

Anexo IV

Relatório Médico - Remoção / Redistribuição

“Nas últimas duas semanas você tem se sentido”:

- desanimado, deprimido ou desesperançoso? Não Sim

- pouco interesse ou pouca satisfação em fazer as coisas? Não Sim

Epidemiologia (doença ocupacional ou acidente): _____

Relações sociais no trabalho: _____

Exame Físico e Mental

Humor: Estável Ansioso Depressivo Irritado Eufórico

Atenção: Preservada Diminuída. Insônia: Não Sim.

Memória (capacidade de fixação): Preservada Alterada

Sintomas psicóticos (delírios e alucinações): Presente Ausente

Cabeça e Pescoço: _____

Cardiovascular: _____

Respiratório: _____

Abdome: _____

Locomotor - Coluna vertebral: _____

MMSS (ombro, cotovelo, antebraço, punho e dedos): _____

MMII: _____

Neurológico (Marcha, Equilíbrio, Coordenação Motora): _____

Exames Complementares

Laboratório: _____

Outros: _____

Conclusão

Para cumprimento da Legislação vigente, o examinando encontra-se:

APTO INAPTO para o desempenho da função.

Restrições funcionais: Não Sim _____

Recomendações médicas: Não Sim _____

Encaminhamento para especialista? Não Sim _____

Comentários do médico examinador: _____

Data: _____

Médico - CRM

RELATÓRIO MÉDICO – REMOÇÃO/REDISTRIBUIÇÃO/CESSÃO

Relatório médico da área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da _____ Região à área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da _____ Região.

Dados pessoais

nome do servidor	
código/matricula	
cargo	Data de admissão

Informações básicas

	Sim	Não
Afastamento por motivo de saúde nos últimos 5 anos.		

Em caso positivo, detalhar por ano.		
Licença	Ano	Dias de afastamento

	Sim	Não
Presença de restrição laboral		

Em caso positivo, informar sobre a doença motivadora da modificação de atividades laborais.

--

RELATÓRIO MÉDICO – REMOÇÃO/REDISTRIBUIÇÃO/CESSÃO

Histórico de saúde

	Sim	Não	Não dispomos da informação
Alergias			
Doenças crônicas			
Diabetes			
Hipertensão Arterial			
Hepatopatias			
Nefropatias			
Doenças infecciosas			
Neoplasia			
Doenças neurológicas			
Doenças psiquiátricas			
Doenças osteomusculares			
Pessoa com deficiência			
Restrições laborais			

Outros

Se sim, detalhar.

Histórico médico-ocupacional

	Sim	Não	Data de realização
Foi realizado o Exame Periódico?			
Conclusão do Exame periódico			

RELATÓRIO MÉDICO – REMOÇÃO/REDISTRIBUIÇÃO/CESSÃO

Informações adicionais

data	assinatura e carimbo do médico
------	--------------------------------

Autorizo o envio deste formulário, contendo minhas informações médicas, bem como uma cópia, na íntegra, de meu prontuário à área de saúde do Tribunal Regional do Trabalho da _____ Região.

data	assinatura do servidor
------	------------------------

***As informações contidas neste formulário deverão ser encaminhadas exclusivamente à área de saúde de outro Tribunal, em envelope lacrado, com o indicativo de sigilo/confidencial.**