
Quando da contratação de empresas de mão de obra terceirizada para executarem serviços, deve ser exigido que esta cumpra o que está estabelecido na Portaria 3214/78, da Lei n º 6514 de 26 de Dezembro de 1977.

## XVI - ENCERRAMENTO

Este Programa permanecerá válido enquanto forem mantidas as condições existentes na Empresa por ocasião da vistoria. Quai squer alterações que venham a ter nas atividades, planta física e equipamentos exigirão novas análises.
Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Assinado por:
JORGE CHALLITA SOBRINHO
985070A4D259449...

Dr. Jorge Challita Nouhra Sobrinho
CRM 60.151
Médico - Coordenador

**O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional PCMSO foi elaborado pela Unimed Ocupacional de Piracica ba e tem como sua valia um ano a partir da data de encerramento do programa. A sequência do programa em relação à aplicação fica estritamente de responsabilidade do proprietário da empresa uma vez que a Unimed Ocupacional de Pira cicaba foi contratada apenas para a elaboração do programa.**

Docusign Envelope ID: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE



| Relatório Analítico |
| --- |
| O relatório analítico deve descriminar o número, natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, tomando base da NR 07.<br>O relatório analítico deve ser apresentado e discutido com os responsáveis por segurança e saúde no trabalho da organização, incluindo a CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR-5, sendo sua cópia anexada no livro de Atas daquela Comissão.<br>Pode ser armazenado na forma de arquivo informatizado, desde que propicie o imediato acesso pôr parte da inspeção do trabalho do MTE.<br>NR7 - 7.7.4 O relatório analítico não será exigido para:<br>a) Microempreendedores Individuais MEI;<br>b) ME e EPP dispensadas da elaboração do PCMSO.<br><br>As empresas desobrigadas de indicarem médico coordenador ficam dispensadas de elaborar o relatório analítico. |

## Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 0E9F3A52-E094-8C22-808A-9B8FA03C63DE
Status: Concluído
Assunto: PCMSO - USF ALGODOAL.pdf
Envelope fonte:
Documentar páginas: 25
Assinaturas: 2
Certificar páginas: 3
Rubrica: 0
Assinatura guiada: Ativado
Selo com EnvelopeId (ID do envelope): Ativado
Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Remetente do envelope:
Fernanda De Carvalho Vital Pereira
AV ANTONIA PAZINATO STURION, 1201 - BAIRRO MORUMBI
PIRACICABA, SP 13420-640
fernanda.vital@unimedpiracicaba.com.br
Endereço IP: 187.9.143.107

## Rastreamento de registros

Status: Original
30/10/2026 15:11:24
Portador: Fernanda De Carvalho Vital Pereira
fernanda.vital@unimedpiracicaba.com.br
Local: DocuSign

| Eventos do signatário | Assinatura | Registro de hora e data |
|---|---|---|
| JORGE CHALLITA SOBRINHO<br>jorge.sobrinho@unimedpiracicaba.com.br<br>Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma) | Assinado por:<br>JORGE CHALLITA SOBRINHO<br>98E070A4D25B449...<br>Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado<br>Usando endereço IP: 200.206.122.200 | Enviado: 30/10/2026 15:12:14<br>Visualizado: 03/11/2026 10:21:33<br>Assinado: 03/11/2026 10:21:43 |

**Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:**
Aceito: 03/11/2026 10:21:33
ID: 423f5b4d-3138-441e-a4a3-0ddc7b7a48c2

| Eventos do signatário presencial | Assinatura | Registro de hora e data |
|---|---|---|

| Eventos de entrega do editor | Status | Registro de hora e data |
|---|---|---|

| Evento de entrega do agente | Status | Registro de hora e data |
|---|---|---|

| Eventos de entrega intermediários | Status | Registro de hora e data |
|---|---|---|

| Eventos de entrega certificados | Status | Registro de hora e data |
|---|---|---|

| Eventos de cópia | Status | Registro de hora e data |
|---|---|---|

| Eventos com testemunhas | Assinatura | Registro de hora e data |
|---|---|---|

| Eventos do tabelião | Assinatura | Registro de hora e data |
|---|---|---|

| Eventos de resumo do envelope | Status | Carimbo de data/hora |
|---|---|---|
| Envelope enviado | Com hash/criptografado | 30/10/2026 15:12:14 |
| Entrega certificada | Segurança verificada | 03/11/2026 10:21:33 |
| Assinatura concluída | Segurança verificada | 03/11/2026 10:21:43 |
| Concluído | Segurança verificada | 03/11/2026 10:21:43 |

| Eventos de pagamento | Status | Carimbo de data/hora |
|---|---|---|

## Termos de Assinatura e Registro Eletrônico

**ELECTRONIC RECORD AND SIGNATURE DISCLOSURE**

From time to time, UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVICOS MEDICOS - IAM (we, us or Company) may be required by law to provide to you certain written notices or disclosures. Described below are the terms and conditions for providing to you such notices and disclosures electronically through the DocuSign system. Please read the information below carefully and thoroughly, and if you can access this information electronically to your satisfaction and agree to this Electronic Record and Signature Disclosure (ERSD), please confirm your agreement by selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

