
Exame Médico de Mudança de Função

Sistema: Gestão Empresarial	Código: 06.05.47
	Versão: 01
	Vigência: 01/06/2006

SUMÁRIO

1. OBJETIVO	2
2. ABRANGÊNCIA	2
2.1. ÁREA RESPONSÁVEL	2
2.2. ÁREAS ENVOLVIDAS	2
3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA	2
4. CONCEITOS	2
4.1. EXAME MÉDICO DE MUDANÇA DE FUNÇÃO	2
4.2. PRONTUÁRIO MÉDICO	2
4.3. ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL	2
5. DIRETRIZES	3
6. PROCEDIMENTO	3
7. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES	4
8. ANEXOS	4
9. ASSINATURAS	4

Exame Médico de Mudança de Função

Sistema: Gestão Empresarial	Código: 06.05.47
	Versão: 01
	Vigência: 01/06/2006

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes e procedimentos referentes à realização de exame médico de mudança de função, em todos os empregados da Empresa, para assegurar preventivamente maior proteção à saúde.

2. ABRANGÊNCIA**2.1. Área Responsável**

Divisão de Desenvolvimento de Pessoas – Medicina do Trabalho

2.2. Áreas Envolvidas

Todas as áreas da Empresa

3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

3.1. Lei 6.514, de 22/12/77, Capítulo V do Título II da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho (Segurança e Medicina do Trabalho), Seção I, Artigo 157, Incisos I e II; Artigo 158, Parágrafo Único, Alínea A; Seção V, Artigo 168.

3.2. Norma Regulamentadora nº 1 (NR 1) – Disposições Gerais, Item 1.7, Alíneas A e C, Incisos I, II e III; Item 1.8, Alínea C e Subitem 1.8.1, aprovada pela Portaria nº 3.214, de 08/06/78.

3.3. Norma Regulamentadora nº 7 (NR 7) – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, aprovada pela Portaria nº 3.214, de 08/06/78 e pela Portaria SSST nº 24, de 29/12/94, publicada no Diário Oficial da União do dia 30/12/94, e alterada em parte pela Portaria SSST nº 8, de 08/05/96, publicada no Diário Oficial da União do dia 13/05/96.

4. CONCEITOS**4.1. Exame Médico de Mudança de Função**

Exame identificado pela sigla E.M.M.F., realizado quando da mudança de função ou do local de trabalho, que implique em exposição à risco diferente do que o empregado estava exposto, constituído de exames médicos clínicos e, se necessário, complementares, custeados totalmente pela Empresa.

4.2. Prontuário Médico

Conjunto histórico de documentos médicos, iniciado quando da admissão do empregado e complementado com os atendimentos de medicina ocupacional e assistencial, prestados pelo profissional de saúde da Empresa.

4.3. Atestado de Saúde Ocupacional

Exame Médico de Mudança de Função

Sistema: Gestão Empresarial	Código: 06.05.47
	Versão: 01
	Vigência: 01/06/2006

Documento identificado pela sigla A.S.O. que comprova e informa o resultado da realização completa do E.M.R.T.

5. DIRETRIZES

5.1. Todos os empregados da Empresa são obrigados a realizar o E.M.M.F.

5.2. Objetivos

5.2.1. Avaliar se o empregado é capaz de desenvolver as novas tarefas pelas quais será responsável, com segurança e eficiência, procurando-se detectar alterações em sua saúde que possam predispor-lo a sofrer acidentes do trabalho e doenças ocupacionais.

5.2.2. Identificar alterações na saúde do empregado que possam ser agravadas pelo novo ambiente de trabalho e/ou pelo exercício da nova função.

5.2.3. Orientar o empregado sobre as medidas primárias e secundárias de saúde, com orientações e recomendações quanto aos novos riscos da atividade ocupacional a ser desenvolvida, no novo ambiente de trabalho e como promover e proteger sua saúde.

5.3. O E.M.M.F. deve ser realizado obrigatoriamente antes da data da mudança de função e sempre que ocorre qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou setor, que implique na exposição a risco diferente daquele a que o empregado estava exposto.

5.4. A mudança da função ou do local de trabalho do empregado não pode ser procedida antes de se obter o parecer médico de que ele está apto para ser transferido de ambiente de trabalho e também para desempenhar as atividades da nova função.

5.5. O E.M.M.F. de cada empregado só é considerado concluído depois de serem efetuados todos os exames indicados pelo Médico do Trabalho.

6. PROCEDIMENTO

6.1. A área encaminha ao ambulatório médico o empregado que mudará de função ou sofrerá alteração do risco a que está exposto, por causa de mudança do local de trabalho.

