

APTA

Medicina Ocupacional e Clínica Integrada LTDA.



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

EXAME MÉDICO ☒ ADMISSIONAL ☐ PERIÓDICO ☐ RET. AO TRABALHO ☐ MUD. DE FUNÇÃO ☐ DEMISSIONAL

EMPRESA:

GAFOR S/A

ABDENEGO HENRIQUE DA SILVA ALBUQUERQUE

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

RG:

8.476.536

DATA DE NASCIMENTO:

05/05/1995

SEXO:

☒ MASCULINO

☐ FEMININO

LAUDO

SUBMETEU-SE A AVALIAÇÃO DE SAÚDE, CONFORME A NR-07 PORTARIA MINISTERIAL Nº24/94 SENDO

CONSIDERADO(a):

☒ APTO

☐ INAPTO

OBS: APTO PARA TRABALHO EM ALTURA

EXAMES COMPLEMENTARES DE ACORDO COM A NR- 07 (NORMA REGULAMENTADORA)

- | | | |
|---|------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> EXAME CLÍNICO | 10/07/2015 | <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO BUCAL |
| <input checked="" type="checkbox"/> AUDIOMETRIA TONAL | 10/07/2015 | <input type="checkbox"/> ACUIDADE VISUAL |
| <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA | | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA | | <input type="checkbox"/> EEG |
| <input type="checkbox"/> RX COLUNA LOMBAR | | <input type="checkbox"/> AV. PSICOLOGICA |
| <input type="checkbox"/> RX TÓRAX PA | | <input type="checkbox"/> OTONEUROLOGICO |
| <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO | | <input type="checkbox"/> BEARMAN |
| <input type="checkbox"/> G.SANGUÍNEO/FATOR RH | | <input type="checkbox"/> RX CERVICAL |
| <input type="checkbox"/> GLICOSE | | <input type="checkbox"/> CREATININA |
| <input type="checkbox"/> RETICULOCITOS | | <input type="checkbox"/> RX DAS MÃOS |
| <input type="checkbox"/> GAMA GT | | <input type="checkbox"/> VDRL |

RISCOS OCUPACIONAIS

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> FÍSICO - | <input type="checkbox"/> RUÍDO | <input type="checkbox"/> CALOR | <input type="checkbox"/> VIBRAÇÕES |
| <input type="checkbox"/> QUÍMICOS - | <input type="checkbox"/> PRODUTOS QUÍMICOS (IPA E PTA) | <input type="checkbox"/> ÓLEOS E GRAXAS | |
| <input type="checkbox"/> BIOLÓGICOS - | <input type="checkbox"/> PROTOZOÁRIOS | <input type="checkbox"/> PARASITAS | <input type="checkbox"/> FUNGOS <input type="checkbox"/> BACILOS <input type="checkbox"/> VÍRUS <input type="checkbox"/> BACTÉRIAS |
| <input checked="" type="checkbox"/> ERGONÔMICOS - | <input type="checkbox"/> CARREGAMENTO DE PESOS | <input type="checkbox"/> OUTRAS SITUAÇÕES CAUSADORAS DE STRESS FÍSICOE/OU PSÍQUICO | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> POSTURA INADEQUADA LER / DORT | | |
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE - | <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO POR EMPILHADEIRA | | |
| | <input type="checkbox"/> TRABALHO EM ALTURA | <input type="checkbox"/> ELETRICIDADE | |



RECEBI A 2ª VIA DO A.S.O. E CONFORME INFORMADO DO RESULTADO DOS EXAMES

X *Abdenego Henrique da Silva Albuquerque*
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

MÉDICO DO TRAB. COORDENADOR CRM

Dr. Clayton George Belardinelli Junior

CRM: 61.158

Fone: (11) 2164-4635

Email: cbelardinelli@gafor.com.br

CARIMBO/ASSINATURA

MÉDICO EXAMINADOR DO TRABALHO-CRM

LOCAL - CABO

Clayton X de Sá Carvalho
Médico CRM 3257
CPF 450.547.434-11
Data: 10/07/2015

DATA - 10/07/2015

APTA MEDICINA OCUPACIONAL CLINICA-INTEGRADA LTDA.
AV. PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS 300 - CEP: 54505-560 - CENTRO - CABO
FONE: (81) 3521-1388



EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

Nº EXAME:

TIPO

☒ PRÉ-ADMISSÃO☐ DEMISSÃO☐ PERIÓDICO☐

NOME:

SEXO:

IDENTIDADE:

COR:

IDADE:

ESTADO CIVIL:

EMPRESA:

FUNÇÃO:

TRABALHO OU TRABALHA EM LOCAIS COM:

☐ GASES ☐ SUBSTÂNCIAS TOXICAS ☐ RUÍDO ☐ FRIO ☐ PRESSÃO ATMOSFÉRICA ALTA (Mergulhos, Câmaras Pneumáticas)
☐ POEIRA ☐ RAIOS X / OUTROS ☐ CALOR ☐ MANUSEIO COM ANIMAIS ☐ PRESSÃO ATMOSFÉRICA BAIXA (Aviação / Altitudes)

ENDEREÇO RESIDENCIAL - RUA

BAIRRO:

CIDADE:

UF

FONES:

☐ COMERCIAL☐ RESIDENCIALFOI REPROVADO EM EXAMES
MÉDICOS P/ EMPRESA☐ SIM ☒ NÃOTEVE DOENÇAS OCUPACIONAIS
OU ACIDENTES DE TRABALHO?☐ SIM ☒ NÃO


UTILIZA ALGUMA MEDICAÇÃO?

☐ SIM ☒ NÃOFOI AFASTADO DO TRABALHO
POR DOENÇA?☐ SIM ☒ NÃO

TEM OU TEVE ALGUMAS DESSAS DOENÇAS OU SINTOMAS FREQUENTES?

MARCAR COM "X"	DISCRIMINAÇÃO	SIM	NÃO	DISCRIMINAÇÃO	SIM	NÃO	DISCRIMINAÇÃO	SIM	NÃO	DISCRIMINAÇÃO	SIM	NÃO
	FOI HOSPITALIZADO		<input checked="" type="checkbox"/>	TUBERCULOSE		<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇAS DO CORAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>	ALERGIA RESPIRATÓRIO		<input checked="" type="checkbox"/>
	VERTIGENS OU DESMAIOS		<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇA NOS RINS		<input checked="" type="checkbox"/>	ARDOR NA URINA		<input checked="" type="checkbox"/>	ALERGIA NA PELE		<input checked="" type="checkbox"/>
	TORNOZELOS INCHADO		<input checked="" type="checkbox"/>	NÁUSEAS E VÔMITOS		<input checked="" type="checkbox"/>	TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO		<input checked="" type="checkbox"/>	DIABETES		<input checked="" type="checkbox"/>
	DOENÇA NOS OUVIDOS		<input checked="" type="checkbox"/>	FUMA		<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇA NA COLUMNA		<input checked="" type="checkbox"/>	ACOMP. PSICOLÓGICO		<input checked="" type="checkbox"/>
	ASMA		<input checked="" type="checkbox"/>	INGERE BEBIDAS ALCOÓLICAS		<input checked="" type="checkbox"/>	REUMATISMO / ARTRITE		<input checked="" type="checkbox"/>	TOSSE CRÔNICA		<input checked="" type="checkbox"/>
	DOENÇA NO ESTÔMAGO		<input checked="" type="checkbox"/>	HEMORRÓIDAS		<input checked="" type="checkbox"/>	VARICOCELE		<input checked="" type="checkbox"/>	DENTES FRACOS		<input checked="" type="checkbox"/>
	FEBRE REUMÁTICA		<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇA DE PÊLE		<input checked="" type="checkbox"/>	PNEUMONIA		<input checked="" type="checkbox"/>	HERNIA INGUINAL		<input checked="" type="checkbox"/>
	DIARRÉIA FREQUENTE		<input checked="" type="checkbox"/>	HIDROCELE		<input checked="" type="checkbox"/>				HERNIA UMBILICAL		<input checked="" type="checkbox"/>
	PRISÃO DE VENTRE		<input checked="" type="checkbox"/>							HERNIA DE DISCO		<input checked="" type="checkbox"/>
	HEPATITE		<input checked="" type="checkbox"/>							HERNIA DE HIATO		<input checked="" type="checkbox"/>

MULHERES	HISTÓRICO		HISTÓRICO			
	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
	MENSTRUÇÃO REGULAR ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	JÁ ABORTOU?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SENTE CÓLICAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÚMEROS DE ABORTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TEM CORRIMENTO VAGINAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÚMEROS DE FILHOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TEM PROBLEMAS NOS SEIOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLTIMA MESTRUAÇÃO		
	ESTÁ GRAVIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLTIMA CONSULTA GINECOLÓGICA		


0416026



Declaro Verdadeiras as informações acima descritas.

