

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Anamnese Ocupacional

Manual de Preenchimento da
Ficha Resumo de Atendimento
Ambulatorial em Saúde do
Trabalhador (Firaast)

Saúde do Trabalhador 1

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde do Trabalhador
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, sala 603
70058-900, Brasília – DF
Tel.: (61) 3315-2610
Fax: (61) 3226-6406
E-mail: cosat@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/trabalhador

Texto:

Poliana de Freitas La Rocca
Ricardo José dos Reis
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Organização:

Andréa Maria Silveira

Organização da série Saúde do Trabalhador:

Elizabeth Costa Dias
Marco Antônio Gomes Pérez
Maria da Graça Luderitz Hoefel

Profissionais envolvidos na elaboração das versões anteriores do instrumento:

Ana Lúcia Elias D'Almeida
Ana Lúcia Murta
Andréa Maria Silveira
Celina Schimidel Nunes
Clarissa Almeida Teixeira de Carvalho
Cláudia Maria C. Branco Albinati
Cristina Furquim Werneck Moreira
Cristina Miranda Carneiro
Cristina Souto Dourado
Felipe Rovere Diniz Reis
Heloísa Helena Gomes de Faria
Horácio Pereira de Faria
Jandira Maciel Silva
Joaquim S. Martins Júnior
José Geraldo Monteiro de Castro
Leiliane Amorim
Lícia Maria Teixeira Soares
Marcelo Araújo Campos
Maria Cristina da Fonseca
Maria Elaine da Silva
Neuracy Léo Ferreira
Raquel Maria Rigotto
Ricardo José dos Reis
Rosita Somerlatte Tomich Pimentel
Sandra Silva
Serafim Barbosa dos Santos filho
Simone Sandra de Araújo
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
Túlio Zulato Neto
Valéria Aparecida Fernandes
Valéria Guerra Mendes

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Anamnese ocupacional : manual de preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (Firaast) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

52 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador; 1)

ISBN 85-334-1141-3

1. Anamnese. 2. Coleta de dados. I. Título. II. Série.

NLM WB 290

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/0450

Títulos para indexação:

Em inglês: Occupational Medical History Taking: Orientation Guide of the Summary of Worker Health Ambulatory Care
Em espanhol: Anamnesis Ocupacional: Manual del Uso de la Hoja de Resumen de la Atención Ambulatoria en la Salud del Trabajador

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774/2020
Fax: (61) 3233-9558
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe Editorial:
Normalização: Vanessa Kelly
Revisão: Daniele Thiebaut e Lilian Assunção
Capa, projeto gráfico e diagramação: Fabiano Bastos

SUMÁRIO

Apresentação,	5
1 Introdução,	7
2 Instruções gerais,	9
Referências bibliográficas,	39
Anexos,	41
Anexo A,	41
Anexo B,	48

APRESENTAÇÃO

A saúde, como direito universal e dever do Estado, é uma conquista do cidadão brasileiro, expressa na Constituição Federal e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde. No âmbito deste direito encontra-se a saúde do trabalhador.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS), nos últimos anos, tenha avançado muito em garantir o acesso do cidadão às ações de atenção à saúde, somente a partir de 2003 as diretrizes políticas nacionais para a área começam a ser implementadas.

Tais diretrizes são:

- Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores;
- Articulação Intra e Intersetoriais;
- Estruturação de Rede de Informações em Saúde do Trabalhador;
- Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas;
- Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos;
- Participação da Comunidade na Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador.

Entre as estratégias para a efetivação da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, destaca-se a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2005), cujo objetivo é integrar a rede de serviços do SUS voltados à assistência e à vigilância, além da notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho em rede de serviços sentinela (BRASIL, 2004)¹.

¹ Os agravos à saúde relacionados ao trabalho, de notificação compulsória que constam na Portaria n.º 777/04, são: acidentes de trabalho fatais, com mutilações, com exposição a materiais biológicos, com crianças e adolescentes, além dos casos de dermatoses ocupacionais, intoxicações por substâncias químicas (incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort), pneumoconioses, Perda Auditiva Induzida por Ruído (Pair) e câncer relacionado ao trabalho.

Com o intuito de atender os trabalhadores com suspeita de agravos à saúde relacionados ao trabalho, incluindo os procedimentos compreendidos entre o primeiro atendimento até a notificação, esta série de publicações “*Complexidade Diferenciada*” oferece recomendações e parâmetros para seu diagnóstico, tratamento e prevenção.

Trata-se, pois, de dotar o profissional do SUS de mais um instrumento para o cumprimento de seu dever enquanto agente de Estado, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e, por conseguinte, para a garantia de seu direito à saúde.

Ministério da Saúde
Área Técnica de Saúde do Trabalhador

1 INTRODUÇÃO

Em 1992, o Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (ADP/HC/UFMG) e o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (DMPS/FM/UFMG) – com o Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social (Nusat/INSS), a Coordenadoria de Saúde do Trabalhador da Superintendência de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (CST/SES/MG), o Ambulatório de Saúde do Trabalhador do Município de Contagem (AST/Contagem) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Barreiro (Cersat/Belo Horizonte), elaboraram a Ficha de Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (Firaast).

A ficha foi criada para ser um instrumento epidemiológico que contribuísse para conhecer, sistematizar, agilizar, homogeneizar e intercambiar dados e informações úteis ao planejamento, à formação de recursos humanos, ao atendimento, à vigilância, à avaliação de serviços de saúde do trabalhador e à divulgação pública mais ampliada (PINHEIRO et al., 1993).

Após pré-teste em 1993, a primeira versão da Firaast foi implantada, em 1994, no ADP, Nusat, AST/Contagem e Cersat/Belo Horizonte. A base de dados foi construída seguindo a estrutura do instrumento que utilizou o *software* Epi-Info. Em 1995, a ficha continuou sendo usada nos quatro serviços e foi também implantada no Serviço de Saúde do Trabalhador de Betim (Sersat/Betim). Nesse mesmo ano, foi desenvolvido, no Curso de Especialização em Medicina Social (CEMS/DMPS), um estudo de reavaliação da Firaast. Tal reavaliação baseou-se no perfil da demanda atendida no ADP/HC/UFMG (PINHEIRO; MARTINS JÚNIOR; MARINHO, 1995), Nusat (MENDES; BAHIA, 1995), AST/Contagem (VORCARO; HADAD; ZULATO NETO, 1995) e, principalmente, no relato de profissionais que trabalharam com a Ficha.

Entre outros achados, este estudo apontou a necessidade de aprimoramento, simplificação e readequação da Firaast ao incipiente Sistema

Nacional de Informação em Saúde do Trabalhador. A elaboração dessa segunda versão foi feita com a colaboração do Nusat, CST/SES-MG, CRST/Contagem e CST/Belo Horizonte, e foi implantada em janeiro de 1996 (MARTINS JÚNIOR; PINHEIRO, 1995).

Em janeiro de 2004, a Área Temática de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, identificou no interior da Rede Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Trabalhador (Renast) a necessidade de um instrumento nacional para sistematização das informações colhidas por ocasião do atendimento de trabalhadores com suspeita de doenças relacionadas ao trabalho. A equipe do Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador (antigo ADP/HC/UFMG) foi incumbida de constituir o ponto focal encarregado de elaborar um protocolo para abordagem de pacientes com suspeita de doenças relacionadas ao trabalho denominado “Protocolo de Anamnese Ocupacional”.

O Protocolo apresentado se inspira em larga medida no modelo até então utilizado pelos Cerest/MG, Cerst/BH e Cerst/Contagem, autores das primeiras duas versões do Modelo de Ficha de Atendimento chamada Firaast, como historiado acima. Esta versão foi reformulada sendo então apresentada em teleconferência para técnicos de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador de 11 estados da federação. Posteriormente a ficha foi colocada para consulta pública na *home page* do Ministério da Saúde, no período de 1.º de dezembro de 2004 a 30 de janeiro de 2005. A versão aqui apresentada constitui o resultado final destes momentos, durante os quais várias críticas e sugestões foram incorporadas.

