



Medicina Ocupacional e Clinica Integrada LTDA <u>ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO</u> EXAME MÉDICO ☑ ADMISSIONAL ☐ PERIÓDICO RET. AO TRABALHO MUD. DE FUNÇÃO DEMISSIONAL EMPRESA: **GAFOR S/A** ABDENEGO HENRIQUE DA SILVA ALBUQUERQUE AUXILIAR ADMINISTRATIVO RG: DATA DE NASCIMENTO: SEXO: 8.476.536 05/05/1995 MASCULINO O FEMININO LAUDO SUBMETEU-SE A AVALIAÇÃO DE SAÚDE, CONFORME A NR-07 PORTARIA MINISTERIAL Nº24/94 SENDO CONSIDERADO(a): **⊒**ÆPTO ☐ INAPTO OBS: APTO PARA TRABALHO EM ALTURA EXAMES COMPLEMENTARES DE ACORDO COM A NR- 07 (NORMA REGULAMENTADORA) ☑ EXAME CLÍNICO 10/07/2015 AVALIAÇÃO BUCAL ✓ AUDIOMETRIA TONAL 10/07/2015 ACUIDADE VISUAL AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA ☐ ECG ☐ ESPIROMETRIA EEG RX COLUNA LOMBAR AV. PSICOLOGICA RX TÓRAX PA OTONEUROLOGICO HEMOGRAMA COMPLETO BEARMAN G.SANGUÍNEO/FATOR RH RX CERVICAL ☐ GLICOSE CREATININA ☐ RETICULOCITOS RX DAS MÃOS GAMA GT ☐ VDRL RISCOS OCUPACIONAIS Fisico -Ruido ☐ CALOR ☐ VIBRAÇÕES Quimicos -PRODUTOS QUIMICOS (IPA E PTA) OLEOS E GRAXAS BIOLÓGICOS -PROTOZOÁRIOS PARASITAS ☐ FUNGOS ☐ BACILOS ☐ VÍRUS ☐ BACTÉRIAS CARREGAMENTO DE PESOS OUTRAS SIUAÇÕES CAUSADORAS DE STRESS FÍSICOE/OU PSÍQUICO ☑ ERGONÔMICOS -POSTURA INADEQUADA LER / DORT ATROPELAMENTO POR EMPILHADEIRA ACIDENTE -TRABALHO EM ALTURA ☐ ELETRICIDADE RECEBI A 2ª VIA DO A.S.O. E CONFORME INFORMADO DO RESULTADO DOS EXAMES くけんべほじゃ MÉDICO DO TRAB. COORDENADOR CRM MÉDICO EXAMINADOR DO TRABALHO CRM LOCAL - CABO Dr. Clayton George Belardinelli Junior ر بازی X de Sá Carv CRM: 61.158 Fone: (11) 2164-4635 MADICO CRM 3757 CP 456.547.434 Email: cbelardinelli@gafor.com.br CARIMBO/ASSINATURA FOOD: YV DATA - 10/07/2015 APTA MEDICINA OCUPACIONAL CLINICA INTEGRADA LTDA AV. PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS 300 - CEP: 54505-560 - CENTRO - CABO. FONE: (81) 3521-1388

