**ORIENTAÇÕES PARA EXAME MÉDICO-OCUPACIONAL DE INGRESSO**

1. O ALUNO DEVE TRAZER O ENCAMINHAMENTO PARA DE EXAME MÉDICO PREENCHIDO PELO ORIENTADOR E ENTREGAR NO SERVIÇO MÉDICO. SEM ESTE ENCAMINHAMENTO PREENCHIDO O EXAME NÃO SERÁ REALIZADO.
2. NO SERVIÇO MÉDICO SERÁ ENTREGUE UMA GUIA PARA REALIZAR HEMOGRAMA COMPLETO NO LOCAL QUE MELHOR APROUVER AO INDIVÍDUO;
3. PARA A CONSULTA MÉDICA, TRAZER O RESULTADO DO HEMOGRAMA E A CARTEIRINHA DE VACINAÇÃO.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Para exame médicO EXterno** | APRESENTAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO - GEN | | |
| **Nome:** | | |
| **Lotação:** | **Telefone:** | **e-mail:** |
| **Data da Consulta**      /     /     **- Horário:** | | |
| O candidato ao estágio apresentou atestado médico podendo iniciar as suas atividades de estágio, devendo o mesmo comparecer à consulta médica a ser marcada na secretaria da GBS. | | |
| **São Paulo, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a):** | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para exame médico interno** | REALIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO NO IPEN - 1ª via - GBS | | | | |
| **Nome:** | | | | |
| **Lotação:** | **Telefone:** | | **e-mail:** | |
| **Tel. Residencial:** | | **Tel. Celular:** | | **Tel. Recados:** |
| **Data da Consulta**      /       /     **- Horário:** | | | | |
| Atesto para os devidos fins, que o(a) estagiário(a) supra citado(a) foi por mim examinado(a), não sendo encontrada qualquer doença infecto-contagiosa que impeça suas atividades no IPEN. | | | | |
| **APROVADO  NÃO APROVADO  AGUARDANDO PARECER FINAL**  **Observações:**  **Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a):**  **São Paulo, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para exame médico interno** | REALIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO NO IPEN - 2ª via - GBS | | | | |
| **Nome:** | | | | |
| **Lotação:** | **Telefone:** | | **e-mail:** | |
| **Tel. Residencial:** | | **Tel. Celular:** | | **Tel. Recados:** |
| **Data da Consulta**      /     /     **- Horário:** | | | | |
| Atesto para os devidos fins, que o(a) estagiário(a) supra citado(a) foi por mim examinado(a), não sendo encontrada qualquer doença infecto-contagiosa que impeça suas atividades no IPEN. | | | | |
| **APROVADO  NÃO APROVADO  AGUARDANDO PARECER FINAL**  **Observações:**  **Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a):**  **São Paulo, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | | | |

**ENCAMINHAMENTO PARA EXAME MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESSO**

**VOLUNTÁRIO/ ESTAGIÁRIO/ ESTUDANTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do interessado: | |  | | |
| Setor de trabalho: |  | | Tempo estimado de permanência no IPEN (em meses): |  |
| Tarefas que executará: | | | | |
|  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO** | |
| Voluntário | Estudante de Pós-doutorado |
| Estagiário | Projeto |
| Estudante de Iniciação Cientifica (IC) | Programa de Capacitação Institucional (PCI) |
| Estudante de Pós-Graduação (mestrado e doutorado) | Outros |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINALAR OS RISCOS AMBIENTAIS PROVÁVEIS A QUE ESTARÁ SUBMETIDO:** | | |
| RADIAÇÃO IONIZANTE | CARBAMATOS | ESTERES ORGANOFOSFORADOS |
| RUIDO | ESTIRENO | MONÓXIDO DE CARBONO |
| ANILINA | BENZENO | MERCURIO INORGANICO |
| ARSENICO | ETIL BENZENO | METIL –ETIL -CETONA |
| CADMIO | FENOL | PENTACLOROFENOL |
| CHUMBO INORGÂNICO | FLUORETOS | TETRACLOROETILENO |
| CHUMBO TETRAETILA | METANOL | TOLUENO |
| CROMO HEXAVALENTE | NITROBENZENO | TRICLOROETANO |
| DIMETILFORMAMIDA | XILENO | TRICLOROETILENO |
| DISSULFETO DE CARBONO | N-HEXANO | SANGUE E SECREÇÕES |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do orientador/ coordenador: | |  | |
| Data: | Ramal: | | Assinatura: |