Esclarecemos que a Ficha foi concebida fundamentalmente como instrumento a ser utilizado nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador que compõem a Renast. Foi elaborada ainda como instrumento passível de utilização como prontuário eletrônico e de informatização.

Abaixo seguem as instruções de preenchimento da Ficha, aplicável a Ficha de Primeira Consulta e a Ficha de Retorno.

2 INSTRUÇÕES GERAIS

- a) Todos os campos deverão ser preenchidos a partir de informações fornecidas pelo trabalhador e obtidas durante o exame médico. Outras fontes de informação a serem utilizadas são: prontuário médico, prontuário de consultas anteriores, Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT), relatórios, pedidos de encaminhamento, etc. Quando houver divergência entre as informações das fontes secundárias, procure elucidar os fatos com o trabalhador.
- b) A parte inicial da Ficha (“Número do Cartão do SUS” até “Telefone”) deve ser preenchida em momento anterior à consulta pelo auxiliar de atendimento (secretária ou atendente). O profissional responsável pelo atendimento deverá conferir as informações e assegurar-se de sua qualidade.
- c) Nenhum campo deve ficar em branco. Quando não for possível obter a informação, deve-se anotar, no próprio campo, o motivo da não obtenção da informação.

Ex. 1: Trabalhador sabe que é sindicalizado, não sabe o nome do sindicato.

SINDICALIZAÇÃO Sim

QUAL SINDICATO? | Não sabe informar o nome do sindicato |

Não Não sabe informar

Ex. 2: Trabalhador não sabe informar o endereço e esse não foi encontrado no prontuário ou em outros documentos.

ENDEREÇO DE REFERÊNCIA: | Não sabe informar | N.º: | _ | _ | _ | _ |

COMPL.: | _____ | BAIRRO: | _____ |

CEP: | _ | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ |

TELEFONE: | _ | _ | - | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | MUNICÍPIO: | Betim | UF: | IMI | GI |

Ex. 3: Não tem telefone.

ENDEREÇO DE REFERÊNCIA: | Rua Maracujá | N.º: | _ | _ | 9 | 1 |

COMPL.:| Casa 7 | BAIRRO:| Jardim das Tamanducáias |

CEP: | 31917121011012101 |

TELEFONE | | | | | | | | | | |

MUNICÍPIO:| Lagoa da Prata | UF:| MG |

- d) A “Ocupação Atual” deverá ser preenchida pelo responsável pelo atendimento após a coleta da história ocupacional. O “nome” da Ocupação Atual não é necessariamente aquele relatado pelo trabalhador, e sim o nome escolhido pelo responsável pelo atendimento, baseando-se em informações colhidas na história ocupacional e ajustadas à definição existente na Classificação Brasileira de Ocupações versão 2002.
- e) As categorias “tempo na ocupação”, “relação no mercado de trabalho”, “situação atual de trabalho”, “carteira de trabalho”, “tempo na empresa atual”, “adicionais” e “empresa/empregador” referem-se à ocupação atual. Essas categorias devem ser preenchidas somente após o registro da Ocupação Atual.
- f) Para satisfazer os itens D e E, recomenda-se a seguinte rotina: 1) Antes da consulta – o auxiliar de atendimento (secretária) preenche até a categoria “Telefone”. 2) Durante a consulta – o responsável pelo atendimento preenche a partir de “Origem do Encaminhamento”.
- g) Quando o indivíduo exerce uma mesma ocupação tendo mais de um emprego, deve-se interrogá-lo sobre a empresa/empregador que ele considera como principal, e as categorias relacionadas no item E serão referentes à ocupação atual exercida na empresa/empregador principal. O responsável pelo atendimento deve orientar o trabalhador na escolha da empresa/empregador principal, baseando-se no critério de maior risco ocupacional.

PRIMEIRA CONSULTA

1. Número do Cartão SUS

Anotar o número do Cartão do SUS do trabalhador. Manter espaços em branco à esquerda.

Ex.: N.º CARTÃO SUS: | 0 | 5 | 6 | 8 | 9 | 2 | 6 | 6 | 7 | 1 | 3 |

2. Número do prontuário

Anotar o número do prontuário do trabalhador no serviço. Manter espaços em branco à esquerda.

Ex.: NÚMERO DO PRONTUÁRIO: | _ | _ | 1 0 | 1 0 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Número do código do serviço

Anotar o número do código do serviço. Manter espaços em branco à esquerda.

Ex.: NÚMERO CÓDIGO DO SERVIÇO: | _ | _ | 2 | 1 |

4. Data do atendimento

Anotar a data da consulta, com dia, mês e ano no formato dd-mm-aaaa.

Ex.: DATA DO ATENDIMENTO: | 1 0 | 1 5 | | 1 0 | 1 5 | | 1 1 | 1 9 | 1 6 |

IDENTIFICAÇÃO

5. Nome

Anotar o nome completo do trabalhador, manter as preposições e não utilizar abreviaturas de qualquer natureza, como, por exemplo: M.^a da Glória, Joventino A. de Lima Duarte, Alvarez Cássio Ataíde Jr., Hélio Magalhães Soares F.^o. Se o espaço for insuficiente, ocupe a margem direita da Ficha.

Esta variável é primordial para pesquisas no Banco de Dados, procure anotar em letra de forma, de modo claro e legível.

Ex.: NOME: | Maria Eugênia Lopes de Faria por Deus |

6. Sexo

Assinalar a opção adequada. Ex.: Masc. Fem.

7. Data de nascimento

Registrar a data de nascimento com dia, mês e ano, no formato dd-mm-aaaa. Caso o trabalhador não saiba e não seja possível obter o dado de outra fonte, procure estimar o ano mais próximo possível, registrar o mês de junho (meio do ano) e o dia 15 (meio do mês). Preencher espaços em branco com 0 (zero).

Ex.: Trabalhador rural nascido em 1926, não sabe o dia e mês. Não há outras fontes de informação disponíveis no momento (documentos, prontuário...).

Ex.: DATA DE NASCIMENTO: |1|1|5|1|0|6|1|1|9|2|6|

8. Escolaridade

Marque a opção mais adequada.

Ex.: Trabalhador declara ter estudado até a 3.^a série do primeiro grau.

- Não sabe ler/escrever
- Alfabetizado
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

9. Nome da mãe

Escreva o nome completo da mãe, sem abreviaturas. Este é dado importante para fazer a diferença entre homônimos. As pessoas podem ter nomes iguais, mas pouco provável que as mães tenham o mesmo nome. O nome da mãe é sempre conhecido, o do pai nem sempre.

10. Naturalidade

Escreva a cidade em que o paciente nasceu.

11. Endereço de referência

É o endereço onde o trabalhador pode ser localizado facilmente. Pode ser o endereço de residência (preferivelmente), ou do local onde ele está hospedado (desde que não seja hospedaria de caráter provisório como hotel, etc.). Não pode ser o endereço da empresa onde ele trabalha, esta informação será registrada no campo “Endereço de Trabalho”.

Observações:

- a) Registrar com atenção o número do imóvel, mantendo espaços em branco à esquerda.
- b) Localizar o CEP no catálogo quando o trabalhador não souber fornecê-lo.
- c) Se o trabalhador não tiver telefone, registrar, se possível, um para contato.
- d) Registrar o município sem abreviações do tipo BH, S.J. dos Campos, etc.
- e) É importante registrar o endereço de forma clara, legível e a mais completa possível, porque as informações coletadas nesses campos constituirão base para malas-diretas.

12. Origem do encaminhamento

Registrar a opção adequada de acordo com a instituição ou o profissional que encaminhou o trabalhador ao serviço (encaminhamento escrito ou verbal):

INSS – Encaminhamento de qualquer setor do Instituto Nacional do Seguro Social.

Serviço Médico Privado – Refere-se a encaminhamento de Unidade de Saúde (ambulatorios, hospitais, clínicas, etc.) privadas e encaminhamento de profissionais autônomos (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) cujo atendimento foi feito por consulta particular paga diretamente ou por meio de convênio (Unimed, Bradesco, etc.).