						1						Nº I	EXAI	ие:				
AF	PTA V	E	ΧA	ME MÉ	DICO OCL	CIONAL				TIPO PRÉ-#			DNAL		DEMISSI	ONAL		
NOME	Otto) enice	S	∧ى∡	n.		SEXO:	IDENTIDA	DE:	-6	, 5 3°	b	IDADE	W					
ESTAC	OCIVIL:				ı	içÃo:					عاتما	ia 1.						
TRABA	LHOU OU TRABALHA EM							312_81_3.31										
	GASES SUBSTÂNCIAS TOXICAS RUÍDO FRIO PRESSÃO ATMOSFÉRICA ALTA (Merguínos, Carvões Pneumabicos) POEIRA RAIOS X / OUTROS CALOR MANUSEIO COM ANIMAIS PRESSÃO ATMOSFÉRICA BAIXA (Aviação / Altitudes)																	
<u> </u>																		
ENDE	ENDEREÇO RESIDENCIAL - RUA BAIRRO:																	
CIDADE: UF FONES: COMERCIAL RESIDENCIAL																		
FOI REPROVADO EM EXAMES TEVE DOENÇAS OCUPACIONAIS MÉDICOS P/ EMPRESA OU ACIDENTES DE TRABALHO? SIM NÃO SIM NÃO SIM						MA MEC	EDICAÇÃO? FOI AFASTAD POR DOENÇA							ENÇA?	DO TRABALHO			
		TEN	4 OU	TEVE ALG	UMAS DESSAS	S DOE	NC/	AS OI	J SINTO	OMAS	FREQUEN	ITE	S?					
	DISCRIMINAÇÃO		NÃO	T	RIMINAÇÃO		NÃO			RIMINAÇÃO			NÃO	DIS	SCRIMIN	AÇÃO	SIM	OÂN
	FOI HOSPITALIZADO			TUBERCUL	OSE		_	DOE	NÇAS D	O COR	AÇÃO			ALERGIA	RESPIR	ATÓRIO		
	VERTIGENS OU DESMAN		K	DOENÇA N	4_		-	OR NA L				ALERGIA NA PELE						
×	TORNOZELOS INCHADO		K	NAUSEAS E	_	TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO						_	DIABETE		4	\square		
COM "X"	DOENÇA NOS OUVIDOS			FUMA INGERE BEBIDAS ALCOOLICAS			REUMATISMO / ARTRITE					<u> </u>		ACOMP. I			╄	\vdash
8	ASMA DOENCA NO ESTÔMAGO	\leftarrow		HEMORRÓ	45	VARICOCELE						4	TOSSE C		·	╀		
RCAR	FEBRE REUMÁTICA		K		+	PNEUMONIA							HERNIA		╀	\vdash		
RC	DIARRÉIA FREQUENTE			DOENÇA DE PÊLE			PNEOWOWA					 	-	HERNIA				
MA	PRISÃO DE VENTRE	<u> </u>	K	- THOROCELE			/ 					├-	┝	HERNIA				
	HEPATITE			 		+	\vdash					\vdash	-	HERNIA D			╅	H
		_	Ť	†	· · · · · ·	+-											+	
				· · · · · ·							·.						+	Н
																	†	Ш
	<u> </u>	HIS	TÓ	RICO				_		<u> </u>	H	IIS7	ΓÓF	RICO				\neg
			SIM									SIN		NÃO		-		
쑱	MENSTRUAÇÃO REGULA	A₽?					ıÁ	ABO	RTOU?						- 111	4 1 10 10 10 10 10	11111	
MULHERES	SENTE CÓLICAS ?	-	片						OS DE A	BORTO	ns	믐			-		1	
⊒	TEM CORRIMENTO VAGII	NAL?	片									븜		품	_	04,100		
	TEM PROBLEMAS NOS S		_= = -					NÚMEROS DE FILHOS									\dashv	
ľ	ESTÁ GRAVIDA?	-	靣			ÚLTIMA CONSULTA GINECOLÓGICA / /									\dashv			
Declaro	Verdadeiras as informaçõe:	s acima d	lescri	tas.							Feta	aué	noita	ário é confi	dencial			〓
	10 _de	_		<u>Ira</u>	_de 2	<u>210</u>		•		-51	[15,5x2	~	16	~ /	[Un	17- (VC	Ü	
										<i>f</i>	<u>'</u>			Aşsinat	ura			