Este questionário é confidencial

10 de Julho de 2015

Assinatura

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO MÉDICO														
CONSIDERAÇÕES À ANAMNESE														
QUEIXA CLÍNICA														
ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES														
EXAME FÍSICO														
ESTADO DE NUTRIÇÃO E ASPECTO GERAL														
BIOTIPO		ATITUDE		ALTURA (CM)		PESO (KG)		TEMPERATURA		PULSO RADIAL		PRESSÃO ARTERIAL		
norm		Bom		1,75		70,8		36,6		110		70		
EXAME SEGMENTAR			C/P	S/P	EXAME SEGMENTAR			C/P	S/P	EXAME SEGMENTAR			C/P	S/P
01 - CABEÇA					10 - OROFARINGE					19 - VASOS PERIFÉRICOS				
02 - MUCOSAS					11 - DENTES					20 - ARTICULAÇÕES				
03 - GÂNGLIOS					12 - PESCOÇO					21 - COLUNA				
04 - PELO / TCSC					13 - TÓRAX					22 - EXTREMIDADE				
05 - FÂNEROS					14 - MAMAS					23 - VARICOCELE				
06 - OLHOS					15 - APARELHO RESPIRATÓRIO					24 - HIDROCELE				
07 - NARIZ					16 - APARELHO CIRCULATÓRIO									
08 - BOCA					17 - ABDÔMEN									
09 - OUVIDOS / OTOSCOPIA					18 - HERNIA									
LEGENDA			C/P COM PARTICULARES			S/P SEM PARTICULARIDADE								
NUMERAÇÃO E DESCRIÇÃO CORRESPONDENTE DAS PARTICULARIDADES														
RECOMENDAÇÕES / CONSIDERAÇÕES COM BASE NOS EXAMES REALIZADOS														
CONCLUSÃO:														
<input checked="" type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> APTO C/RESTRICÇÕES <input type="checkbox"/> INAPTO														
CID														
Hugo X de Sá Carvalho Médico CRM 8253 CPF 466.547.434-49 Fone: 9658 4672														
REALIZAÇÃO DO EXAME														
ASSINATURA E CARIMBO														

APTA MEDICINA

Av. Presidente Getúlio Vargas, 300 - Centro - CEP: 54505-560 - Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco - Fone: (081) 3534-1388

APTA MEDICINA OCUPACIONAL CLÍNICA INTEGRADA LTDA - 11.489.084/0001-95

WinAudio (#WAUD4118141)

Funcionário/Paciente: ABDENEGO HENRIQUE DA SILVA ALBUQUERQUE

Idade: 20 anos e 2 mes(es)

Sexo: Masculino

Empresa: GAFOR S.A

Emissão: 10/07/2015

Data do Exame: 10/07/2015

Tipo Consulta: Ocupacional

Motivo da Consulta: ADMISSIONAL

Cargo/Função: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Audiômetro: AD229B (Última Aferição: 31/07/2014)

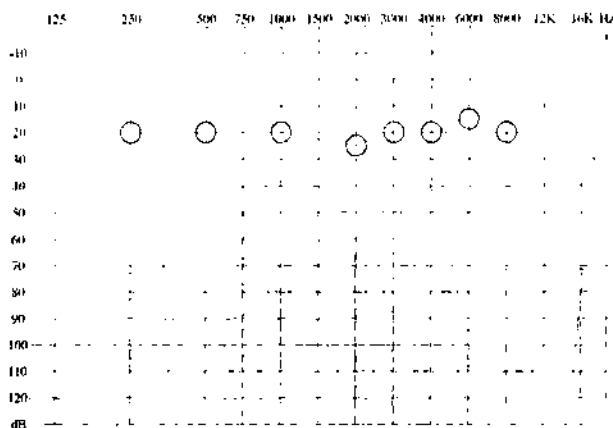
Documento: 8476536 (RG)