Sindicato – Trabalhador que procurou o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador orientado pelo sindicato (assessoria técnica, diretoria sindical, etc.).

SUS – Engloba, além dos serviços públicos, serviço de saúde privado conveniado com o SUS.

Empresa – Trabalhador encaminhado pelo Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou outro setor de empresa.

Sem encaminhamento – Refere-se à demanda espontânea. Engloba os trabalhadores orientados a procurar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador por amigos, colegas de trabalho, vizinhos, parentes, etc.

Outros – Essa opção deve ser assinalada quando ocorrer situações não contempladas nas opções anteriores. Nesse caso, o tipo de encaminhamento deve ser especificado no espaço próprio.

Ex. 1: Trabalhador atendido no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador com pedido de interconsulta (ou encaminhamento) de uma outra especialidade do Hospital das Clínicas.

- INSS
- Serviço médico privado
- Sindicato
- SUS

Município: Belo Horizonte

Unidade: HC

- Empresa
- Sem encaminhamento
- Outro: _____

Ex. 2: Trabalhador orientado a procurar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador pela Associação de Moradores do Bairro ou pelo Conselho Regional de Técnicos em Radiologia ou uma outra entidade organizada.

INSS

Serviço médico privado

Sindicato

SUS

Município:

Unidade:

Empresa

Sem encaminhamento

Outro: Associação de Moradores do Bairro Tal.

13. Ocupação atual

Observações:

1) Verifique os itens D a G (Instruções Gerais).

2) Para desempregados:

a) sem atividades no momento, anotar a última ocupação;

b) que exercem atividades como autônomo ou no mercado informal, anotar ocupação referente à atividade exercida no momento.

3) Para aposentados:

a) sem atividades no momento, anotar a última ocupação;

b) que exercem atividades como autônomo ou no mercado informal, anotar ocupação referente à atividade exercida no momento;

c) que está empregado, anotar a ocupação referente à atividade exercida no momento.

4) No caso de desvio de ocupação: registrar a ocupação que o trabalhador efetivamente exerce.

5) A profissão não deve ser considerada (vide Ex. 3 e Ex. 4 no item 18)

Descrição da ocupação atual

Registrar a ocupação de forma mais completa possível.

Ex. 1: Trabalhador empregado em fábrica de bateria se declara montador de bateria.

OCUPAÇÃO ATUAL: Montador de baterias

Ex. 2: Balconista em loja de tecidos, registrada como auxiliar de escritório, que exerce atividade de costureira no mercado informal. Ignorar “Auxiliar de Escritório”. Interrogar qual a ocupação que ela considera principal.

Resposta: Balconista

OCUPAÇÃO ATUAL: Balconista em loja de tecidos

Ex. 3: Indivíduo declara que sua profissão é médico especialista em Saúde do Trabalhador, atualmente proprietário de uma fábrica de brinquedos com dedicação exclusiva à gerência da indústria.

OCUPAÇÃO ATUAL: Gerente em fábrica de brinquedos

Ex. 4: Indivíduo declara que sua profissão é torneiro mecânico, desempregado exercendo atividade no mercado informal de vendedor ambulante.

OCUPAÇÃO ATUAL: Vendedor ambulante

14. CBO

Codificar a ocupação de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)¹ com 6 dígitos:

Ex.: OCUPAÇÃO ATUAL: Balconista em loja de tecidos | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |

Observação: Códigos que não constam na CBO

OCUPAÇÃO ATUAL: Estudante | 9 | 9 | 9 | 0 | 1 | 1 | 0 |

¹ Classificação Brasileira de Ocupações 2002 (CBO 2002).

OCUPAÇÃO ATUAL: Dona de casa 1919191012101

OCUPAÇÃO ATUAL: Empresário 1919191013101

“Empresário” só deve ser utilizado se não for possível identificar a ocupação específica que o empresário exerce em sua empresa.

15. Tempo na ocupação atual

Anotar o tempo em que o indivíduo exerce efetivamente a ocupação atual. Se o indivíduo exerceu a ocupação, interrompeu (uma ou mais vezes) e voltou a exercê-la, somar os diversos períodos de tempo de exercício da ocupação.

Observações:

- 1) O item “Não se aplica” enquadra-se a donas de casa e estudantes.
- 2) Para o aposentado e o desempregado, anotar o tempo da ocupação atual selecionada conforme as instruções do item 13 (observações 2 e 3).
- 3) Somente registrar “Não sabe informar”, se o indivíduo não souber, nem mesmo, estimar o tempo.
- 4) O item “Tempo na Ocupação” deve ser preenchido em anos, em meses ou em dias, segundo o que for mais adequado.

16. Relação no mercado de trabalho

Registrar a opção adequada:

Assalariado – Pessoa que trabalha para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo, em contrapartida, uma remuneração em dinheiro, mercadorias, produtos e benefícios (moradia, comida, roupas, etc.). Nesta categoria inclui-se a pessoa que presta o serviço militar obrigatório, e também o sacerdote, ministro de igreja, pastor, rabino, frade, freira e outros clérigos (IBGE).

Empregador – Pessoa que trabalha explorando o seu próprio empreendimento com pelo menos um empregado (IBGE).

Desempregado – Indivíduo que na data da consulta não possui trabalho, mas que está em busca do mesmo (IBGE).

Autônomo – É o indivíduo que trabalha por conta própria, prestando serviços a uma ou mais empresas ou indivíduos, e que contribui como autônomo para a Previdência Social. Inclui:

- a) O profissional liberal que contribui para o INSS.
- b) Biscateiro, camelô, diarista, sacoleira, lavador de carro, etc., que contribuem para o INSS.

Aposentado – É o indivíduo que recebe aposentadoria de qualquer espécie, e que não exerce mais atividades profissionais.

Mercado informal – É o biscateiro, camelô, diarista, sacoleira, lavador de carro, etc., que trabalha por conta própria e não contribui para o INSS.

Outro – Refere-se a donas de casa e estudantes.

Observação: essa variável refere-se à ocupação atual, se houver mais de um vínculo, deve-se considerar o principal.

Ex. 1: Engenheiro civil empregado numa construtora e também trabalha como autônomo num escritório de engenharia:

- a) Declara como empresa/empregador principal a construtora:
 - Assalariado
 - Aposentado
 - Empregador
 - Mercado informal
 - Desempregado
 - Outro: _____
 - Autônomo

b) Declara ser autônomo:

- Assalariado
- Aposentado
- Empregador
- Mercado informal
- Desempregado
- Autônomo
- Outro: _____

Ex. 2: Professor universitário aposentado trabalhando como pesquisador assalariado sem carteira assinada:

- Assalariado
- Aposentado
- Empregador
- Mercado informal
- Desempregado
- Autônomo
- Outro: _____

Ex. 3: Montador de bateria aposentado, continua na ativa trabalhando em empresa sem carteira assinada:

- Assalariado
- Aposentado
- Empregador
- Mercado informal
- Desempregado
- Autônomo
- Outro: _____

Ex. 4: Trabalhador rural aposentado trabalhando por conta própria como encanador não contribui para o INSS:

- Assalariado
- Aposentado
- Empregador
- Mercado informal

- Desempregado
- Autônomo
- Outro: _____

Ex. 5: Trabalhador desempregado e atualmente trabalhando por conta própria como pintor de casa não contribui para o INSS:

- Assalariado
- Aposentado
- Empregador
- Mercado informal
- Desempregado
- Autônomo
- Outro: _____

Ex. 6: Dono de padaria (independente de contribuir ou não para o INSS):

a) Não foi possível identificar a ocupação atual específica e registrou-se que a ocupação atual é “Empresário”.

- Assalariado
- Aposentado
- Empregador
- Mercado informal
- Desempregado
- Autônomo
- Outro: _____

Ex. 7: Dona de casa que faz tricô em casa e vende o produto. Não contribui para o INSS.

a) Declara que a ocupação atual é “Dona de casa”.