		· r	DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO I	MÉDI	00							
CONSIDERAÇÕES À ANAMNESE		ι.	ADOS A SEIZEM FREEMONIDOS METO (VICUI								
A STAINE TO A STAIN SEE	_		\int									
	١		J									
	<u>_</u>	_	<u></u>									
QUEIXA CLINICA				1								
	X I I I KIND LAL											
ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILITAIRES												
1/10100 1/10100 1												
EYAME FÍSICO												
EXAME FÍSICO												
ESTADO DE NUTRIÇÃO E ASPECTO GERAL												
/ ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° °	16	3										
BIOTIPO ATITUDE		7	ALTURA (CM) PESO (K	(KG) TEMPERATURA PURSO RADIAL PRESSÃO ARTER								
VAMA 1		4	79 1175/2h	4	N	X/X/// MMTO	MHZ I	1				
53335 753350	100	200	EXAMP OF OUT AND	C/P	SIP							
EXAME SEGMENTAR	C/P	S/P	EXAME SEGMENTAR	CIP	۵ <i>۳</i>	EXAME SEGMENTAR 19 - VASOS PERIFÉRICOS	C/P	S/P				
01 - CABEÇA	╀		10 - OROFARINGE	\vdash	₩.	20 - ARTICULAÇÕES	+	1				
02 - MUCOSAS	╁-,	-	11 - DENTES 12 - PESCOÇO		-	21 - COLUNA	-	Η				
03 - GÂNGLIOS	₩		13 - TÓRAX	/		22 - EXTREMIDADE						
04 - PELO / TCSC 05 - FÅNEROS	⊬		14 - MAMAS	1	-	23 - VARICOCELE	+-	 				
06 - OLHOS	╀		15 - APARELHO RESPIRATÓRIO	⊬		24 - HIDROCELE	+	+				
07 - NARIZ	4		16 - APARELHO CIRCULATÓRIO	1		24 THOMOSELE	+-	 -				
08 - BOCA	\vdash		17 - ABDÖMEN	╁╴			+					
09 - OUVIDOS / OTOSCOPIA	十		18 - HERNIA				1					
	忕	<u> </u>		1	_	C/D CENTON DISTON	+/					
LEGENDA	<u>کا</u>	<u>_</u>		S/P SEM PARTICULARIDADE								
NUMERAÇÃO E DESCRIÇÃO CORRESPOND	ENTE	DAS	PARTICULARIDADES									
			ļ									
		ţ	1)									
			(Λ)									
·												
												
RECOMENDAÇÕES / CONSIDERAÇÕES CON	/ BAS	E NO	S EXAMES REALIZADOS									
\land												
$1 \alpha / 1$												
//\												
$ V \cup \gamma $					•							
			<u> </u>			Huto X de Sá Canalho	_	<u>-</u>				
CONCLUSÃO: APTO APTO C/RESTRIÇÕE	s		MINAPTO /	<u> </u>	/	Medico CRM 8253						
			-Wy	~	1/	Hugo X de Sá Carvaine Médico CRM 8253 CPF 468.547.434-49	}					
CID			V (1)	/N/2	_	ASSINATURA E CARI	MBA.					
			REALIZAÇÃO DO E	AME		ASSINATURA E CARI	/ ···					
						/ /						
,				,	/							

29stjuho-Pernambuca 80F/0854/0851/3-554-1388

Emissão: 10/07/2015 WinAudio (#WAUD4118141) Avaliação Audiológica Data do Exame: 10/07/2015 Funcionário/Paciente: ABDENEGO HENRIQUE DA SILVA ALBUQUERQUE

Tipo Consulta: Ocupacional Idade: 20 anos e 2 mes(es) Sexo: Masculino Motivo da Consulta: ADMISSIONAL Empresa: GAFOR S.A

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

Documento: 8476536 (RG) Repouso Acústico Informado: maior ou igual a 14 horasPróximo Exame: 10/01/2016

AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA							ORELHA ESQUERDA																							
	125	2.5	iı)	Son	750	10mm	1500	Steel	3000	4000	enter	STREET	12K	юК	W			125	250	SIKO	750	100AF	190	2000)	Зони	41KW1	6000	MAN	126	16K Hz
-10							:			•					•		-10							1		г				
13									r	:						NORMAL,	0 -					-			•					
10									٠	- 1	$\dot{\frown}$					MOMENTAL	ю.					×		÷.		•		\sim		
20)	\odot		0	;	0	\odot	0	. •	\odot					20		×	X		\sim		\sim	X	÷	×		٠	
40						-		Ÿ	L	-				,		LEVE	101	•			-					$\hat{\gamma}$				
Jø.						. 1	-			÷ -		-		•		121.7 12	43					٠								
\$0					•		•			•						MODERAD	A 50 ·	ŧ						,						
60					•			1								MODULAND	(n				,		-		b.					
70		:			·i·		-	4.	- i-				•	Ŧ	-		70 t	÷				-	-		F.				•	
80		;		-	i	**	•	<u>.</u> .	••		٠.,	1	•	<u></u>		SEVERA	80 F	+ -			,	ŧ			1	•				
90		-		•	f	t	•	ł	1	•	:	-		ŕ	i	0.2 1 1310,1	-90 F	+	*		-			,	٠	•		•		
100		. · · i		- +		_ L .			j -			1		÷	i	PROFUNDA	100-	÷-				1		•	ï	•				
110		;	•	•	- 4 -	- !	-	. ţ.		l.	. ;	7 -	•	• •	•	11031 42111	110					•	•	T	•					
120	-	•		•			-	- -	Ť	•		1		1	1		120	÷	t					•	†	•		•		
₫B	_	- , L						1		. — .			-				dB	4.										•		
			LRF															LRI												
		3	LAF	`:														LAI	F:											

Índice Percentual de Reconhecimento de Fala Mascaramento (em dB) LOGO Dissil VA Intensid Monossil Pal. Faladas Min Min Quant Max OD OD OE. OE.

MEATOSCOPIA

MAE - SEM OBSTRUÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME Orelha Direita 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			
JA 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	PRATICA 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
ESTÀ RESFRIADO?	Não	SENSAÇÃO DE OUVIDO TAPADO?	Não
USO DE FONE DE OUVIDO?	Sim	TEVE ACIDENTE COM PANCADA NA CABEÇA?	Não

CRFa: 4-8902 RODRIGO CABRAL

Medico-CRM mi está ficenciado para: APTA MEDICTNA OCOPACIONAL CENYOS INTENDRALE ETAMETE, ANS INA AMOLAS

Cargo/Função: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

16100



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Nome:	ABDENEGO HENRIQUE DA SILVA ALBUQ		Empresa:	<u></u>	RS/A
Matrícula:		GS/Rh: -		RG: 8476	536 ——————
Função:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO		Setor/Área:		
2. Tipo de	Exame:	···			
Admis	sional X Periódico Demissional		Retorno ao Trabalho	·	Mudança de Função
3. Riscos	Ocupacionais				
Ergonômico	o:				
Fisico:					
Químico:					
Biológico:					
Outros:					11110 G 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
4. Proced	imentos realizados:				
Anamnese	Ocupacional/ Ex.Fisico/Mental 08/06/201	6			0846511"
	mplementares	_			I
TGO, TG			•	órax (PA)	
GAMA 6	97		padrão OIT 2000 Radiografia de coluna	a LS	İ
=	a de Jejum	=	Radiografia de coluna		
Triglice			Avaliação Oftalmológ		
	ama Completo + Plaquetas		Audiometria		
	ı Sangüinea + Fator RH		Avaliação Psiquiátric	a	
Eletroer	ncefalograma (EEG)		NI,CR,MN,CU,PB	1	
Eletroca	ardiograma (ECG)		Ácido Hipúrico	//	
Espiron	netria C		Ácido Metil hipúrico	//	
5. Conclu	são: Apto		Inapto Dray	a Rachel	Viegas
J. Concia	Sau	L	Mo	dado Trab	313
			- F9	CKIALL T	
MÉF	ICO DO TRAB. COORDENADOR CRM	-	Mádica	Examinac	lan .
	Clayton George Belardinelli Junior				
	CRM; 61.158 Fone; (11) 2164-4635		Telefo	ne: 3524-107	<u>'1</u>
	Email: cbelardinelli@gafor.com.br		-		
6. Recibo					
Recebi a Sedunda	via deste ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) e todas as info	ormações refe	erentes aos exames e om	cedimentos man	cados acima
//					
1/P/D	UMCYUMY /LANDU	<u>Ron</u>	7	<u>o</u>	08/06/2016
/	Ass. do Funcionário	 -			Data



