

	Título		Código
			EMAP-XX-0X
			Versão
			0
		Data	10/11/2010
Elaborado Por		Aprovado por	
VIDE OBSERVAÇÕES 1 A 8 AO FINAL DA PLANILHA			
ATIVIDADE	DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS	EXAMES OBRIGATÓRIOS	PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DOS EXAMES
1.0 SERVIÇOS EM ELETRICIDADE (NR 10)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEIUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); ELETROCARDIOGRAMA (ECG); GAMA GT. OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
2.0 SERVIÇOS DE TRANSPORTE, MOVIMENTAÇÃO, ARMAZENAGEM E MANUSEIO DE MATERIAL (NR 11)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEIUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); ELETROCARDIOGRAMA (ECG); GAMA GT. OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
3.0 SERVIÇOS INSALUBRES (NR 15)			
3.1 ATIVIDADE DE MERGULHO (INDICAR APTIDÃO NO ASO)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX PA E PERFIL; RADIO X DAS ARTICULAÇÕES (ESCAPULOMEURAIS, COXOFEMURAIS E DOS JOELHOS PA E PERFIL); AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL; TESTE DE PRESSÃO; TESTE DE TOLERÂNCIA AO OXIGÊNIO; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEIUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); ELETROCARDIOGRAMA (ECG); GAMA GT; SUMÁRIO DE URINA; PARASITOLÓGICO DE FEZES; VDRL; ELETROENCEFALOGRAMA (EEG). OBS.:ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
3.2 RUÍDO	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL; RAIO X DE TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEIUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL). OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
3.3 POEIRAS MINERAIS/PARTICULADOS	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEIUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); ESPIROMETRIA. OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE

3.4 VIBRAÇÃO	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; RAIO X DE PUNHO; RAIO X DA COLUNA VERTEBRAL; AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL; ELETROENCEFALOGRAMA(EEG); ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISIONAL). <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISIONAL E ANUALMENTE
3.5 AGENTES QUÍMICOS (SOLVENTES, TINTAS E GASES)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISIONAL); URINÁLISE; GAMA GT; ESPIROMETRIA. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISIONAL E ANUALMENTE
4.0 SERVIÇOS COM LÍQUIDOS COMBUSTÍVEIS E INFLAMÁVEIS (NR 20) - <b>SOMENTE PARA OS INTEGRANTES DA EQUIPE DE RESPOSTA A EMERGÊNCIA</b>	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISIONAL); GAMA GT. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISIONAL E ANUALMENTE
5.0 SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇO DE SAÚDE (NR 32)	ASO; FICHA CLÍNICA; LTCAT (LAUDO TÉCNICO DE CONDIÇÕES AMBIENTAIS DE TRABALHO). ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISIONAL); MARCADORES DE HEPATITE (HBsAg, Anti HbC IgM, Anti HbS total, Anti HVA IgM, Anti HCV); VDRL. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISIONAL E ANUALMENTE
6.0 TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO (NR 33) <b>(INDICAR APTIDÃO NO ASO)</b>	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISIONAL); ELETROCARDIOGRAMA (ECG); GAMA GT. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISIONAL E ANUALMENTE
7.0 TRABALHO EM ALTURA (NR 35) <b>(INDICAR APTIDÃO NO ASO)</b>	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISIONAL); ELETROCARDIOGRAMA (ECG); GAMA GT; PARASITOLÓGICO DE FEZES. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISIONAL E ANUALMENTE
8.0 MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS (RDC 216)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISIONAL); TESTE MICOLÓGICO DE UNHA; PARASITOLÓGICO DE FEZES. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISIONAL E ANUALMENTE
9.0 ADMINISTRATIVA (NR 7)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; GLICEMIA EM JEJUM; HEMOGRAMA COMPLETO; ACUIDADE VISUAL; TIPAGEM SANGUINEA (SOMENTE NO ADMISIONAL). <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISIONAL E ANUALMENTE
<b>OBSERVAÇÕES</b>			