Repouso Acústico Informado: maior ou igual a 14 horas Próximo Exame: 10/01/2016

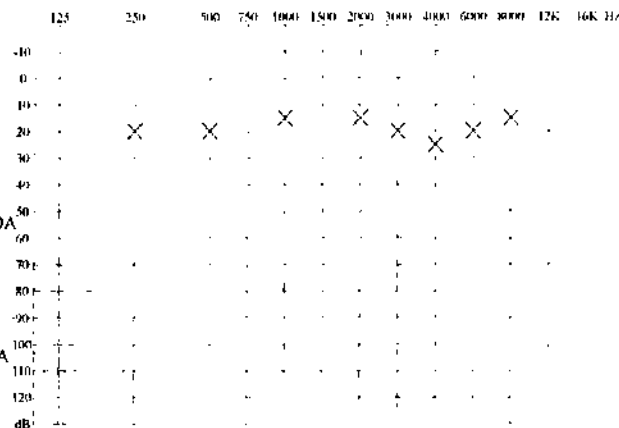
AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA

ORELHA ESQUERDA



LRF:
LAF:



LRF:
LAF:

Índice Percentual de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas			
OD			
OE			

Mascaramento (em dB)

VA	VO	LOGO
Min	Max	Max
Min	Max	Max
Min	Max	Max
Min	Max	Max

MEATOSCOPIA

Orelha Direita MAE - SEM OBSTRUÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME

Orelha Esquerda MAE - SEM OBSTRUÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME

PARECER AUDIOLÓGICO

LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE BILATERALMENTE

*Exame subjetivo e válido nesta data.



Anamnese: 001

JÁ FEZ AUDIOMETRIA ANTES?	Não	ATIVIDADE RUIDOSA FORA DO TRABALHO?	Não
EXPOSIÇÃO À RUÍDO?	Sim	USO DE PROTETOR AURICULAR?	Não
SINUSITE, RINITE, BRONQUITE?	Não	TOCA ALGUM INSTRUMENTO MUSICAL?	Não
SARAMPO, RUBÉOLA, CAXUMBA?	Não	PRÁTICA MERGULHO, PARAQUEDISMO?	Não
PERFURAÇÃO TIMPÂNICA?	Não	HISTÓRICO DE OTITE?	Não
ZUMBIDO?	Não	EXPOSIÇÃO A SOLVENTE, TINTAS?	Não
TONTURA?	Não	PRODUTOS QUÍMICOS?	Não
FAMILIAR COM HISTÓRICO DE DISACUSIA?	Não	DESCONFORTO A SONS ALTOS?	Não
ESTÁ RESFRIADO?	Não	SENSAÇÃO DE OUVIDO TAPADO?	Não
USO DE FONE DE OUVIDO?	Sim	TEVE ACIDENTE COM PANCADA NA CABEÇA?	Não

Rodrigo Cabral
Fonoaudiólogo
CRF 4.8902

CRFa: 4-8902 RODRIGO CABRAL

Ass. Funcionário/Paciente

Medico CRM 8259
CPF 456.547.434-10
FONE: 0058-4672

16109



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Nome: ABDENEGO HENRIQUE DA SILVA ALBUQUERQUE Empresa: GAFOR S/A
Matrícula: _____ Idade: 21 ANOS GS/Rh: _____ RG: 8476536
Função: AUXILIAR ADMINISTRATIVO Setor/Área: _____

2. Tipo de Exame:

☐ Admissional ☒ Periódico ☐ Demissional ☐ Retorno ao Trabalho ☐ Mudança de Função