Viegas EXAME MÉDICO OCUPACIONAL DE DE DE DE DE DE DE D	MISSIONAL											
	DEMISSIONAL											
NOME: SEXO: IDENTIDADE: COR:	IDADE:											
Abobieso Honougue du Sille Allegresque y 109869		\dashv										
Gylon der Dokon												
TRABALHOU OU TRABALHA EM LOCAÍS COM: GASES SUBSTÂNCIAS TÓXICAS RUÍDO FRIO PRESSÃO ATMOSFÉRICA ALTA (Mergulhos, Caixões Preumáticos) POEIRA RAIOS X / OUTROS CALOR MANUSEIO COM ANIMAIS PRESSÃO ATMOSFÉRICA BAIXA (Aviação / Attitudes)												
ENDEREÇO RESIDENCIAL - RUA: BAIRRO:												
RUA 48 Nº 07 COHAB												
CIDADE: UF: FONES: COMERCIAL 8545 9984 RESIDENCIAL												
FOI REPROVADO EM EXAMES TEVE DOENÇAS OCUPACIONAIS UTILIZA ALGUMA MEDICAÇÃO?												
MÉDICOS P/ EMPRESA OU ACIDENTES DE TRABALHO?	AS?											
SIM QNÃO SIM QNÃO SIM QNÃO	- NAC											
TEM OU TEVE ALGUMAS DESSAS DOENÇAS OU SINTOMAS FREQUENTES?												
DISCRIMINAÇÃO SIM NÃO DISCRIMINAÇÃO SIM NÃO DISCRIMINAÇÃO SIM NÃO DISCRIMINAÇÃ	N SIM	IÃO										
FOI HOSPITALIZADO X TUBERCULOSE > DOENÇAS DO CORAÇÃO ALERGIA RESPIRATO	DRIO											
VERTIGENS OU DESMAIOS + DOENÇA NOS RINS ARDOR NA URINA Q ALERGIA NA PELE												
TORNOZELO INCHADO X NÁUSEAS E VÓMITOS X TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DIABETES												
DOENÇA NOS GUVIDOS X FUMA X DOENÇA NA COLUNA L ACOMP. PSICOLÓGIC	20	_										
ASMA L. INGERE BEB. ALCOÓLICAS L. REUMATISMO / ARTRITE L. TOSSE CRÓNICA												
		\dashv										
FEBRE REUMÁTICA DIARRÉIA FREQUENTE PRISÃO DE VENTRE V DOENÇA DE PELE V PNEUMONIA W HERNIA INGUINAL HERNIA UMBILICAL V HERNIA DE DISCO												
Q DIARRÉIA FREQUENTE		\dashv										
PRISÃO DE VENTRE HEPATITE HERNIA DE HIATO	1-1	-										
REFAILE												
HISTÓRICO HISTÓRICO												
Oğu Mis												
MENSTRUAÇÃO REGULAR? MENSTRUAÇÃO REGULAR? JÁ ABORTOU? SENTI CÓLICAS? NÚMERO DE ABORTOS TEM CORRIMENTO VAGINAL? NÚMERO DE FILHOS												
T SENTI CÓLICAS?												
☐ TEM CORRIMENTO VAGINAL? ☐ NÚMERO DE FILHOS ☐ ☐												
TEM PROBLEMAS NOS SEIOS? ULTIMA MESTRUAÇÃO												
. ESTÁ GRÁVIDA? ÚLTIMA CONSULTA GINECOLÓGICA//												
Declaro Verdadeiras as informações acima descritas Este questionário é Confidencial												
Declaro Verdadeiras as informações acima descritas Este questionário é Confidencial	? ! 13 W M	al C										
Declaro Verdadeiras as informações acima descritas Este questionário é Confidencial BPL/Cl-v Assinatura	2 13 6 17 ((81) 3821 4607 (05/06	_ <u> </u>										