**Getting paper copies**

At any time, you may request from us a paper copy of any record provided or made available electronically to you by us. You will have the ability to download and print documents we send to you through the DocuSign system during and immediately after the signing session and, if you elect to create a DocuSign account, you may access the documents for a limited period of time (usually 30 days) after such documents are first sent to you. After such time, if you wish for us to send you paper copies of any such documents from our office to you, you will be charged a $0.00 per-page fee. You may request delivery of such paper copies from us by following the procedure described below.

**Withdrawing your consent**

If you decide to receive notices and disclosures from us electronically, you may at any time change your mind and tell us that thereafter you want to receive required notices and disclosures only in paper format. How you must inform us of your decision to receive future notices and disclosure in paper format and withdraw your consent to receive notices and disclosures electronically is described below.

**Consequences of changing your mind**

If you elect to receive required notices and disclosures only in paper format, it will slow the speed at which we can complete certain steps in transactions with you and delivering services to you because we will need first to send the required notices or disclosures to you in paper format, and then wait until we receive back from you your acknowledgment of your receipt of such paper notices or disclosures. Further, you will no longer be able to use the DocuSign system to receive required notices and consents electronically from us or to sign electronically documents from us.

**All notices and disclosures will be sent to you electronically**

Unless you tell us otherwise in accordance with the procedures described herein, we will provide electronically to you through the DocuSign system all required notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you during the course of our relationship with you. To reduce the chance of you inadvertently not receiving any notice or disclosure, we prefer to provide all of the required notices and disclosures to you by the same method and to the same address that you have given us. Thus, you can receive all the disclosures and notices electronically or in paper format through the paper mail delivery system. If you do not agree with this process, please let us know as described below. Please also see the paragraph immediately above that describes the consequences of your electing not to receive delivery of the notices and disclosures electronically from us.

**How to contact UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVICOS MEDICOS - IAM:**

You may contact us to let us know of your changes as to how we may contact you electronically, to request paper copies of certain information from us, and to withdraw your prior consent to receive notices and disclosures electronically as follows:
To contact us by email send messages to: viviane.souza@unimedpiracicaba.com.br

**To advise UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVICOS MEDICOS - IAM of your new email address**

To let us know of a change in your email address where we should send notices and disclosures electronically to you, you must send an email message to us at viviane.souza@unimedpiracicaba.com.br and in the body of such request you must state: your previous email address, your new email address. We do not require any other information from you to change your email address

If you created a DocuSign account, you may update it with your new email address through your account preferences.

**To request paper copies from UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVICOS MEDICOS - IAM**

To request delivery from us of paper copies of the notices and disclosures previously provided by us to you electronically, you must send us an email to viviane.souza@unimedpiracicaba.com.br and in the body of such request you must state your email address, full name, mailing address, and telephone number. We will bill you for any fees at that time, if any.

**To withdraw your consent with UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVICOS MEDICOS - IAM**

To inform us that you no longer wish to receive future notices and disclosures in electronic format you may:

i. decline to sign a document from within your signing session, and on the subsequent page, select the check-box indicating you wish to withdraw your consent, or you may;

ii. send us an email to viviane.souza@unimedpiracicaba.com.br and in the body of such request you must state your email, full name, mailing address, and telephone number. We do not need any other information from you to withdraw consent. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process.

**Required hardware and software**

The minimum system requirements for using the DocuSign system may change over time. The current system requirements are found here: https://support.docusign.com/guides/signer-guide-signing-system-requirements.

**Acknowledging your access and consent to receive and sign documents electronically**

To confirm to us that you can access this information electronically, which will be similar to other electronic notices and disclosures that we will provide to you, please confirm that you have read this ERSD, and (i) that you are able to print on paper or electronically save this ERSD for your future reference and access; or (ii) that you are able to email this ERSD to an email address where you will be able to print on paper or save it for your future reference and access. Further, if you consent to receiving notices and disclosures exclusively in electronic format as described herein, then select the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’ before clicking ‘CONTINUE’ within the DocuSign system.

By selecting the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’, you confirm that:

- You can access and read this Electronic Record and Signature Disclosure; and
- You can print on paper this Electronic Record and Signature Disclosure, or save or send this Electronic Record and Disclosure to a location where you can print it, for future reference and access; and
- Until or unless you notify UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVICOS MEDICOS - IAM as described above, you consent to receive exclusively through electronic means all notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you by UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVICOS MEDICOS - IAM during the course of your relationship with UNIMED DE PIRACICABA SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVICOS MEDICOS - IAM.