- Assalariado
- Aposentado
- Empregador
- Mercado informal
- Desempregado

- Outro: Dona de casa
- Autônomo

b) Declara que a ocupação atual é produção e venda de trabalhos artesanais (tricô).

- Assalariado
- Aposentado
- Empregador
- Mercado informal
- Desempregado
- Autônomo
- Outros

17. Situação atual de trabalho

Anotar a situação atual de trabalho, referente à ocupação atual exercida na empresa/empregador atual.

Ativo na mesma ocupação – Trabalhador que mantém a mesma atividade desde a admissão. Aplica-se também ao trabalhador que tenha sido formalmente reabilitado – Vide Ex. 3.

Ativo com desvio de ocupação – Trabalhador em atividade, porém desempenhando outra ocupação, em função de seu problema de saúde (readaptação informal feita pela empresa) – Vide Ex. 2 e Ex. 3.

Afastado – Refere-se ao trabalhador afastado do trabalho por motivo de doença. Anotar o tempo de afastamento da forma mais precisa possível, oriente-se pelas seguintes instruções: anote o tempo em dias até 29 dias; em dias e meses se de 29 dias e 6 meses; somente em meses se acima de 6 meses a 11 meses; em meses e anos de 12 meses a 3 anos; e somente em anos acima de 3 anos.

Não se aplica – Refere-se a aposentados e desempregados que não exercem atividades; donas de casa e estudantes.

Ex. 1: Cozinheira em um restaurante com problemas de saúde relacionados ou não com o trabalho, que no momento da consulta continua exercendo a ocupação de cozinheira.

- Ativo na mesma ocupação
- Ativo com desvio de ocupação
- Afastado: Tempo de afastamento: ___ dias ___ meses ___ anos
- Não se aplica

Ex. 2: Trabalhador que era caixa bancário, portador de LER e por ocasião da consulta relatou desvio de ocupação (atendimento ao público).

- Ativo na mesma ocupação
- Ativo com desvio de ocupação
- Afastado: Tempo de afastamento: ___ dias ___ meses ___ anos
- Não se aplica

Ex. 3: Trabalhador que era caixa bancário, portador de LER e que por ocasião da consulta relatou ter sido readaptado para escriturário, mantendo-se nesta atividade. (A ocupação atual deverá ser escriturário).

- Ativo na mesma função
- Ativo com desvio de função
- Afastado: Tempo de afastamento: ___ dias ___ meses ___ anos
- Não se aplica

Ex. 4: Trabalhador com carteira assinada (auxiliar de escritório) que exerce a ocupação de digitador e no momento da consulta continua exercendo a ocupação de digitador. A ocupação atual será de digitador.

- Ativo na mesma função
- Ativo com desvio de função
- Afastado: Tempo de afastamento: ___ dias ___ meses ___ anos
- Não se aplica

18. Carteira de Trabalho

Registrar a opção adequada. Essa variável refere-se à ocupação atual exercida na Empresa/Empregador Atual. Dispensa de assinatura na carteira se aplica aos funcionários públicos.

Ex.: Aposentado que exerce atividade no mercado informal.

- Assalariado com carteira assinada
- Assalariado sem carteira assinada
- Assalariado com dispensa de assinatura na carteira pelo Regime Jurídico Único
- Não assalariado

19. Renda mensal

Registrar a renda mensal bruta que o trabalhador ganha, em salários mínimos, independente da ocupação principal ou da empresa/empregador.

Observações:

- 1) A renda incorpora os adicionais, gratificações e outras rendas não provenientes da ocupação atual.
- 2) Quando o trabalhador não fornecer a renda em salários, o auxiliar de atendimento deve estimar.
- 3) Caso a renda mensal corresponda a frações de salários, registrar com uma casa decimal: 0,5; 2,7; 5,2.
- 4) Para trabalhador com renda variável, registrar a média dos valores recebidos nos últimos seis meses.
- 5) Quando o trabalhador não quiser falar, registrar como “Renda Não Declarada”.
- 6) Quando o trabalhador não tiver rendimentos, registrar “Sem Renda”.

Ex.: Empregada doméstica assalariada com carteira assinada, salário registrado de 1 SM, recebe efetivamente 2,5 SM. Exerce atividade no mercado informal (faxineira) e recebe \pm 1,5 SM.

RENDA MENSAL: 4 salários mínimos

- Renda não declarada
- Sem renda

20. Emissão de CAT

Assinalar a opção adequada referente à emissão da CAT, independente da ocupação atual e relação no mercado de trabalho.

Observações:

- 1) Quando o trabalhador não souber informar se o documento foi emitido, e esta informação não estiver disponível em outras fontes (prontuário, relatórios médicos, etc.), anotar a opção “Não sabe informar”.
- 2) No caso de donas de casa, empregadas domésticas, estudantes, autônomos, empregadores, trabalhador do mercado informal e funcionários públicos, deve-se registrar a opção “Não se aplica”.
- 3) A opção “Não emitida” se destina aos casos nos quais a emissão foi solicitada, mas não houve emissão pelo empregador.

Ex.: Trabalhador não sabe se CAT foi emitida, consta no encaminhamento recebido do INSS que a CAT foi emitida na data 1.º/2/95.

EMISSÃO DE CAT:

- Emitida
- Não emitida
- Não sabe
- Não se aplica

21. Benefícios previdenciários

Assinalar a opção adequada.

Não recebe – Refere-se aos trabalhadores segurados da Previdência Social que no momento não estão recebendo nenhum benefício previdenciário. Não assinalar esta opção para os trabalhadores não segurados (vide “Não se aplica”).

Auxílio doença previdenciário – Benefício que o trabalhador segurado recebe quando se afasta do trabalho devido a doenças e acidentes não relacionados ao trabalho.

Auxílio doença acidentário – Benefício que o trabalhador segurado recebe quando houve emissão de CAT e o mesmo se afastou do trabalho para tratamento de doenças ou acidentes relacionados ao trabalho.

Auxílio acidente – Benefício que o trabalhador recebe quando, após alta do afastamento do trabalho em gozo de auxílio doença, retorna ao trabalho remanejado ou reabilitado para outra função em decorrência de incapacidade parcial ou total para a função/ocupação exercida antes do acidente/doença do trabalho. O trabalhador recebe este benefício até a data da aposentadoria ou vitaliciamente se não se aposentar.

Aposentadoria acidentária – Benefício por tempo indeterminado que o trabalhador segurado recebe por invalidez total e permanente, decorrente de acidente do trabalho ou doença relacionada ao trabalho.

Aposentadoria previdenciária – Benefício por tempo indeterminado que o trabalhador segurado recebe por invalidez total e permanente, decorrente de doença não relacionada ao trabalho.

Aposentadoria por tempo de serviço, por idade ou especial – Benefício vitalício que o trabalhador recebe após ter trabalhado devido ao tempo previsto para sua categoria profissional ou por ter atingido idade estipulada por lei.

Não se aplica – Refere-se aos funcionários públicos que, devido à legislação própria, não são afastados pela Previdência Social e sim pelos próprios empregadores, e os trabalhadores não segurados pelo INSS.

Ex. 1: Trabalhador segurado pelo INSS que declara não receber benefícios:

- Não recebe
- Recebe auxílio doença previdenciário
- Recebe auxílio doença acidentário
- Recebe auxílio acidente
- Recebe aposentadoria acidentária
- Recebe aposentadoria previdenciária
- Recebe aposentadoria por tempo de serviço, por idade ou especial
- Não se aplica
- Não sabe informar

Ex. 2: Funcionário público (ou trabalhador não segurado pelo INSS):

- Não recebe
- Recebe auxílio doença previdenciário
- Recebe auxílio doença acidentário
- Recebe auxílio acidente
- Recebe aposentadoria acidentária
- Recebe aposentadoria previdenciária
- Recebe aposentadoria por tempo de serviço, por idade ou especial
- Não se aplica
- Não sabe informar

Ex. 3: Trabalhador portador de LER, passou pela reabilitação profissional do INSS e atualmente trabalha como porteiro de prédio e recebe auxílio acidente.