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO MÉDICO												
CONSIDERAÇÕES À ANAMNESE												
•												
												,
									:			
QUEIXA CLÍNICA				· ·				_				
1												ينبوقان
Stone Portuises												
Sun opruixo												
	<u>. V</u>						_					
ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIA	REŞ											-
EXAME FÍSICO												
ESTADO DE NUTRICÃO E ASPECTO GERAL												
			 	.						· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
BIOTIPO ATITUD	E			ALTURA (CM)	PESO (KG	3)	TE	MP	ERATURA PULSO RADIAL	PRESSÃO	ARTE	<u> JAIF</u>
Nombum ATITUD				180	80		n	1	uni	M220	MI Y)
/	$\overline{}$	T	r	_ , , _		1		4				
EXAME SEGMENTAR	C/P	S/P	EXAM	ME SEGMENTA	R	C/P	S	/P\			C/P	S/P
D1 - CABEÇA		₩.	10 - OROFARI	NGE		↓	L	ot	19 - VASOS PERIFÉRICO	+	₩	
02 - MUCOSAS	_	 	11 - DENTES	· ·· · · · · · · · · · · · · · · · ·					20 - ARTICULAÇÕES			₩
03 - GÂNGLIOS	-	H	12 - PESCOÇO	0		┝	Н	_	21 - COLUNA			
04 - PELE / TCSC		₩.	13 - TORAX			┢	Н		22 - EXTREMIDADE		╫	₩-
05 - FÅNEROS .	+	╫╌	14 - MAMAS	O DECDIDATA	robio -			_	23 - VARICOCELE 24 - HIDROCELE	<u> </u>	+	╫╼
06 - OLHOS	+	╫		IO RESPIRATÓ! IO CIRCULATÓ!				_	24 - RIDROGELE			-
07 - NARIZ 08 - BOCA	-	+	17 - ABDÔMEI		NO.		H	-			+	-
09 - OUVIDOS / OTOSCOPIA	1	\vdash	18 - HÉRNIA		 				-			
03 - 00 VIBO3 / 01 08 00 1 1A		$\dot{\downarrow}$	[IO-HERNIA								
LEGENDA		2	C/P CO	M PARTICULAR	RES	Ľ		_	S/P SEM PARTICU	LARIDADE		
AUULED AGIO E DESCOVOIO CORRECTO		YE DA	C DARTICUL ARIDA	ADER			-		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
NUMERAÇÃO E DESCRIÇÃO CORRESPO	JNDEN	I E DA	S PARTICULARIDA	ADES								
l												
								_				
RECOMENDAÇÕES / CONSIDERAÇÕES	сом в	ASE N	OS EXAMES REAL	LIZADOS						Λ		
										/1		
										- / /		
j.												
										- / /		
									a storia R	achd Vikgas	•	
					·				De Maria R Médica do - CRM-P	Tyabalho-		_
CONCLUSÃO	Acc	.	NAPTÓ	200	06	, /	-		- CRM-P	F/128/3		
APTO APTO C/ RESTRIÇ	UES	<u>''</u>	MAPIU		<u>06 1-</u>					<u> </u>		
CID				REALIZ	AÇÃO DO E	XAME			ASSIM	TURAE CARIM	ВО	
											· · ·	

79.00

4

ľ