<p>OBS.1: O EXAME DE AUDIOMETRIA DEVERÁ SER REALIZADO NO ADMISSIONAL , NO 6º MÊS APÓS ESTE, ANUALMENTE E NO DEMISSIONAL.</p> <p>OBS.2: TODOS OS EMPREGADOS ENTRE 40 E 50 ANOS QUE REALIZAM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS OU OPERACIONAIS, DEVERÃO REALIZAR O EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA.</p> <p>OBS.3: TODOS OS EMPREGADOS ACIMA DE 50 ANOS QUE REALIZAM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS OU OPERACIONAIS DEVERÃO REALIZAR TESTE ERGOMÉTRICO.</p> <p>OBS.4: TODOS OS EMPREGADOS HOMENS &gt; 50 ANOS QUE REALIZAM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS OU OPERACIONAIS DEVERÃO REALIZAR PSA TOTAL E LIVRE.</p> <p>OBS.5: TODOS OS EXAMES CITADOS ACIMA DEVERÃO SER REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE.</p> <p>OBS.6: O PRAZO PARA ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO PARA A COMED SERÁ ANTES DA ASSINATURA DA OS E ANUALMENTE CONFORME NECESSIDADE/OBRIGATORIEDADE.</p> <p>OBS.7: TODA DOCUMENTAÇÃO (PCMSO, FICHA CLÍNICA, ASOS E EXAMES COMPLEMENTARES) SERÃO ENCAMINHADOS À COMED VIA E-MAIL.</p> <p>OBS.8: NO CASO DA DOCUMENTAÇÃO (FICHA CLÍNICA, ASO E EXAMES COMPLEMENTARES), ESTAS SERÃO SEPARADAS POR EMPREGADOS E ENCAMINHADAS À COMED DE MANEIRA INDIVIDUAL.</p>	
EXIGÊNCIAS DA DOCUMENTAÇÃO DE SAÚDE	
PCMSO	<p>4.1 No PCMSO deverão constar os itens obrigatórios descritos abaixo:</p> <p>4.1.1 CAPA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logomarca; • Nome da empresa • Data da elaboração do PCMSO; • Validade: • Nome do Médico Elaborador e Coordenador do PCMSO, com CRM e telefone;</li> </ul> <p>4.1.2 ÍNDICE (PAGINADO)</p> <p>4.1.3 IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Razão social; • CNPJ; • Endereço completo (rua ou avenida, número, bairro, cidade, Estado, CEP, telefones e e-mail); • Ramo de Atividade Principal;</li> <li>• CNAE <b>Principal</b>; • CNAE's Secundários; • Grau de Risco; • Nº de trabalhadores ( homens e mulheres); • Horário de Trabalho; • Contato na Empresa ( nome, telefone, celular e e-mail); • Dados da Contratante (nome, ramo de atividade, endereço) • Dados do Contrato (Objeto do Contrato, Gestor do Contrato, início e término, local da execução da obra nas áreas administradas pela EMAP).</li> </ul> <p>4.1.4 OBJETIVOS DO PCMSO (DESCREVER):</p> <p>4.1.5 RESPONSABILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empregador; • Empregado; • Médico Coordenador.</li> </ul> <p>4.1.6 EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS EXIGIDOS DE ACORDO COM A FUNÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admissional; • Demissional; • Periódico; • Mudança de função e Retorno ao Trabalho.</li> </ul> <p>4.1.7 MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA CAIXA DOS PRIMEIROS SOCORROS</p> <p>4.1.8 FLUXOGRAMA OPERACIONAL EM CASOS DE URGÊNCIA E MERGÊNCIA</p> <p>4.1.9 FICHA CLINICA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo; • Responsabilidades; • Manutenção de Arquivos; • Transferência de Arquivos.</li> </ul> <p>4.1.10 MODELO DE ASO USADO</p> <p>4.1.11 DESCRIÇÃO DE TODOS OS MÉDICOS EXAMINADORES (da empresa ou de clínica credenciada):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome; • CRM; • Fone.</li> </ul> <p>4.1.12 MODELO DE QUADRO III DA NR 7</p> <p>4.1.13 CRONOGRAMA DE AÇÃO DO PCMSO</p> <p>4.1.14 ASSINATURAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Elaborador do PCMSO; • Médico Coordenador do PCMSO (quadro exigido pela NR 7 ou da empresa contratante); • Responsável Legal da Empresa;</li> <li>• Local e Data.</li> </ul>
RELATÓRIO ANUAL DO PCMSO	<p>No Relatório anual do PCMSO deverão constar os itens obrigatórios descritos abaixo:</p> <p>4.2.1 NÚMERO DE EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS (EXAME FÍSICO), ASSINALANDO OS ANORMAIS;</p> <p>4.2.2 NÚMEROS DE EXAMES COMPLEMENTARES (LABORATÓRIO, AUDIOMETRIA ETC), ASSINALANDO OS ANORMAIS;</p> <p>4.2.3 NÚMEROS DE ATESTADOS MÉDICOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de Atestados x Número de Empregados; • Número de Atestados x Dias de Atestado; • Dias de Atestados x Número de Empregados.</li> </ul> <p>4.2.4 AFASTAMENTOS PELO INSS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravidez/parto; • Doença Ocupacional; • Doença Não Ocupacional; • Acidente de Trabalho.</li> </ul> <p>4.2.5 CAMPANHAS DE VACINAÇÃO</p> <p>Vacinação antitetânica será de caráter obrigatório para todos os empregados</p> <p>4.2.6 EVIDENCIAS DE PALESTRAS EDUCATIVAS</p> <p>4.2.7 EVIDENCIAS DE CAMPANHAS EM SAÚDE</p> <p>4.2.8 QUADRO DE EXAMES</p> <p>NOTA: Todas as ações de saúde deverão ser registradas e guardadas para fins de fiscalização e/ou auditoria interna.</p>