



Pedido de Exames



FEDERACAO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGURO
PRIVADOS E CAPITALIZACAO

07/05/2025

Sequência: 306488965		Data Ficha 07/05/2025		
Empresa	FEDERACAO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGURO PRIVADOS E CAPITALIZACAO			
Unidade	FENASEG	CNPJ	33.623.893/0001-80	
Funcionario	Julio Cesar Paula Bandeira Junior			
RG	282004712	CPF	18111071760	
Cargo	ESTAGIARIO	Setor	GERENCIA DE INFRAESTRUTURA	
Prestador	A BEV ASSESSORIA PCD			
Telefone	(21) 2253-4345			
Endereço	AV PRESIDENTE VARGAS	Número	542	
Complemento	SALA 1302			
Bairro	CENTRO	Cidade/UF	RIO DE JANEIRO / RJ	
Atendente				
Tipo de Atendimento	Ordem de Chegada	Faixa de Horário de Atendimento 07:30 até 14:00		
Comentários	SEGUNDA A SEXTA FEIRA DAS 7H30 AS 14H A prefeitura do Rio decretou feriado os dias 18/11 e 19/11, devido à realização da reunião do G20 na cidade. Desta forma, lembramos a todos, que não teremos expediente nestes dias.			
Dados do Exame				
Tipo de Exame	Demissional			
Exames				
TUSS	Nome do Exame	Data do Solicitante	Hora	Recomendação
10101012	Exame Clínico.	08/05/2025	09:00	

**A S O - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

PORTO SEGURO SAUDE OCUPACIONAL

Empresa

Razão Social: FEDERACAO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGURO
PRIVADOS E CAPITALIZACAO
CNPJ: 33.623.893/0001-80
Endereço: RUA SENADOR DANTAS Número: 74
Bairro: CENTRO CEP: 20031-205
Cidade/UF: RIO DE JANEIRO / RJ

Funcionário

Nome: **Julio Cesar Paula Bandeira Junior**
Código/Matricula: 741/SEFEDNACDA000000000000000000121
RG/CPF: 282004712/181.110.717-60 Órgão Emissor: DETRAN
Nascimento/Idade: 08/07/2001 - 23 Sexo: Masculino
Cargo: ESTAGIARIO
Setor: GERENCIA DE INFRAESTRUTURA

Médico Responsável pelo PCMSO

Ana Paula Silva Damião / 899615 / RJ (11) 3003-9095

Perigos ou Fatores de Riscos Existentes ou a Ausência Deles

Ergonômicos Postura sentada ou em pé por longos períodos, Posturas inadequadas ou forçadas.

EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:

Demissional

Avaliação Clínica e Exames Realizados (Data de Realização/Coleta)

___/___/___ Exame Clínico.

Parecer

☐ Apto Para Função

☐ Inapto Para Função

Assinatura Do Médico

Data de fechamento do ASO (Obrigatório)

___/___/___

Declaro que recebi cópia deste atestado e fui informado do
resultado do(s) exame(s) realizado(s)

Carimbo

CRM / /

A BEV ASSESSORIA PCD
AV PRESIDENTE VARGAS 542
(21) 2253-4345

Julio Cesar Paula Bandeira Junior

**A S O - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

PORTO SEGURO SAUDE OCUPACIONAL

Empresa

Razão Social: FEDERACAO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGURO
PRIVADOS E CAPITALIZACAO
CNPJ: 33.623.893/0001-80
Endereço: RUA SENADOR DANTAS Número: 74
Bairro: CENTRO CEP: 20031-205
Cidade/UF: RIO DE JANEIRO / RJ

Funcionário

Nome: **Julio Cesar Paula Bandeira Junior**
Código/Matricula: 741/SEFEDNACDA000000000000000000121
RG/CPF: 282004712/181.110.717-60 Órgão Emissor: DETRAN
Nascimento/Idade: 08/07/2001 - 23 Sexo: Masculino
Cargo: ESTAGIARIO
Setor: GERENCIA DE INFRAESTRUTURA

Médico Responsável pelo PCMSO

Ana Paula Silva Damião / 899615 / RJ (11) 3003-9095

Perigos ou Fatores de Riscos Existentes ou a Ausência Deles

Ergonômicos Postura sentada ou em pé por longos períodos, Posturas inadequadas ou forçadas.

EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:

Demissional

Avaliação Clínica e Exames Realizados (Data de Realização/Coleta)

___/___/___ Exame Clínico.

Parecer

☐ Apto Para Função☐ Inapto Para Função

Assinatura Do Médico

Data de fechamento do ASO (Obrigatório)

___/___/___

Declaro que recebi cópia deste atestado e fui informado do
resultado do(s) exame(s) realizado(s)

Carimbo

CRM / /

A BEV ASSESSORIA PCD
AV PRESIDENTE VARGAS 542
(21) 2253-4345

Julio Cesar Paula Bandeira Junior

**A S O - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

PORTO SEGURO SAUDE OCUPACIONAL

Empresa

Razão Social: FEDERACAO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGURO
PRIVADOS E CAPITALIZACAO
CNPJ: 33.623.893/0001-80
Endereço: RUA SENADOR DANTAS Número: 74
Bairro: CENTRO CEP: 20031-205
Cidade/UF: RIO DE JANEIRO / RJ

Funcionário

Nome: **Julio Cesar Paula Bandeira Junior**
Código/Matricula: 741/SEFEDNACDA000000000000000000121
RG/CPF: 282004712/181.110.717-60 Órgão Emissor: DETRAN
Nascimento/Idade: 08/07/2001 - 23 Sexo: Masculino
Cargo: ESTAGIARIO
Setor: GERENCIA DE INFRAESTRUTURA

Médico Responsável pelo PCMSO

Ana Paula Silva Damião / 899615 / RJ (11) 3003-9095

Perigos ou Fatores de Riscos Existentes ou a Ausência Deles

Ergonômicos Postura sentada ou em pé por longos períodos, Posturas inadequadas ou forçadas.

EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:

Demissional

Avaliação Clínica e Exames Realizados (Data de Realização/Coleta)

___/___/___ Exame Clínico.

Parecer

☐ Apto Para Função

☐ Inapto Para Função

Assinatura Do Médico

Data de fechamento do ASO (Obrigatório)

___/___/___

Declaro que recebi cópia deste atestado e fui informado do
resultado do(s) exame(s) realizado(s)

Carimbo

CRM / /

A BEV ASSESSORIA PCD
AV PRESIDENTE VARGAS 542
(21) 2253-4345

Julio Cesar Paula Bandeira Junior



FICHA CLÍNICA

FEDERACAO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS PRIVADOS,
DE CAPITALIZACAO E DE PREVIDENCIA COMPLEMENTAR
ABERTA - FENASEG

07/05/2025

Funcionário (Código / Nome) 741 / Julio Cesar Paula Bandeira Junior		RG 282004712	Número da guia de encaminhamento
Empresa FEDERACAO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGURO PRIVADOS E CAPITALIZACAO			CNPJ 33.623.893/0001-80
Unidade FENASEG		Setor GERENCIA DE INFRAESTRUTURA	
Cargo ESTAGIARIO		Sexo Masculino	Idade 23
Nascimento 08/07/2001	Admissão 21/05/2024	Entrada 00:00	Saída 00:00
Tipo de Exame Demissional			Data Ficha 07/05/2025
Médico(a)/			
Exames Exame Clínico,,			
Anamnese			

SINAIS VITAIS

Temperatura	Frequência Respiratória (IPM)	Pressão Arterial (mmHg)	Frequência de Pulso (BPM)
Altura	Biotipo	Peso (Kg)	Índice de Massa Corpórea
Perímetro Cintura (cm)		Perímetro Quadril (cm)	

