



SERVIÇO MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTO  
AUTARQUIA MUNICIPAL – PIRACICABA - SP

## **TERMO DE REFERÊNCIA – SOLICITAÇÃO DE COMPRAS Nº 2022/002817**

### **1. OBJETO**

Contratação de Empresa, especializada na prestação de serviços de Medicina Ocupacional, por um período de 12(doze) meses, podendo ser interrompido pela contratação, por Concurso Público, para preenchimento do cargo de Médico do Trabalho.

Com base em sua necessidade, o SEMAE encaminhará os servidores para os exames médicos.

### **2. CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO**

Os serviços deverão ser prestados por profissional devidamente habilitado em Medicina do Trabalho, junto ao Conselho Regional de Medicina – CRM.

Para atendimento, poderá ser feito uso das dependências da Autarquia, a qual possui ambiente apropriado ou em consultório da contratada, desde que localizado no município de Piracicaba. Horário para atendimento: 7 às 16 horas.

### **3. PRAZO PARA ATENDIMENTO DO SERVIDOR**

O atendimento deve ser feito em até 48 (quarenta e oito) horas após a solicitação de agendamento pela Medicina Ocupacional.

### **4. PRAZO PARA ENTREGA DOS RESULTADOS**

#### **4.1 EXAMES CLÍNICOS**

Até 05 (cinco) dias, contados do(a) encaminhamento pela Medicina Ocupacional no seguinte endereço Rua XV de Novembro, 2200, das 08 às 16 horas, de segunda a sexta feira.

#### **4.2 LAUDOS PARA FINS DE CONCESSÃO DE APOSENTADORIA ESPECIAL**

Até 10 (dias) dias, contados do(a) encaminhamento pela Medicina Ocupacional no seguinte endereço Rua XV de Novembro, 2200, das 08 às 16 horas, de segunda a sexta feira.

### **5. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

Os serviços a serem realizados são:

\* Elaboração e coordenação de PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), incluindo o planejamento e o controle da execução do programa, e ainda: O

## **TERMO DE REFERÊNCIA – SOLICITAÇÃO DE COMPRAS Nº 2022/002817**

número de exames realizados em servidores de ambos os sexos, e as ações integradas de saúde, neles realizados; número de resultados anormais; patologias mais incidentes por CID (CID-10);

\* Exames Médicos Admissionais – Preenchimento de documentação específica, mediante exames complementares se for o caso.

\* Exames Médicos de Retorno ao Trabalho – Após acidente do Trabalho/ Doença Ocupacional ou afastamentos superiores a 30 (trinta) dias, preenchendo documentação específica, conforme item 7.5.9 da NR 07 - Portaria MTP n.º 567, de 10 março de 2022.

\* Exames Médicos Periódicos – Nossa Autarquia possui em seu quadro mais de quinhentos e cinquenta servidores que deverão passar pelo exame, preenchendo documentação específica.

\* Exames Médicos Demissionais – Preenchimento de documentação específica, mediante exames complementares, se for o caso.

\* Exames Médicos de Mudança de Risco Ocupacional – Preenchimento de documentação específica, mediante exames complementares, se for o caso.

\* Atendimento a Acidente do Trabalho/ Doença Ocupacional – Mediante a apresentação de Comunicado de Ocorrência Funcional (COF) e após atendimento em pronto socorro ou médico assistente, preenchendo documentação específica para auxílio em nexo causal.

\* Elaboração de Laudo para Aposentadoria Especial junto ao instituto de previdência do município de Piracicaba (IPASP).

**4.1 – Para todos os atendimentos descritos será necessário emissão de Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) de acordo com o Modelo I, com atenção para os casos de “Apto para Trabalho em Altura e Espaço Confinado”.**

**4.2 - A emissão do Laudo Médico para fins de aposentadoria especial junto ao IPASP (Instituto de Previdência e Assistência Social dos Funcionários Municipais de Piracicaba) deve seguir o Modelo II e a legislação pertinente à matéria através de Decretos Federais e Instruções Normativas do INSS, além do Manual de Aposentadoria Especial do INSS, atualizado pelo Despacho Descisório nº 479 da DIRSAT/INSS de 25/09/2018.**



**TERMO DE REFERÊNCIA – SOLICITAÇÃO DE COMPRAS Nº 2022/002817****4.3 - PREVISÃO DOS SERVIÇOS PELO PRAZO DE CONTRATAÇÃO**


SERVIÇO	PREVISÃO ANUAL
Elaboração de PCMSO	01
Exames Médicos Admissionais	100
Exames Médicos de Retorno ao Trabalho	50
Exames Médicos Periódicos	500
Exames Médicos de Mudança de Risco Ocupacional	50
Exames Médicos Demissionais	50
Atendimento a Acidente do Trabalho/ Doença Ocupacional	20
Laudos para Aposentadoria Especial junto ao IPASP	50

**6. OBRIGAÇÕES DO SEMAE**

A documentação específica para os exames será fornecida pelo SEMAE. Os exames complementares correrão por conta do SEMAE.

**7. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

O faturamento deverá ser mensal, de acordo com o serviço realizado no período.