- Não recebe
- Recebe auxílio doença previdenciário
- Recebe auxílio doença acidentário
- Recebe auxílio acidente
- Recebe aposentadoria acidentária
- Recebe aposentadoria previdenciária
- Recebe aposentadoria por tempo de serviço, por idade ou especial
- Não se aplica
- Não sabe informar

22. Filiação a sindicatos ou associações

Anotar se o trabalhador é sindicalizado, não sindicalizado ou se não foi possível obter as informações (diretamente ou de fontes secundárias).

Observações:

- 1) Se o trabalhador paga imposto sindical, não significa necessariamente que ele seja sindicalizado.

Qual sindicato?

Se o indivíduo for sindicalizado, anotar o nome do sindicato de forma mais completa possível.

Ex. 1: Trabalhador da Mina Morro Velho filiado ao Sindicato dos Mineiros:

Sindicalização:

- Sim. Qual sindicato? "Nome do Sindicato dos Mineiros"
- Não
- Não sabe informar

Ex. 2: Funcionário da UFMG vinculado à Assufemg (Associação dos Funcionários da UFMG).

Sindicalização:

- Sim Qual sindicato/associação?_ Assufemg (Associação dos Funcionários da UFMG)
- Não
- Não sabe informar

23. Objetivo da consulta

Especificar o motivo da consulta, do ponto de vista do paciente: esclarecimento de diagnóstico, concessão de nexos, relatório, tratamento e outro.

Queixa principal

Relato espontâneo pelo paciente de como ele percebe seu estado de saúde.

História da moléstia atual

Relato pelo paciente dos sinais e sintomas de sua doença, do tempo de surgimento e evolução da mesma, dos fatores que aliviam e agravam as manifestações clínicas. Relação dos sinais e sintomas com o trabalho. Uso de medicação, e outras alternativas terapêuticas. Propedêutica já realizada.

História ocupacional pregressa

Investigar atividades de trabalho exercidas anteriormente pelo paciente. Considerar o trabalho realizado na infância e na adolescência, o tra-

balho domiciliar, e em regime de economia familiar, o trabalho de meio horário e atividades exercidas temporariamente, o trabalho não remunerado, informal, voluntário e assalariado sem carteira assinada; além dos trabalhos formais. Questionar sobre a empresa (quando existente), ocupação, tempo de atividade e riscos a saúde, os quais o trabalhador eventualmente tenha se exposto.

Anamnese ocupacional

Quando pertinente, inquirir sobre o processo produtivo (matérias-primas, produtos finais e subprodutos) e fluxograma da produção. Descrever o posto e o local de trabalho: instalações, condições de higiene e conforto (refeitórios, sanitários, vestiários, água potável, etc.), riscos à saúde presentes no local de trabalho (físicos, químicos, biológicos, mecânicos e de acidentes), condições de iluminação e ventilação. Descrever a função: o que faz e como faz (operações realizadas, equipamentos e instrumentos utilizados, posturas e movimentos exigidos pelas tarefas executadas). Questionar sobre a existência, o uso efetivo e a manutenção de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC). Investigar a organização do Trabalho chamando atenção entre outros itens para: jornada de trabalho (jornada diária, semanal, pausas, folgas, trabalho noturno e em rodízio de turnos, horas extras), gozo de férias, grau de autonomia e controle do trabalhador sobre o modo operatório, ritmo de trabalho e produtividade, treinamento e qualificação para a tarefa, monotonia, responsabilidade, mecanismos de controle da produtividade implementados pelo empregador: circuito interno de TV, hierarquia, metas de produtividade, prêmios, incentivos a disputa pessoal, pagamento por produção, etc. Questionar sobre a implementação por parte do empregador quando for o caso de ações de atenção à saúde dos trabalhadores (Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, médicos do trabalho, Comissões Internas de Prevenção de Acidentes – Cipa –, convênios médicos de saúde suplementares ao Sistema Único de Saúde). Investigar a existência de outros casos semelhantes ao do paciente na empresa, a ocorrência de acidentes de trabalho e de outras doenças relacionadas ao trabalho.

Anamnese especial

Questionar o paciente quanto à existência de sinais e sintomas relacionados aos sistemas fisiológicos específicos. Registrar a ausência de queixas quando for o caso.

História pregressa

Questionar o paciente quanto a antecedentes mórbidos relevantes, intervenções cirúrgicas, uso prolongado de medicações, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, *hobbies* e prática regular de atividade física, etc.

Doenças heredofamiliares

Questionar o paciente quanto à existência de doenças de maior incidência no meio familiar, particularmente neoplasias, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças reumatológicas.

História social

Questionar o paciente quanto à vida familiar, afetiva, sexual, às condições de moradia e meio ambiente, às atividades de lazer, à participação social em grupos comunitários, a associações, etc.

24. Diagnóstico

Descrição do Diagnóstico

Registrar o diagnóstico de forma mais completa possível.

CID

Registrar o código de acordo com a “Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”, 10.^a revisão (CID-10), em quatro dígitos.

Definitivo/provisório

Marcar a opção adequada:

Provisório – refere-se a uma hipótese diagnóstica.

Definitivo – refere-se ao diagnóstico confirmado.

Nexo

Registrar se o(s) diagnóstico(s) tem (ou têm) nexos com a ocupação.

25. Empresa relacionada à doença

Nome da empresa

Registrar o nome da empresa/empregador onde o trabalhador se expôs aos riscos que geraram a doença relacionada ao trabalho suspeita ou confirmada. Se o trabalhador exerce ou exerceu a atividade relacionada à doença em mais de uma empresa, registrar aquela que ele declarou como a principal.

Observações:

- 1) Registrar o nome da empresa, se ele for empregado enquanto pessoa física, registrar “Empregador – pessoa física”.
- 2) Para o autônomo que trabalha ou trabalhou para um empregador fixo, registrar esse empregador.
- 3) Para o trabalhador do mercado informal, também registrar “Mercado Informal”.
- 4) Para donas de casa, registrar “Dona de Casa” e para estudantes registrar “Estudante”.
- 5) Clero católico e assemelhados, registrar o nome da entidade religiosa.

CNAE É a atividade da empresa, de acordo com a “Classificação Nacional de Atividades Econômicas” (Cnae), dada pela Portaria n.º 1, de 12/5/1995.

Tempo na empresa

Anotar o tempo em que o indivíduo trabalha ou trabalhou na empresa implicada no principal diagnóstico relacionado ao trabalho.

Observações:

- 1) Este item não se aplica a donas de casa, estudantes, trabalhadores do mercado informal e autônomos que não trabalham em empresa.
- 2) Para os aposentados e desempregados, anotar o tempo na empresa que gerou o quadro clínico registrado.
- 3) Se o indivíduo trabalha ou trabalhou em mais de uma empresa exercendo a mesma ocupação anotar o tempo na empresa em que o trabalhador relata ser a principal.
- 4) Anotar o tempo seguindo as diretrizes relacionadas no item 17 (Opção “Afastado” – Tempo de afastamento).

Ex. 1: Servente de pedreiro há dez anos, que prestou serviços a diversas empresas/obras, evoluindo há um ano com dermatite de contato pelo cimento. Há dois anos e três meses trabalhando numa construtora como assalariado.

TEMPO NA EMPRESA ATUAL: anos 27 meses dias

Ex. 2: Trabalhador de empresa de telecomunicações há 20 anos, tendo exercido diversas ocupações nesta empresa, evoluindo com tendinite do ombro há dois anos.

TEMPO NA EMPRESA ATUAL: 20 anos meses dias

Ramo de atividade

É a atividade da empresa, de acordo com a “Classificação Nacional de Atividades Econômicas” (Cnae), dada pela Portaria n.º 1, de 12/5/1995.