3. Riscos Ocupacionais

Ergonômico: _____
Físico: _____
Químico: _____
Biológico: _____
Outros: _____

4. Procedimentos realizados:

Anamnese Ocupacional/ Ex.Físico/Mental 08/06/2016



Exames complementares

<input type="checkbox"/> TGO, TGP	<input type="checkbox"/> Radiografia de Tórax (PA) padrão OIT 2000
<input type="checkbox"/> GAMA GT	<input type="checkbox"/> Radiografia de coluna LS
<input type="checkbox"/> Glicemia de Jejum	<input type="checkbox"/> Radiografia de coluna cervical
<input type="checkbox"/> Triglicerídeos	<input type="checkbox"/> Avaliação Oftalmológica
<input type="checkbox"/> Hemograma Completo + Plaquetas	<input type="checkbox"/> Audiometria
<input type="checkbox"/> Tipagem Sangüínea + Fator RH	<input type="checkbox"/> Avaliação Psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma (EEG)	<input type="checkbox"/> NI, CR, MN, CU, PB
<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma (ECG)	<input type="checkbox"/> Ácido Hípúrico
<input type="checkbox"/> Espirometria	<input type="checkbox"/> Ácido Metil hipúrico

5. Conclusão:

☒ Apto

☐ Inapto

Dr. Maria Rachel Vieira
Médica do Trabalho
CRM-PE 12813

MÉDICO DO TRAB. COORDENADOR CRM

Dr. Clayton George Belardinelli Junior

CRM: 61.158 Fone: (11) 2164-4635

Email: cbelardinelli@gafor.com.br

Médico Examinador

Telefone: 3524-1071

6. Recibo

Recebi a Segunda via deste ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) e todas as informações referentes aos exames e procedimentos marcados acima.

ABDENEGO H. S. ALBUQUERQUE
Ass. do Funcionário

08/06/2016

Data

Nº EXAME: **EXAME MÉDICO OCUPACIONAL**

TIPO

☐ ADMISSIONAL☐ DEMISSIONAL☒ PERIÓDICO☐

NOME: <u>Roberto Henrique da Silva Albuquerque</u>	SEXO: <u>M</u>	IDENTIDADE: <u>109869</u>	CÓR: <u></u>	IDADE: <u>21</u>
ESTADO CIVIL: <u></u>	EMPRESA: <u>Gufon</u>	FUNÇÃO: <u>des. adm</u>		

TRABALHO OU TRABALHA EM LOCAIS COM:					
<input type="checkbox"/> GASES	<input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIAS TÓXICAS	<input type="checkbox"/> RUÍDO	<input type="checkbox"/> FRIO	<input type="checkbox"/> PRESSÃO ATMOSFÉRICA ALTA (Mergulhos, Caixões Pneumáticos)	
<input type="checkbox"/> POEIRA	<input type="checkbox"/> RAIOS X / OUTROS	<input type="checkbox"/> CALOR	<input type="checkbox"/> MANUSEIO COM ANIMAIS	<input type="checkbox"/> PRESSÃO ATMOSFÉRICA BAIXA (Aviação / Altitudes)	

ENDEREÇO RESIDENCIAL - RUA: <u>RUA 46 N.º 07</u>		BAIRRO: <u>COHAB</u>
CIDADE: <u>CAR. DA ST. AGOSTINHO PE</u>	UF: <u>PE</u>	FONES: <input type="checkbox"/> COMERCIAL <u>8545 9984</u> <input type="checkbox"/> RESIDENCIAL

FOI REPROVADO EM EXAMES MÉDICOS P/ EMPRESA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	TEVE DOENÇAS OCUPACIONAIS OU ACIDENTES DE TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	UTILIZA ALGUMA MEDICAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	FOI AFASTADO DO TRABALHO POR DOENÇAS? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
--	---	---	---

TEM OU TEVE ALGUMAS DESSAS DOENÇAS OU SINTOMAS FREQUENTES?

