



CPF :

000.000.000-00

Senha:

[Esqueci senha](#)

**CONFIRMAR**





MENU

## Calendário de ações de saúde

Mês 2021



DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				



**Cadastro Exame**

**Pesquisar Exame**

**Calendário**

**Relatórios**

**Criação Ficha  
Clínica**

**Atestado de Saúde**

**INSS Serviços**

**Ficha  
Epitemiológica**



MENU



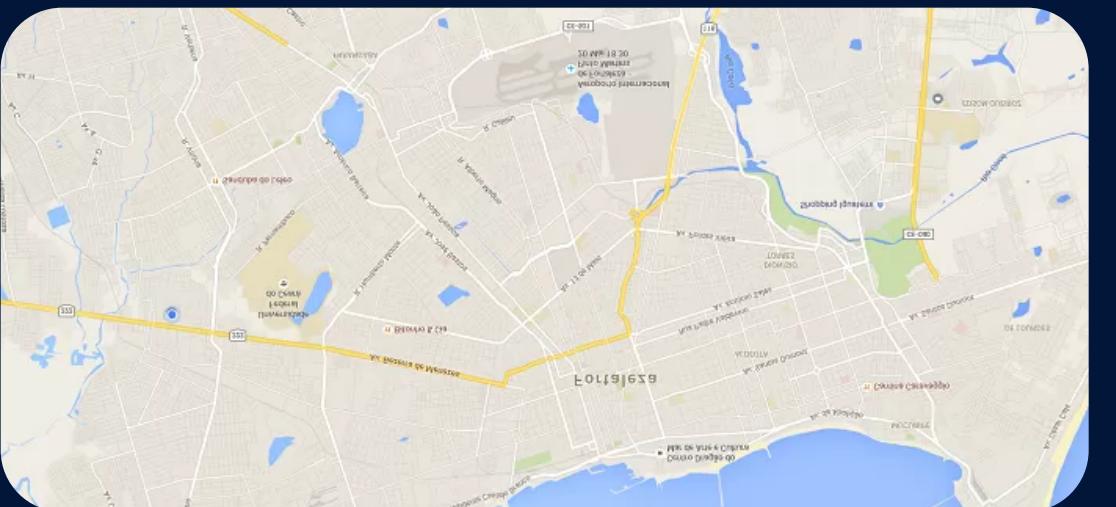
DOCUMENTO PCMSO



Endereço: Rua dos Médicos , 200

TELEFONE: 00 3030 3030

CEP: 32000-00



## Formulário de cadastro de Ficha

Alguma Doença Crônica?

Ergonomia

Nível de conservação da voz:

Doenças ocupacionais:

Acidente de trabalho:

Afastamento pelo INSS?

Modalidade de Trabalho:

Outros

Criar Ficha



## Agendamento

Dias livres:

Médico:

Horários livres:

Qual exame ocupacional:

