

Nome: ABDENEGO HENRIQUE DA SILVA ALBUQUERQUEEmpresa: GAFOR S/AMatrícula: _____ Idade: 22 ANOS GS/Rh: _____RG: 109869Função: AUX. ADMINISTRATIVO II

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

23/05/2017**Exames complementares**☐ TGO, TGP☐ GAMA GT☐ Glicemia de Jejum☐ Triglicerídeos☐ Hemograma Completo + Plaquetas☐ Tipagem Sangüínea + Fator RH☐ Eletroencefalograma (EEG)☐ Eletrocardiograma (ECG)☐ Espirometria☐ Radiografia de Tórax (PA)
padrão OIT 2000☐ Radiografia de coluna LS☐ Radiografia de coluna cervical☐ Avaliação Oftalmológica☐ Audiometria☐ Avaliação Psiquiátrica☐ NI, CR, MN, CU, PB☐ Ácido Hipúrico☐ Ácido Metil hipúrico

1367794

5. Conclusão:☒ Apto☐ Inapto

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

Dr. Maria Rachel Viagas
Médica do Trabalho
C.R.M. 12813**6. Recibo**

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

ABDENEGO HENRIQUE DA SILVA ALBUQUERQUE
Ass. do Funcionário23/05/2017

Data



EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

Nº EXAME:

TIPO

☐ ADMISSIONAL☐ DEMISSIONAL☐ PERIÓDICO☒ MF

NOME: <u>Henrique da S. Albuquerque</u>	SEXO: <u>M</u>	IDENTIDADE: <u>109869</u>	COR: <u> </u>	IDADE: <u>22</u>
ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	EMPRESA: <u>Gafar S.A</u>	FUNÇÃO: <u>aux. administrativo II</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, Cabões 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: BAIRRO: Gaúcho

CIDADE: Osório UF: RS FONES: ☐ COMERCIAL 8545.9988 ☐ 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
	FOI HOSPITALIZADO			<input checked="" type="checkbox"/>	TUBERCULOSE			<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇAS DO CORAÇÃO			<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"/>
	TORNOZELO INCHADO			<input checked="" type="checkbox"/>	NÁUSEAS E VÔMITOS			<input checked="" type="checkbox"/>	TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO			<input checked="" type="checkbox"/>
	DOENÇA NOS OUVIDOS			<input checked="" type="checkbox"/>	FUMA			<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇA NA COLUNA			<input checked="" type="checkbox"/>
	ASMA			<input checked="" type="checkbox"/>	INGERE BEB. ALCOÓLICAS			<input checked="" type="checkbox"/>	REUMATISMO / ARTRITE			<input checked="" type="checkbox"/>
	DOENÇA NO ESTÔMAGO			<input checked="" type="checkbox"/>	HEMORRÓIDAS			<input checked="" type="checkbox"/>	VARICOCELE			<input checked="" type="checkbox"/>
	FEBRE REUMÁTICA			<input checked="" type="checkbox"/>	DOENÇA DE PELE			<input checked="" type="checkbox"/>	PNEUMONIA			<input checked="" type="checkbox"/>
	DIARRÉIA FREQUENTE			<input checked="" type="checkbox"/>	HIDROCELE			<input checked="" type="checkbox"/>				
	PRISÃO DE VENTRE			<input checked="" type="checkbox"/>								
HEPATITE			<input checked="" type="checkbox"/>									


1367795

MULHERES	HISTÓRICO		HISTÓRICO	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
MENSTRUÇÃO REGULAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	JÁ ABORTOU?	<input type="checkbox"/>
SENTI CÔLICAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÚMERO DE ABORTOS	<input type="checkbox"/>
TEM CORRIMENTO VAGINAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÚMERO DE FILHOS	<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

Osório, 23 de maio de 2017

Henrique da S. Albuquerque
Assinatura

GRÁFICA CAM. NHA (01) 3521-9807 | 29/11/2016

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO MÉDICO

CONSIDERAÇÕES À ANAMNESE

QUEIXA CLÍNICA

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

EXAME FÍSICO

ESTADO DE NUTRIÇÃO E ASPECTO GERAL

BIO TIPO

ATITUDE

ALTURA (CM)

PESO (KG)

TEMPERATURA

PULSO RADIAL

PRESSÃO ARTERIAL

MAX

MIN

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

REALIZAÇÃO DO EXAME

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Eduardo Henrique de A. Barbosa
Médico
CRM - 10237