Texto Livre

Ficha Clínica

Anamnese

Queixas

☐ Não ☐ Sim

Descreva: ▾

HPMA

Doenças Crônicas

☐ Não ☐ Diabetes

☐ Hipertensão Arterial ☐ Bronquite/Asma

☐ Dislipidemias ☐ Tireoide

☐ Diabetes ☐ Psiquiátricas

☐ Cardiopatas ☐ Outras

Quais? ▾

Portador de Deficiência

☐ Não ☐ Auditiva

☐ Intelectual ☐ Física

☐ Visual ☐ Deficiência Múltipla

Observações ▾

Doenças Familiares

☐ Diabetes

Hipertensão Arterial ▾

☐ Hipertensão Arterial ☐ AVC

☐ Câncer ☐ Infarto

☐ Psiquiátrica ☐ Tireoide

☐ Alergias ☐ Outros

Quais? ▾

Uso Regular de Medicamentos

☐ Não ☐ Anti-hipertensivos

☐ Diuréticos ☐ Psicotrópicos

☐ Antidiabéticos ☐ Betabloqueadores

☐ Estatinas ☐ Anti-inflamatório

☐ Outros

Quais? ▾

Apresentação de Carteira de Vacinação (Opcional - anexar 01 cópia ao prontuário)

☐ Não ☐ Sim

☐ Esquema vacinal completo ☐ Esquema vacinal incompleto

☐ Não soube informar

Alergia a medicamentos

☐ Não ☐ Sim

Quais? ▾

<https://sistema.soc.com.br/WebSoc/cad011.do>

5/8

Cirurgias <input type="checkbox"/> Cardiológicas <input type="checkbox"/> Ortopédicas <input type="checkbox"/> Ginecológicas <input type="checkbox"/> Abdominais <input type="checkbox"/> Neurológicas <input type="checkbox"/> Urológicas Outros ▶ _____ _____ _____		Histórico Ortopédico <input type="checkbox"/> Fraturas de perna e tornozelo <input type="checkbox"/> Tendinite/Bursite <input type="checkbox"/> Fraturas de punho e mãos <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Lesões no ombro <input type="checkbox"/> Hérnia de Disco <input type="checkbox"/> Outros Quais? ▶ _____ _____ _____	
História Ocupacional			
Ocupações Anteriores Empresa/Função/Tempo ▶ _____ _____ _____		Exerce alguma outra atividade remunerada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? ▶ _____ _____ _____	
Já sofreu Acidente de Trabalho ou possui alguma doença ocupacional comprovados por CAT? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, por quanto tempo? ▶ _____ _____ _____		Teve algum afastamento pelo INSS? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Licença Maternidade <input type="checkbox"/> B91 - Auxílio acidentário <input type="checkbox"/> B31- Auxílio doença Se sim, por qual motivo, e por quanto tempo? ▶ _____ _____ _____	
Tratamento <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, por quanto tempo? ▶ _____ _____ _____		Sequelas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? ▶ _____ _____ _____	
Hábitos e Estilo de Vida			
Tabagismo <input type="checkbox"/> Não fumante <input type="checkbox"/> Ex-fumante <input type="checkbox"/> Fumante Há Quanto Tempo? ▶ _____		Etilismo <input type="checkbox"/> Não bebe <input type="checkbox"/> Bebe eventualmente <input type="checkbox"/> Bebe diariamente	
Atividade Física <input type="checkbox"/> Não pratica <input type="checkbox"/> Pratica menos 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> Pratica 3 ou mais vezes na semana		Hábitos de Lazer <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Instrumentos Musicais <input type="checkbox"/> Ouvir música com head-fone <input type="checkbox"/> Atividades Manuais (artesanato, tecelagem) <input type="checkbox"/> Outros Descrever abaixo detalhamento dos hábitos de lazer: ▶ _____ _____ _____	
Você tem a intenção de mudar algum hábito (tabagismo, por exemplo)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Quando você pretende mudar o hábito? <input type="checkbox"/> Agora <input type="checkbox"/> Dentro de 1 mês <input type="checkbox"/> Daqui 6 meses <input type="checkbox"/> Daqui 1 ano <input type="checkbox"/> Um dia no futuro <input type="checkbox"/> Não tenho intenção de mudar.	
Saúde do Homem			
Preventivo de próstata atualizado <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> PSA - Exame de Sangue <input type="checkbox"/> Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Exame de Toque		Alterações Geniturinárias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais? ▶ _____ _____ _____	
Exame Físico Tórax (Aparelho Respiratório e Cardiovascular)			
Inspeção <input type="checkbox"/> Tórax normal, eupnéico, sem esforço respiratório <input type="checkbox"/> Alterado Descrição: ▶ _____ _____ _____		Palpação <input type="checkbox"/> Expansibilidade preservada bilateral, FTV uniformemente palpável bilateral. <input type="checkbox"/> Alterado Descrição: ▶ _____ _____ _____	
Percussão <input type="checkbox"/> Som claro pulmonar <input type="checkbox"/> Alterado		Auscultação Respiratória <input type="checkbox"/> Murmúrio vesicular universalmente audíveis sem ruídos adventícios. <input type="checkbox"/> Alterado	