Ex. 1: Trabalhador de uma mineradora que extrai minério de ferro:

NOME DA EMPRESA: | Mendes & Fernandes Mineradora S.A. |

RAMO DE ATIVIDADE: | Extração de minério de ferro |

CNAE | 1131102 |

GRAU DE RISCO: | 4 |

Ex. 2: Indivíduo que constrói casa, emprega pedreiros, serventes, carpinteiros, porém não possui empresa:

NOME DA EMPRESA: | Empregador – pessoa física |

RAMO DE ATIVIDADE: | _____ | | | | | | |

GRAU DE RISCO: | _ |

Empresa terceirizada

Empresa terceirizada é a empresa que aloca seus funcionários em locais determinados pela empresa que contratou seus serviços. Marcar se a empresa registrada refere-se à empresa terceirizada ou não.

Endereço da empresa relacionada à doença

Registrar o endereço completo do local de trabalho.

Observações:

- 1) Em casos de empresas que possuem diversos estabelecimentos (agências, filiais, etc.), registrar o endereço real de trabalho e não o endereço da sede da empresa.
- 2) Em caso de locais de trabalho diversos (construção civil, de estradas, ruas, etc.), registrar o endereço do estabelecimento (agências, filiais, etc.) ao qual o trabalhador está vinculado.

26. Conduta propedêutica

Marcar qual o tipo de exame solicitado na consulta e especificar o nome do exame. Se não foi solicitado exame, marcar “Não solicitado”.

Observações:

- 1) Imagem refere-se a raio X, tomografia computadorizada, ultra-sonografia, ecocardiograma.
- 2) Outros se referem a exames de fezes e urina.
- 3) Registro gráfico refere-se a eletrocardiograma, eletroencefalograma, audiometria, eletroneuromiografia, etc.

- 4) Toxicológico refere-se a exames em amostras biológicas para detecção de xenobióticos ou seus metabólitos, ou indicadores de efeito biológico de xenobióticos.
- 5) Bioquímico refere-se a exames para dosagem de substâncias diversas como glicose, creatinina, colesterol.
- 6) Sorológico refere-se a exames para dosagem de hormônios, anticorpos, etc.
- 7) Hematológico refere-se a exames para mensuração de elementos figurados sangüíneos, hematoscopia, fatores de coagulação e demais indicadores de função do sistema hematopoiético.
- 8) Teste cutâneo refere-se a testes de contato para diagnóstico confirmatório e diferencial de dermatites de contato, também chamados de *patch test*.

27. Terapêutica

Assinalar as condutas terapêuticas adotadas. Se não foi adotada nenhuma conduta, assinalar a opção “Nenhuma”. Se a conduta adotada não estiver contemplada entre as opções, marcar a opção “Outras” e relatar a conduta.

Atenção: As condutas terapêuticas adotadas anteriormente e mantidas pelo profissional responsável pelo atendimento deverão ser assinaladas.

Administrativa

Assinalar as condutas administrativas adotadas. Se não foi adotada nenhuma conduta, assinalar a opção “Nenhuma”. Se a conduta adotada não estiver contemplada entre as opções, a opção “Outras” e relatar a conduta.

Ex.: Trabalhador com quadro de LER procurou o ortopedista que lhe prescreveu fisioterapia. Comparece ao serviço já afastado do trabalho. O profissional responsável pelo atendimento mantém a fisioterapia e sugere ações de vigilância à saúde do trabalhador.

Conduta propedêutica:

- Toxicológico
- Bioquímico
- Sorológico
- Hematológico
- Imagem
- Registro gráfico
- Teste cutâneo
- Outro_____
- Nenhuma conduta propedêutica

Conduta terapêutica:

- Afastamento do trabalho
- Cirurgia (especificar)
- Tratamento medicamentoso
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Nenhuma conduta terapêutica

Conduta administrativa:

- Atestado médico
- Notificação à DRT
- Notificação/relatório à empresa.
- Notificação/relatório ao sindicato.
- Notificação à Vigilância de Saúde do Trabalhador
- Encaminhamento/relatório ao INSS
- Solicitação/emissão de CAT
- Encaminhamento à reabilitação profissional
- Orientação trabalhista/previdenciária
- Declaração de comparecimento
- Nenhuma conduta administrativa

28. Conclusão

Marcar a(s) opção(ões) mais adequada(s). É possível marcar mais de uma conclusão:

Alta – Quando não estiver previsto retorno.

Inclui: Quando não estiver previsto retorno e o próximo comparecimento ao serviço ficar a critério do paciente, sem data definida.

Exclui: Quando estiver previsto retorno, porém sem data marcada (retorno em aberto).

Internação – Quando o médico assistente indica internação eletiva (para tratamento cirúrgico ou queilação de metais, por exemplo) ou de urgência/emergência para o paciente.

Retorno para esclarecer diagnóstico – Quando o diagnóstico ainda é provisório e estiver previsto retorno para seu esclarecimento, com ou sem data definida.

Retorno para tratamento/controle – Quando o trabalhador precisar retornar ao serviço para que o responsável pelo atendimento possa acompanhar o tratamento ou verificar a evolução do quadro clínico.

Interconsulta – Quando for solicitado o parecer de outro especialista, com o objetivo de aprofundar a investigação do caso, ou para tratamento especializado do mesmo.

Encaminhamento – Quando o indivíduo for encaminhado a outra clínica/serviço e deixa de ter contato com o Serviço de Saúde do Trabalhador.

Observações:

1) As duas opções de retorno podem ser marcadas em um mesmo atendimento, desde que o diagnóstico seja provisório e o próximo retorno seja para acompanhar o tratamento ou verificar a evolução do quadro clínico.

Interconsulta – A interconsulta pode ser referente a um quadro específico da área de Saúde do Trabalhador, como, por exemplo: interconsulta

à dermatologia para esclarecer/tratar quadro de dermatite ocupacional; ou pode ser referente a um outro quadro clínico qualquer, como: interconsulta à ginecologia para esclarecer/tratar mioma uterino. Anotar a especialidade para a qual se está pedindo a interconsulta em “Informações Adicionais”, e marcar retorno para tratamento/controle.

Encaminhamento – O encaminhamento implica necessariamente em alta do serviço, portanto devem ser assinaladas na ficha “Alta e Encaminhamento”. Anotar a especialidade para a qual o indivíduo está sendo encaminhado em “Informações adicionais”.

Ex.1: Trabalhador com saturnismo em acompanhamento, apresentando PbS em níveis abaixo do valor de referência. Atualmente trabalhando nos Correios como carteiro. Não foi previsto retorno.

- Retorno para tratamento/controle
- Retorno para esclarecer diagnóstico
- Interconsulta
- Encaminhamento
- Alta
- Internação

Ex. 2: Trabalhador com diagnóstico provisório de LER, será agendado retorno após a 5.ª seção de fisioterapia.

- Retorno para tratamento/controle
- Retorno para esclarecer diagnóstico
- Interconsulta
- Encaminhamento
- Alta
- Internação

29. Informações adicionais.

Campo reservado para anotações complementares referentes às categorias anteriores.

30. Equipe.

Nome completo, sem abreviações, do responsável pelo atendimento, assinatura e CRM.

Marcar a equipe que participou do atendimento, escrever o nome legível e CRM, quando for o caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexo causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes. In: _____. *Manual de doenças relacionadas ao trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 27-36.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, n.º 81, 29 abr. 2004. Seção 1, p. 37-38.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do Trabalhador (Renast) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 de dez. de 2005.

MARTINS JÚNIOR, J. S.; PINHEIRO, T. M. M. *Ficha de atendimento ambulatorial em Saúde do Trabalhador: 1.ª consulta e retorno*. Belo Horizonte: DMPS, 1995. Mimeografado.

MENDES, V. G.; BAHIA, G. O. M. *A demanda de um serviço de Saúde do Trabalhador, no Estado de Minas Gerais, no ano de 1994*. 1995. Monografia (Especialização em Epidemiologia) – Escola de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995. Mimeografado.

PINHEIRO, T. M. M. et al. *Modelo de ficha de atendimento ambulatorial em saúde do trabalhador*. Belo Horizonte: DMPS, 1993. Mimeografado.

PINHEIRO, T. M. M.; MARTINS JÚNIOR, J. S.; MARINHO, C. C. *Perfil da demanda atendida em 1994 no Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG*. Belo Horizonte: DMPS, 1995. Mimeografado.

