

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO – SOST
Formulário de Acolhimento e Realocação Funcional

Colaborador: _____

Idade: _____ SIAPE: _____ Celular: () _____

Unidade: _____ Tempo na Unidade: _____

Escolaridade: _____ Função: _____

Data da avaliação: _____ Reavaliar em: _____

Avaliação Médica:

1- Restrição: () Definitiva () Temporária. Por quanto tempo? _____.

Elevação do MS _____ até o limite de _____ graus () Sem restrição

Abdução do MS _____ até o limite de _____ graus () Sem restrição

Flexão de Quadril _____

Flexão de joelhos _____

2- Restrição médica:

3- Origem da doença:

() doença não relacionada ao trabalho () doença relacionada ao trabalho

() acidente não relacionado ao Trabalho () Acidente relacionado ao trabalho

4- Faz algum tratamento médico ou outro acompanhamento? _____

Com qual especialidade: _____

5- Faz uso de algum medicamento?

Psicóloga organizacional:

6- Descreva suas atividades habituais na sua unidade de lotação.

7- Você está satisfeito com esse trabalho? () Não () Sim. Porquê?

8- Atualmente, você acredita que suas habilidades podem ser melhor utilizadas?

() Não () Sim Como:

Observações:

Dr. Indonésio Calegari

Colaborador

Psicóloga Org.