**Agendar**





MENU



## Exame

Exame Clínico

TGI

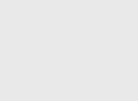
Download icon

AR

Download icon

ACV

Download icon

**CONFIRMAR**

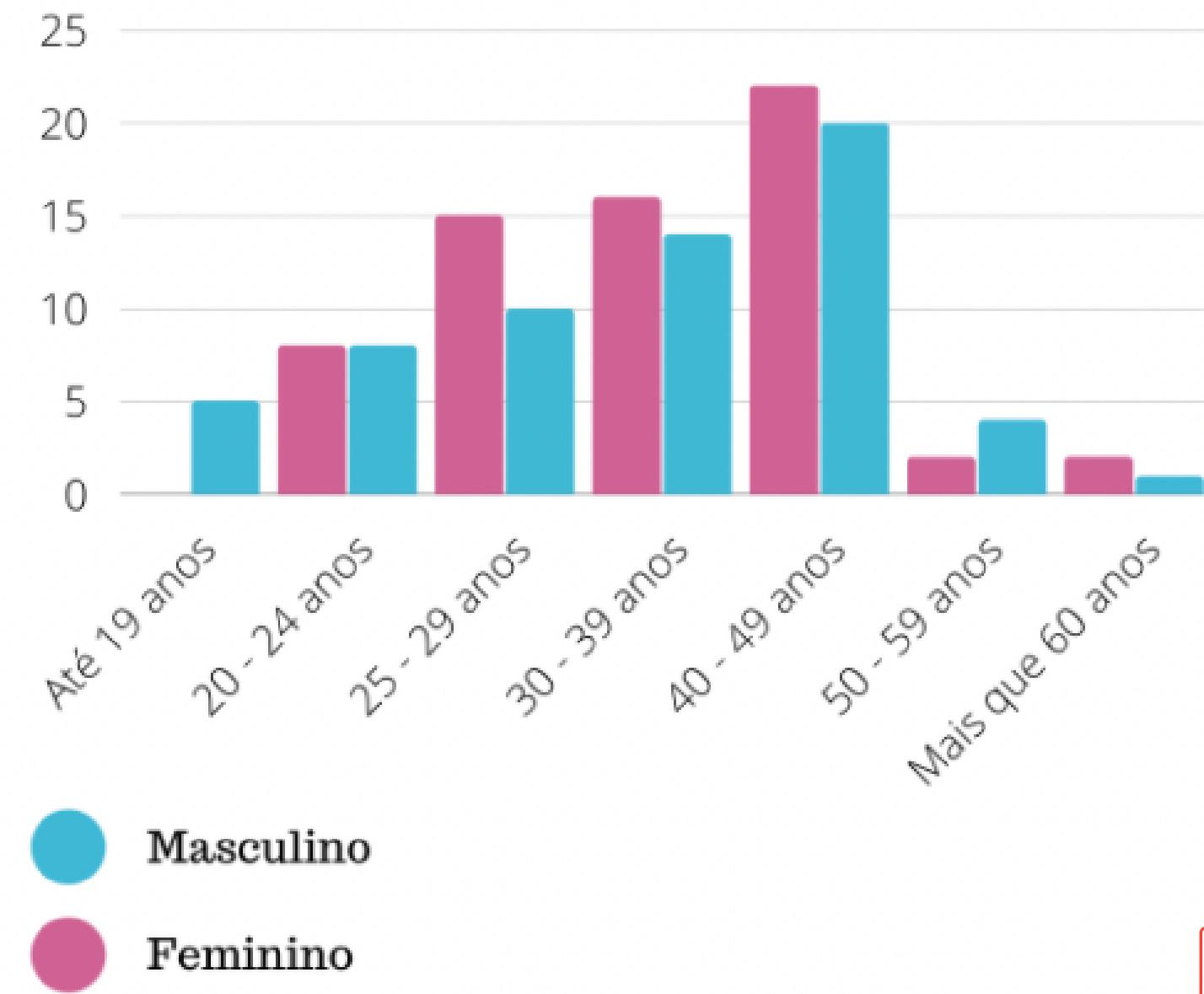


## Perfil epidemiológico

Selecione o perfil epidemiológico abaixo:

- Faixa etária
- Sexo
- Hábitos ou Vícios
- Causas de absenteísmo por doenças
- Frequência e gravidade dos acidentes de trabalho
- Prevalência e incidência de moléstias de fundo ocupacional
- Prevalência de doenças crônicas

GRÁFICO IDADE E SEXO DOS COLABORADORES ÂNIMA





## Relatórios

**Gerenciais:** consiste no(a):

- Convocação dos exames periódicos
- Exporta resultados dos exames (data de todos os exames realizados em determinado período, histórico de agendamento, resultados dos exames complementares, tipo de exame realizado e demais dados da empresa e colaborador)
- Exames previstos x realizados
- Relatório anual do PCMSO
- Exames agendados
- Exames pendentes
- Perfil epidemiológico

**Relatório enviado**

**Voltar ao  
Menu**





MENU

Aplicação dos exames complementares a serem realizados de acordo com a classificação do risco, conforme unidade, setor, cargo e função.