RIGOTTO, R. M. Anamnese ocupacional. In: ASSUNÇÃO, A. A. *Manual de rotinas do ambulatório de doenças profissionais*. Belo Horizonte: Imprensa Universitária da UFMG, 1992. p. 25-36.

VORCARO, C. M. R.; HADAD, S. C.; ZULATO NETO, T. *Estudo de morbidade do Ambulatório de Saúde do Trabalhador em Contagem em 1994*. Monografia (Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995. Mimeografado.

ANEXOS

Anexo A

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR		
1.ª CONSULTA		
1 - N.º Cartão SUS: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
2 - N.º do prontuário: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		3 - N.º código do serviço: __ _ _ _ _ _
4 - DATA DO ATENDIMENTO: __ _ _ - __ _ _ - __ _ _ _ _ _		
IDENTIFICAÇÃO:		
5 - Nome: _____		6 - Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
7 - Data de Nascimento: __ _ _ - __ _ _ - __ _ _ _ _ _ ; Idade: __ _ _ ;		
8 - Escolaridade: <input type="checkbox"/> Não sabe ler/escrever <input type="checkbox"/> Alfabetizado <input type="checkbox"/> 1.º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1.º grau completo <input type="checkbox"/> 2.º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2.º grau completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Especialização/residência <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		
9 - Nome da mãe: _____		
10 - Naturalidade: _____		U. F.: __ _ _
11 - Endereço de referência: _____		N.º: __ _ _ _ _ _
Complemento: _____ Bairro: _____		CEP: __ _ _ _ _ _ - __ _ _ _ _ _
Município: _____		U. F.: __ _ _
Telefone: __ _ _ - __ _ _ _ _ _ - __ _ _ _ _ _		
12 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO:		
<input type="checkbox"/> INSS	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Empresa
<input type="checkbox"/> Serviço médico particular	Município: _____	<input type="checkbox"/> Sem encaminhamento
<input type="checkbox"/> Sindicato	Unidade: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____
13 - OCUPAÇÃO ATUAL: _____		15 - Tempo na ocupação: __ _ _ anos, __ _ _ meses, __ _ _ dias.
14 - CBO: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não sabe informar
16 - RELAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO:		
<input type="checkbox"/> Assalariado	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado
<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Mercado informal
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
17 - SITUAÇÃO ATUAL DE TRABALHO:		
<input type="checkbox"/> Ativo na mesma ocupação	<input type="checkbox"/> Afastado há __ _ _ anos, __ _ _ meses, __ _ _ dias.	
<input type="checkbox"/> Ativo com desvio de ocupação	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
18 - CARTEIRA DE TRABALHO:		
<input type="checkbox"/> Assalariado com carteira assinada	<input type="checkbox"/> Assalariado com dispensa de assinatura da carteira pelo Regime Jurídico Único	<input type="checkbox"/> Não assalariado
<input type="checkbox"/> Assalariado sem carteira assinada		<input type="checkbox"/> Não se aplica
19 - RENDA MENSAL:		
<input type="checkbox"/> Sem renda	<input type="checkbox"/> Renda não declarada	__ _ _ salários mínimos.

continua

continuação

20 - EMISSÃO DE CAT:				
<input type="checkbox"/> Emitida	<input type="checkbox"/> Não emitida	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
21 - BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS:				
<input type="checkbox"/> Não recebe	<input type="checkbox"/> Aposentadoria acidentária			
<input type="checkbox"/> Auxílio Doença Previdenciário	<input type="checkbox"/> Aposentadoria previdenciária			
<input type="checkbox"/> Auxílio Doença Acidentário	<input type="checkbox"/> Aposentadoria por tempo de serviço, por idade ou especial			
<input type="checkbox"/> Auxílio Acidente	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
	<input type="checkbox"/> Não sabe informar			
22 - SINDICALIZAÇÃO:				
<input type="checkbox"/> Sim	Qual sindicato? _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe informar	
23 - OBJETIVO DA CONSULTA:				
<input type="checkbox"/> Esclarecimento diagnóstico	<input type="checkbox"/> Concessão de Nexo	<input type="checkbox"/> Relatório	<input type="checkbox"/> Tratamento	<input type="checkbox"/> Outro _____
QUEIXA PRINCIPAL:				
HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL:				

continua

continuação

ANAMNESE ESPECIAL: Pele e anexos:			
Visão:			
Audição:			
Respiratório:			
Cardiovascular:			
Gastrointestinal:			
Genitourinário:			
Musculoesquelético:			
Neurológico:			
Psiquismo:			
HISTÓRIA PREGRESSA: G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			
24 - TABAGISMO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cigarros/dia: _____ Há _____ anos.	25 - EX-TABAGISTA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cigarros/dia: _____ Durante _____ anos; há _____ anos.	26 - ETILISMO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantidade: _____ Anos _____	27 - EX-ETILISTA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantidade: _____ Durante _____ anos. Até há _____ anos.
DOENÇAS HEREDOFAMILIARES: <input type="checkbox"/> Nenhuma doença evidenciada <input type="checkbox"/> Pais genéticos desconhecidos			
HISTÓRIA SOCIAL:			

continua

continuação

HISTÓRIA OCUPACIONAL PREGRESSA (*empregos anteriores à queixa, citar empresa, ocupação, período e riscos*):

ANAMNESE OCUPACIONAL:

Jornada de Trabalho, Organização do Trabalho, Descrição do Posto de Trabalho, Uso de EPI, Existência de EPC, Relações Sociais no Trabalho, Dados Epidemiológicos nos Ambientes de Trabalho, Atenção à Saúde do Trabalhador pela Empresa.

continua

continuação

EXAME FÍSICO:	
Peso:	Altura:
Ectoscopia:	
.....	
PA: _____ / _____ mm Hg FC: _____	
ACV:
AR:
Abdome:
SN:
AL
.....

continua

continuação

TESTES ESPECIAIS (faça apenas quando há suspeita de DORT, escrever + ou – nos parênteses indicados):			
Phalen	D()E()	Tinel	D()E()
Finkelstein	D()E()	Yergason	D()E()
Roos	D()E()	Queda de	D()E()
Apley	D()E()	Job	D()E()
Outro(s) Teste(s): _____ D()E() _____ D()E() _____ D()E()			
28 - DIAGNÓSTICO(S):			
Descrição:		CID-10: _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida	CBO: _ _ _ _ _ _ _ _	Tempo: _ _ anos, _ _ meses, _ _ dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
Descrição:		CID-10: _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida	CBO: _ _ _ _ _ _ _ _	Tempo: _ _ anos, _ _ meses, _ _ dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
Descrição:		CID-10: _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida	CBO: _ _ _ _ _ _ _ _	Tempo: _ _ anos, _ _ meses, _ _ dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
Descrição:		CID-10: _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida	CBO: _ _ _ _ _ _ _ _	Tempo: _ _ anos, _ _ meses, _ _ dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
29 - EMPRESA RELACIONADA A DOENÇA: <input type="checkbox"/> Não se aplica			
Nome da empresa: _____		CNAE: _ _ _ _ _ _ _ _	
Tempo na empresa: _ _ anos, _ _ meses, _ _ dias.			
Ramo de atividade: _____ Empresa terceirizada? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Nome da empresa terceirizada: _____		CNAE: _ _ _ _ _ _ _ _	
30 - CONDUTA PROPEDEÚTICA:			
<input type="checkbox"/> Toxicológico	<input type="checkbox"/> Hematológico	<input type="checkbox"/> Teste Cutâneo	
<input type="checkbox"/> Bioquímico	<input type="checkbox"/> Imagem	<input type="checkbox"/> Outro _____	
<input type="checkbox"/> Sorológico	<input type="checkbox"/> Registro gráfico	<input type="checkbox"/> Nenhuma conduta propedéutica	
Informações adicionais:			
31 - CONDUTA TERAPÉUTICA:			
<input type="checkbox"/> Afastamento do trabalho	<input type="checkbox"/> Tratamento medicamentoso	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	
<input type="checkbox"/> Cirurgia	(especificar) _____	<input type="checkbox"/> Outro _____	
(especificar) _____	<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> Nenhuma conduta terapêutica	