Karina Lima dos Santos

Diretora do Departamento Administrativo



# MODELO I

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

**Medicina do Trabalho****ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

Via – DRH - MED. OCUPACIONAL – SERVIDOR

☐ Admissional ☐ Periódico ☐ Demissional ☐ Acidente de Trabalho ☐ Retorno Trab. ☐ Mudança de Risco**FUNCIONÁRIO (PREENCHER SOMENTE ESTE QUADRO)**

Nome: \_\_\_\_\_

Nº Funcional: \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ M ☐ F Idade: \_\_\_\_\_ Documento RG: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cargo / função: \_\_\_\_\_

**FOI CLINICAMENTE EXAMINADO, ESTANDO EXPOSTO AOS RISCOS OCUPACIONAIS**

- ☐ Agentes Físicos: ☐ Ruídos ☐ Poeiras ☐ Fumos Metálicos ☐ Outros \_\_\_\_\_
- ☐ Agentes Químicos: ☐ Fumos ☐ Tolueno ☐ Xileno ☐ Agroquímicos ☐ Outros \_\_\_\_\_
- ☐ Agentes Biológicos: Bactérias ☐ Fungos ☐ Vírus ☐ Proto-parasitas \_\_\_\_\_
- ☐ Agentes Ergonômicos: ☐ Esforços Repetitivos ☐ Outros \_\_\_\_\_
- ☐ Ausência de Risco Ocupacional Específico

**RISCOS DE DOENÇAS OCUPACIONAIS** ☐ SIM ☐ NÃO

- ☐ Perdas Auditivas ☐ DORT ☐ Intoxicação ☐ Problemas Pulmonares
- ☐ Dermatoses Ocupacionais ☐ Infecções ☐ Outros \_\_\_\_\_

**REALIZOU OS SEGUINTE EXAMES COMPLEMENTARES**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urina I                      | <input type="checkbox"/> Avaliação de L.E.R. / DORT.      |
| <input type="checkbox"/> Hemograma Completo           | <input type="checkbox"/> E.N.M.G.                         |
| <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum            | <input type="checkbox"/> Audiometria                      |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Total             | <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma                |
| <input type="checkbox"/> Ácido Úrico                  | <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma              |
| <input type="checkbox"/> Triglicérides                | <input type="checkbox"/> RX. Tórax (AP)                   |
| <input type="checkbox"/> Dosagem de Colinesterase S   | <input type="checkbox"/> Avaliação da capacidade pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Dosagem Ác. Hipúrico U       | <input type="checkbox"/> Teste de visão                   |
| <input type="checkbox"/> Dosagem Ác. Metil Hipúrico U | <input type="checkbox"/> Psicossocial                     |
| <input type="checkbox"/> Transaminase G. Pirúvica     | <input type="checkbox"/> Toxicológico                     |
| <input type="checkbox"/> Transaminase Oxalacética     | <input type="checkbox"/> HbsAG                            |
| <input type="checkbox"/> Gama G. T.                   | <input type="checkbox"/> Anti - HCV                       |
| <input type="checkbox"/> Parasitológico de Fezes      | <input type="checkbox"/> HbsAB                            |

**CONCLUSÃO / VALIDADE:** ☐ Anual ☐ Bianual ☐ Semestral

- ☐ Apto para a função ☐ Apto para a função com Restrições \_\_\_\_\_
- ☐ Inapto para a função ☐ Inapto Temporariamente Reavaliar em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ☐ Apto para Trabalho em Altura e Espaço Confinado

Piracicaba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Servidor

Médico do Trabalho



# MODELO II

LAUDO PARA FINS PREVIDENCIÁRIOS





SERVIÇO MUNICIPAL DE ÁGUA E ESGOTO  
AUTARQUIA MUNICIPAL – PIRACICABA - SP

## LAUDO MÉDICO – PARECER TÉCNICO

Requerente:

**NOME DO SERVIDOR**

CPF: 000.000.000-00

Funcional: 0.000-0 .

Responsável pelo Parecer:

**Dr. NOME DO DOUTOR**

Especialidade: Médico do Trabalho – CRM 000.000

### Declaração - Conclusão

Declaro exclusivamente para fins de **Aposentadoria Especial** que, após ter analisado o histórico funcional do Requerente **Nome do Servidor Requerente**, seus dados administrativos, profissiografia e a exposição a fatores de risco constantes em seu Perfil Profissiográfico Previdenciário emitido pelo SEMAE, conclui-se que há comprovação de exposição a agentes nocivos.

### Informações/Estudos de relevância para a Conclusão:

Cargo: Auxiliar de Ofício

Período: 23/08/1999 a 12/11/2001 – (812 dias)

Cargo: Encanador

Período: 13/11/2001 a Presente Data – ( 7.463 dias)

Informação de exposição ao agente físico “Ruído” abaixo do limite de tolerância após 05/03/1997 – Decreto nº 3.048/99, Anexo IV, código 2.0.1 c/c Instrução Normativa nº 77 INSS/PRES, de 21/01/2015, art. 280,II a IV

Agente Biológico – Informação de contato de forma habitual e permanente com microorganismos e parasitas infecto-contagiosos vivos e suas toxinas, no período de 23/08/1999 a 31/12/2012 – 4.879 dias – elementos constantes do Decreto nº 3048/99 art. 64 e Anexo IV, código 3.0.1 c/c Instrução Normativa nº 77 INSS/PRES, de 21/01/2015, art 285, II

### CONCLUSÃO

Quesito: Ficou caracterizada a exposição à agente nocivo para fins previdenciários?

**Resposta: SIM, de acordo com a legislação.**

Piracicaba, data da emissão

Nome do Doutor Avaliador

Médico do Trabalho – CRM 0000

Assinatura - Carimbo