Levando em conta essa informações o dia e detalhes do seu agendamento foram enviadas ao seu email:

xxxxxxxxx@xxxxxxxx.com

[Voltar ao Menu](#)





MENU

# Resultado Exame

[ Convênio: INAMPE - SUE ] [ Coleta: 09/08/2010 21:00 | Assinado: 10/08/2010 16:00 ]  
Exame: HEMOGRAMA COMPLETO Id Exame: 1  
Material: SANGUE TOTAL - EDTA | Método: Hemograma automatizado ABX-MICROS 60

	Resultado	Valor Referencial	(-) Indicador (+)
<b>ERITROGRAMA</b>			
Hemácias.....	4,51 tera/L	4,00 a 6,00 tera/L	-----*
Hematócrito....	42,0 %	41,0 a 51,0 %	-----*
Hemoglobinas....	13,0 g/dL	14,0 a 18,0 g/dL	-----*
VCM.....	93,13 fL	82,00 a 92,00 fL	-----*
HCM.....	28,82 pg	27,00 a 34,00 pg	-----*
CHCM.....	30,95 g/dL	32,00 a 36,00 g/dL	-----*
RDW.....	17,0 %	11,0 a 15,1 %	-----*
Eritroblastos...:	0 /100 leuco	0 a 8 /100 leuco	-----*
<b>LEUCOGRAMA</b>			
Leucócitos.....	100 %      7.800 /mm <sup>3</sup>	4.500 a 10.000 /mm <sup>3</sup>	-----*-----
Mielóцитos.....	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	-----
Metamielócitos..:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 100 /mm <sup>3</sup>
Bastonetes.....:	2 %	156 /mm <sup>3</sup>	45 a 500 /mm <sup>3</sup>
Segmentados....:	56 %	4.368 /mm <sup>3</sup>	2.250 a 6.000 /mm <sup>3</sup>
Neutr.Totais....:	58 %	4.524 /mm <sup>3</sup>	2.295 a 6.000 /mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....:	2 %	156 /mm <sup>3</sup>	45 a 400 /mm <sup>3</sup>
Basófilos.....:	1 %	78 /mm <sup>3</sup>	0 a 100 /mm <sup>3</sup>
Linfócitos.....:	29 %	2.262 /mm <sup>3</sup>	900 a 3.300 /mm <sup>3</sup>
Linf.atípicos...:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 /mm <sup>3</sup>
Monócitos.....:	10 %	780 /mm <sup>3</sup>	90 a 800 /mm <sup>3</sup>
Plasmócitos....:	0 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 100 /mm <sup>3</sup>
<b>PLAQUETOGRAMA</b>			
Plaquetas.....:	135.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 /mm <sup>3</sup>	-----*-----

[Voltar ao Menu](#)



MENU

## Formulário do Atestado de saúde ocupacional

Nome do Empregado

Tipo documento

Identidade 

Número de Documento

Nome empresa

Cargo

Telefone

(00) 00000-0000

Tipo de Exame Ocupacional

Apto ou Inapto

Riscos ocupacionais específicos existente

Exames realizados

Nome do Médico coordenador do PCMSO

Nome do medico coordenador do PCMSO

Nome do medico realizou o exame

Data do exame:

/ /

CRM:

Assinatura do empregado

**GERAR ASO**





MENU

## Formulário do Instituto Nacional do Seguro Social

Colaborador

Matrícula

Chamados

Email

Requerimento / Benefício

Telefone

 (00) 00000-0000

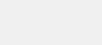
Unidade

 MG

Tipo espécie

Código da doença

Resultados



Observação

**ENVIAR**

## Formulário Líder

Líder :

Telefone líder :

 +55 (00) 00000-0000

Início afastamento :

 / /

Retorno ao trabalho :

 / /

Data perícia :

 / /

DCB (data de cessação do benefício) :

 / /