MARCAR COM "X"	DISCRIMINAÇÃO	SIM	NÃO	DISCRIMINAÇÃO	SIM	NÃO	DISCRIMINAÇÃO	SIM	NÃO	DISCRIMINAÇÃO	SIM	NÃO
	FOI HOSPITALIZADO		<input checked="" type="checkbox"/>	TUBERCULOSE		<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇAS DO CORAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/>	ALERGIA RESPIRATÓRIO		
	VERTIGENS OU DESMAIOS		<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇA NOS RINS		<input checked="" type="checkbox"/>	ARDOR NA URINA		<input checked="" type="checkbox"/>	ALERGIA NA PELE		
	TORNOZELO INCHADO		<input checked="" type="checkbox"/>	NÁUSEAS E VÔMITOS		<input checked="" type="checkbox"/>	TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO		<input checked="" type="checkbox"/>	DIABETES		
	DOENÇA NOS OUVIDOS		<input checked="" type="checkbox"/>	FUMA		<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇA NA COLUNA		<input checked="" type="checkbox"/>	ACOMP. PSICOLÓGICO		
	ASMA		<input checked="" type="checkbox"/>	INGERE BEB. ALCOÓLICAS		<input checked="" type="checkbox"/>	REUMATISMO / ARTRITE		<input checked="" type="checkbox"/>	TOSSE CRÔNICA		
	DOENÇA NO ESTÔMAGO		<input checked="" type="checkbox"/>	HEMORRÓIDAS		<input checked="" type="checkbox"/>	VARICOCELE		<input checked="" type="checkbox"/>	DENTES FRACOS		
	FEBRE REUMÁTICA		<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇA DE PELE		<input checked="" type="checkbox"/>	PNEUMONIA		<input checked="" type="checkbox"/>	HERNIA INGUINAL		
	DIARRÉIA FREQUENTE		<input checked="" type="checkbox"/>	HIDROCELE		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	HERNIA UMBILICAL		
	PRISÃO DE VENTRE		<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	HERNIA DE DISCO		
	HEPATITE		<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	HERNIA DE HIATO		

MULHERES	HISTÓRICO		HISTÓRICO	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	MENSTRUÇÃO REGULAR?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	JÁ ABORTOU?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	SENTI CÓLICAS?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE ABORTOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TEM CORRIMENTO VAGINAL?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE FILHOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TEM PROBLEMAS NOS SEIOS?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA MESTRUAÇÃO	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
	ESTÁ GRÁVIDA?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA CONSULTA GINECOLÓGICA	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

Declaro Verdadeiras as informações acima descritas

Este questionário é Confidencial

08 de Junho de 16Assinatura: B. Pereira / S. C. Albuquerque

GRÁFICA CAMINHA (01) 3521-9607 | 05/06/2013

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO MÉDICO

CONSIDERAÇÕES À ANAMNESE

QUEIXA CLÍNICA

Sem queixas

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

EXAME FÍSICO

ESTADO DE NUTRIÇÃO E ASPECTO GERAL

BIOTIPO	ATITUDE	ALTURA (CM)	PESO (KG)	TEMPERATURA	PULSO RADIAL	PRESSÃO ARTERIAL	
Normolipo		1,80	80	afetada		MAX 120	MIN 80

EXAME SEGMENTAR		C/P	S/P	EXAME SEGMENTAR		C/P	S/P	EXAME SEGMENTAR		C/P	S/P
01 - CABEÇA				10 - OROFARINGE				19 - VASOS PERIFÉRICOS			
02 - MUCOSAS				11 - DENTES				20 - ARTICULAÇÕES			
03 - GÂNGLIOS				12 - PESCOÇO				21 - COLUNA			
04 - PELE / TCSC				13 - TORAX				22 - EXTREMIDADE			
05 - FÂNEROS				14 - MAMAS				23 - VARICOCELE			
06 - OLHOS				15 - APARELHO RESPIRATÓRIO				24 - HIDROCELE			
07 - NARIZ				16 - APARELHO CIRCULATÓRIO							
08 - BOCA				17 - ABDÔMEN							
09 - OUVIDOS / OTOSCOPIA				18 - HÉRNIA							

LEGENDA

C/P COM PARTICULARES

S/P SEM PARTICULARIDADE

NUMERAÇÃO E DESCRIÇÃO CORRESPONDENTE DAS PARTICULARIDADES

RECOMENDAÇÕES / CONSIDERAÇÕES COM BASE NOS EXAMES REALIZADOS

CONCLUSÃO

☒ APTO☐ APTO C/ RESTRIÇÕES☐ INAPTO

CID

08/06/16

REALIZAÇÃO DO EXAME

Dr.ª Maria Rachel Viçosa
Médica do Trabalho
CRM-PE 12813

ASSINATURA E CARIMBO