continua

continuação

Informações adicionais:		
32 - CONDUTA ADMINISTRATIVA:		
<input type="checkbox"/> Atestado médico	<input type="checkbox"/> Notificação à vigilância a saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> Encaminhamento à reabilitação profissional
<input type="checkbox"/> Notificação à DRT	<input type="checkbox"/> Encaminhamento / relatório ao INSS	<input type="checkbox"/> Orientação trabalhista / previdenciária
<input type="checkbox"/> Notificação / relatório à empresa	<input type="checkbox"/> Solicitação / emissão de CAT	<input type="checkbox"/> Declaração de comparecimento
<input type="checkbox"/> Notificação / relatório ao sindicato		<input type="checkbox"/> Outra _____
<input type="checkbox"/> Nenhuma conduta administrativa		
Informações adicionais:		
33 - CONCLUSÃO:		
<input type="checkbox"/> Retorno para tratamento e/ou controle	<input type="checkbox"/> Interconsulta _____	<input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Retorno para esclarecer diagnóstico	<input type="checkbox"/> Encaminhamento _____	<input type="checkbox"/> Internação
34 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:		
_____	_____	
Responsável pelo preenchimento (nome legível)	Assinatura e CRM	
35 - EQUIPE:		
<input type="checkbox"/> Médico assistente	<input type="checkbox"/> Outro profissional _____	
_____	_____	
Médico Assistente (nome legível e CRM)	Outro profissional (nome legível e registro)	

Anexo B

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR CONSULTA DE RETORNO	
1 – N.º Cartão SUS: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2 – N.º do prontuário: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
3 – N.º código do serviço: _ _ _ _ _ _	
4 - Data do atendimento: _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ _	
IDENTIFICAÇÃO:	
5 - Nome: _____	
6 - Endereço de referência: <input type="checkbox"/> Permanece o mesmo <input type="checkbox"/> Mudou para: _____	
N.º: _ _ _ _ _ _	
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _	
Município: _____ U. F.: _ _	
Telefone: _ _ - _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _	
7 - OCUPAÇÃO ATUAL: <input type="checkbox"/> Permanece a mesma	
9 – TEMPO NA OCUPAÇÃO ATUAL:	
<input type="checkbox"/> Mudou para: _____ _ _ _ anos, _ _ _ meses, _ _ _ dias.	
8 - CBO: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não sabe informar	
10 - RELAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> Permanece a mesma <input type="checkbox"/> Mudou para:	
<input type="checkbox"/> Assalariado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Outro:	
<input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Mercado Informal _____	
11 - SITUAÇÃO ATUAL DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> Permanece a mesma <input type="checkbox"/> Mudou para:	
<input type="checkbox"/> Ativo na mesma ocupação <input type="checkbox"/> Afastado há _ _ _ _ anos, _ _ _ _ meses, _ _ _ _ dias.	
<input type="checkbox"/> Ativo com desvio de ocupação <input type="checkbox"/> Não se aplica	
12 - RENDA MENSAL: <input type="checkbox"/> Permanece a mesma <input type="checkbox"/> Mudou para:	
<input type="checkbox"/> Sem renda <input type="checkbox"/> Renda não declarada _____ _ _ _ salários mínimos.	
13 - BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS: <input type="checkbox"/> Permanecem os mesmos <input type="checkbox"/> Mudaram para:	
<input type="checkbox"/> Não recebe <input type="checkbox"/> Aposentadoria acidentária	
<input type="checkbox"/> Auxílio Doença Previdenciário <input type="checkbox"/> Aposentadoria previdenciária	
<input type="checkbox"/> Auxílio Doença Acidentário <input type="checkbox"/> Aposentadoria por tempo de serviço, por idade ou especial	
<input type="checkbox"/> Auxílio Acidente <input type="checkbox"/> Não se aplica	
<input type="checkbox"/> Não sabe informar	
SUMÁRIO DA CONSULTA:	

continua

continuação

SUMÁRIO DA CONSULTA:

ATUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA OCUPACIONAL:

continua

continuação

ATUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA OCUPACIONAL:

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Altura: _____

Ectoscopia:

.....

.....

PA: _____ / _____ mm Hg FC: _____

ACV:

.....

AR:

.....

Abdome:

.....

SN:

.....

.....

AL

.....

.....

continua

continuação

14 - DIAGNÓSTICO(S):		
Descrição:	CID-10: _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida CBO: _ _ _ _ _ _ _ _	Tempo: _ _ _ anos, _ _ _ meses, _ _ _ dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
Descrição:	CID-10: _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida CBO: _ _ _ _ _ _ _ _	Tempo: _ _ _ anos, _ _ _ meses, _ _ _ dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
Descrição:	CID-10: _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida CBO: _ _ _ _ _ _ _ _	Tempo: _ _ _ anos, _ _ _ meses, _ _ _ dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
Descrição:	CID-10: _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório
<input type="checkbox"/> A atual <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Indefinida CBO: _ _ _ _ _ _ _ _	Tempo: _ _ _ anos, _ _ _ meses, _ _ _ dias	Nexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indefinido
15 - EMPRESA RELACIONADA À DOENÇA: <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Permanece a mesma <input type="checkbox"/> Mudou para:		
Nome da empresa: _____		CNAE: _ _ _ _ _ _ _ _
Tempo na empresa: _ _ _ anos, _ _ _ meses, _ _ _ dias.		
Ramo de atividade: _____		Empresa terceirizada? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Nome da empresa terceirizada: _____		CNAE: _ _ _ _ _ _ _ _
16 - CONDUTA PROPEDÊUTICA:		
<input type="checkbox"/> Toxicológico	<input type="checkbox"/> Hematológico	<input type="checkbox"/> Teste Cutâneo
<input type="checkbox"/> Bioquímico	<input type="checkbox"/> Imagem	<input type="checkbox"/> Outro _____
<input type="checkbox"/> Sorológico	<input type="checkbox"/> Registro gráfico	<input type="checkbox"/> Nenhuma conduta propedêutica
Informações Adicionais:		
17 - CONDUTA TERAPÊUTICA:		
<input type="checkbox"/> Afastamento do trabalho	<input type="checkbox"/> Tratamento medicamentoso	<input type="checkbox"/> Fisioterapia
<input type="checkbox"/> Cirurgia (especificar) _____	(especificar) _____	<input type="checkbox"/> Outro _____
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> Nenhuma conduta terapêutica	
Informações adicionais:		
18 - CONDUTA ADMINISTRATIVA:		
<input type="checkbox"/> Atestado médico	<input type="checkbox"/> Notificação à vigilância a saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> Encaminhamento à reabilitação profissional
<input type="checkbox"/> Notificação à DRT	<input type="checkbox"/> Encaminhamento / relatório ao INSS	<input type="checkbox"/> Orientação trabalhista / previdenciária
<input type="checkbox"/> Notificação / relatório à empresa	<input type="checkbox"/> Declaração de comparecimento	<input type="checkbox"/> Outra _____
<input type="checkbox"/> Notificação / relatório ao sindicato	<input type="checkbox"/> Solicitação / emissão de CAT	<input type="checkbox"/> Nenhuma conduta administrativa

continua

continuação

Informações adicionais:	
19 - CONCLUSÃO:	
<input type="checkbox"/> Retorno para tratamento e/ou controle	<input type="checkbox"/> Interconsulta _____ <input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Retorno para esclarecer diagnóstico	<input type="checkbox"/> Encaminhamento _____ <input type="checkbox"/> Internação
20 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:	
_____	_____
Responsável pelo preenchimento (nome legível)	Assinatura e CRM
21 - EQUIPE:	
<input type="checkbox"/> Médico assistente	<input type="checkbox"/> Outro profissional _____
_____	_____
Médico assistente <i>/(nome legível e CRM)</i>	Outro profissional <i>(nome legível e registro)</i>

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, agosto de 2006
OS 0450/2006