Exame Médico de Mudança de Função

Sistema: Gestão Empresarial**Código:** 06.05.47**Versão:** 01**Vigência:** 01/06/2006

6.2. A Divisão de Administração de Recursos Humanos informa a área sobre a necessidade da realização do E.M.M.F. pelo empregado para proceder a mudança de função.

6.3. A Divisão de Desenvolvimento de Pessoas prevê a realização do E.M.M.F. como uma das etapas para conclusão dos Concursos Internos e encaminha os participantes ao ambulatório médico.

6.4. O médico do trabalho solicita informações às áreas envolvidas sobre as atividades da nova função a ser desempenhada ou o novo posto de trabalho onde o empregado irá trabalhar e indica os exames médicos complementares correspondentes a serem realizados.

6.5. O médico do trabalho, depois de concluído a E.M.M.F., emite o A.S.O. – Anexo 1, em quatro vias, apontando a sua conclusão e os exames que foram realizados, com as respectivas datas. Uma via é entregue ao empregado, uma é arquivada no prontuário médico, uma é enviada à Divisão de Administração de Recursos Humanos e a outra é mantida em pasta específica na Divisão de Desenvolvimento de Pessoas, por ordem de matrícula, à disposição da fiscalização do trabalho.

6.6. A Divisão de Administração de Recursos Humanos de posse da via do A.S.O., procede ou não a mudança de função.

6.7. O médico do trabalho registra os resultados de todos os exames correspondentes ao E.M.M.F., efetuados pelo empregado, no prontuário médico.

7. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

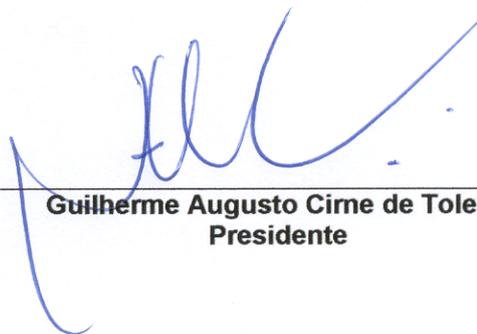
Versão 01 – 01/06/2006 – Implantação da norma.

8. ANEXOS

Anexo 1 – Atestado de Saúde Ocupacional.

9. ASSINATURAS

Dubravka Sidonija Suto
Departamento de Recursos Humanos



Guilherme Augusto Cime de Toledo
Presidente

Exame Médico de Mudança de Função

Sistema: Gestão Empresarial	Código: 06.05.47
	Versão: 01
	Vigência: 01/06/2006

Anexo 1 – Atestado de Saúde Ocupacional

Nome			
Matrícula	Un Org.	RG	
Função			
Grau de Risco da Empresa			
Submetido(a) a exame médico			
<input type="checkbox"/> Periódico de Saúde		<input type="checkbox"/> Retorno ao trabalho	
<input type="checkbox"/> Admissional		<input type="checkbox"/> Demissional	
<input type="checkbox"/> Mudança de função			
Riscos a que está exposto(a):			
Ergonômico:			
Físico:			
Químico:			
Biológico:			
Acidentes:			
Exame clínico realizado em ___/___/___			
Exames complementares			
<input type="checkbox"/> Hemograma	___/___/___	<input type="checkbox"/> Hepatite B	___/___/___
<input type="checkbox"/> Glicemia	___/___/___	<input type="checkbox"/> Hepatite C	___/___/___
<input type="checkbox"/> Urina	___/___/___	<input type="checkbox"/> Av. Oftalmológica	___/___/___
<input type="checkbox"/> RX Tórax	___/___/___	<input type="checkbox"/> Colinesterase	___/___/___
<input type="checkbox"/> PPF	___/___/___	<input type="checkbox"/> Audiometria	___/___/___
<input type="checkbox"/> Anti-HVA	___/___/___	<input type="checkbox"/> EEG	___/___/___
<input type="checkbox"/> Anti-HIV	___/___/___	<input type="checkbox"/> YGT	___/___/___
Os exames complementares estão arquivados no prontuário médico ocupacional do empregado			
CONCLUSÃO DO EXAME DE SAÚDE OCUPACIONAL			
<input type="checkbox"/> Apto para a atual função			
<input type="checkbox"/> Pode trabalhar na atual função, mas recomendamos _____			
<input type="checkbox"/> Não pode exercer a atual função			
Médico Examinador: (Nome - Assinatura - Carimbo - CRM - Tel.)			
Médico Coordenador: (Nome - Assinatura - Carimbo - CRM - Tel.)			
Declaro ter recebido a 2ª via deste A.S.O. em ___/___/___ . Ass. _____			