Descrição: ▶ 		Descrição: ▶ 	
Ausculda Cardíaca			
<input type="checkbox"/> Bulhas rítmicas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros. Pulsos palpáveis e simétricos.		<input type="checkbox"/> Alterado	
Descrição: ▶ 			
Abdômen			
Inspeção		Palpação superficial e profunda	
<input type="checkbox"/> Plano, Ausência de cicatrizes, Circulação Colateral ou Herniações, Pele íntegra.		<input type="checkbox"/> Liso, Macio, Não tenso, Indolor, Ausência de massas. <input type="checkbox"/> Alterado	
Percussão		Ausculda	
<input type="checkbox"/> Timpânico, Traube livre <input type="checkbox"/> Alterado		<input type="checkbox"/> Ruídos hidroaereos, e peristalse normal nos quatro quadrantes, sem sopros em focos arteriais. <input type="checkbox"/> Alterado	
		Descrição: ▶ 	
Exame Físico Especial			
Pele		Olhos	
<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Micose de unha <input type="checkbox"/> Dermatite <input type="checkbox"/> Tatuagens		<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Lentes corretivas <input type="checkbox"/> Pterígeo <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival	
Observações ▶ 		Observações ▶ 	
Audição		Voz	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Afonia	
Neurológico		Psíquico	
<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Alteração da marcha <input type="checkbox"/> Alteração da fala <input type="checkbox"/> Alteração da força <input type="checkbox"/> Alteração da Sensibilidade <input type="checkbox"/> Teste de Romberg Positivo <input type="checkbox"/> Teste de Romberg Negativo		<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Irritabilidade/Agressividade <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Labilidade Emocional	
Membros Superiores		Membros Inferiores	
<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Limitação <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Varizes <input type="checkbox"/> Limitação <input type="checkbox"/> Desvios/Deformidades <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Outros	
Força Muscular ▶ <input type="checkbox"/> Grau 0 - Ausência de contração muscular. <input type="checkbox"/> Grau 1 - Presença de contração muscular, sem movimento. <input type="checkbox"/> Grau 2 - Movimentos com eliminação da força da gravidade. <input type="checkbox"/> Grau 3 - Movimento vence a força da gravidade. <input type="checkbox"/> Grau 4 - Movimento contra a força da gravidade e alguma resistência. <input type="checkbox"/> Grau 5 - Normal		Força Muscular ▶ <input type="checkbox"/> Grau 0 - Ausência de contração muscular. <input type="checkbox"/> Grau 1 - Presença de contração muscular, sem movimento. <input type="checkbox"/> Grau 2 - Movimentos com eliminação da força da gravidade. <input type="checkbox"/> Grau 3 - Movimento vence a força da gravidade. <input type="checkbox"/> Grau 4 - Movimento contra a força da gravidade e alguma resistência. <input type="checkbox"/> Grau 5 - Normal	
Observações ▶ 		Observações ▶ 	
Anotações Gerais			
Medicamentos			
CID			

Texto Livre	
Texto Livre	<div></div>

Data:
Horário: