

Empresa: 001529/0021 - LOCAWEB SERVICOS DE INTERNET S.A

Nome ou Nº Unidade: LOCAWEB - 21 Tel Unidade: (011) 35441403

Nome Func: RICARDO BARBOSA BALDREZ

CPF: 38649523870 RG: 478864553 Data Nasc.: 21/07/1990

Função: ESTAGIARIO (A) Setor: A3255 - LWB - ENGENHARIA

Nome do Médico: ENGEMED SAUDE OCUPACIONAL

Endereço do Médico: RUA ITAPEVA, 500 - 6A Tel: (11) 32668166

Cidade: SAO PAULO Estado: SP

Exames: ☒ Admissional ☐ Demissional ☐ Periódico ☐ Retorno ao trabalho ☐ Mudança de Função

Riscos Ocupacionais: Fis/qui/biológico: Ausencia De Risco Ocupacional Especifico /

Médico Coordenador da Empresa: DR JAYME ROBERTO GONCALVES GABBAY

02_A_2018090512573261632

Data: 05/09/2018



Senhor credenciado, enviar junto com a
3ª via do A.S.O. para a cobrança da Engemed.
Impresso por Leonardo Paoluci em 05/09/2018 12:57.

Assinatura e nome legível do solicitante

Prezados Clientes:

- ▶ O preenchimento de todos os campos é obrigatório.
- ▶ Caso seja necessário outros exames, favor nos contatar.
- ▶ Marcar horário de atendimento com antecedência.

Prezados Credenciados:

- ▶ Usar os A.S.O.s com o médico coordenador apontado na Guia.
- ▶ Qualquer exame fora dos apontados, será necessário a autorização da Engemed.
- ▶ Não atender caso a guia não esteja preenchida em sua totalidade, datada e assinada.

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

Empresa: 001529/0021 - LOCAWEB SERVICOS DE INTERNET S.A

Unidade: LOCAWEB - 21

Visto em cumprimento da NR-7 (alterada pela portaria nº8 de 08/05/96) do Ministério do trabalho que:

ID: _____

Nome: RICARDO BARBOSA BALDREZ

Matrícula: _____

RG: 478864553

CPF: 38649523870

Data Nasc.: 21/07/1990

Setor: A3255 - LWB - ENGENHARIA

Função: ESTAGIARIO (A)

Riscos ocupacionais Fis/qui/biológico: Ausencia De Risco Ocupacional Especifico /

EXAMES REALIZADOS

EXAME CLINICO

//_

Observações:**Informações do Credenciado:**

ENGEMED SAUDE OCUPACIONAL

TEL: (11) 32668166

END: RUA ITAPEVA, 500 - 6A

SAO PAULO - SP

01_A_2018090512573261632

COORDENADORDR JAYME ROBERTO GONCALVES
GABBAY
CRM 38233

Data: _/_/_

☐ APTO☐ INAPTO

Cód. Credenciado: 070002

Assinatura do Médico Examinador
Tel: (11) 32668166

Recebi a 2ª Via – Assinatura do Examinado

A.S.O (ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL)

Via - Funcionário

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

Empresa: 001529/0021 - LOCAWEB SERVICOS DE INTERNET S.A

Unidade: LOCAWEB - 21

Visto em cumprimento da NR-7 (alterada pela portaria nº8 de 08/05/96) do Ministério do trabalho que:

ID: _____

Nome: RICARDO BARBOSA BALDREZ

Matrícula: _____

RG: 478864553

CPF: 38649523870

Data Nasc.: 21/07/1990

Setor: A3255 - LWB - ENGENHARIA

Função: ESTAGIARIO (A)

Riscos ocupacionais: Fis/qui/biológico: Ausencia De Risco Ocupacional Especifico /

EXAMES REALIZADOS

EXAME CLINICO

//_

Observações:**Informações do Credenciado:**

ENGEMED SAUDE OCUPACIONAL

TEL: (11) 32668166

END: RUA ITAPEVA, 500 - 6A

SAO PAULO - SP

01_A_2018090512573261632

COORDENADORDR JAYME ROBERTO GONCALVES
GABBAY
CRM 38233

Data: _/_/_

☐ APTO ☐ INAPTO

Cód. Credenciado: 070002

Assinatura do Médico Examinador
Tel: (11) 32668166

Recebi a 2ª Via - Assinatura do Examinado

A.S.O (ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL)

Via - Empresa

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

Empresa: 001529/0021 - LOCAWEB SERVICOS DE INTERNET S.A

Unidade: LOCAWEB - 21

Visto em cumprimento da NR-7 (alterada pela portaria nº8 de 08/05/96) do Ministério do trabalho que:

ID: _____

Nome: RICARDO BARBOSA BALDREZ

Matrícula: _____

RG: 478864553

CPF: 38649523870

Data Nasc.: 21/07/1990

Setor: A3255 - LWB - ENGENHARIA

Função: ESTAGIARIO (A)

Riscos ocupacionais: Fis/qui/biológico: Ausencia De Risco Ocupacional Especifico /

EXAMES REALIZADOS

EXAME CLINICO

//_

Observações:**Informações do Credenciado:**

ENGEMED SAUDE OCUPACIONAL

TEL: (11) 32668166

END: RUA ITAPEVA, 500 - 6A

SAO PAULO - SP

01_A_2018090512573261632

COORDENADORDR JAYME ROBERTO GONCALVES
GABBAY
CRM 38233

Data: _/_/_

☐ APTO ☐ INAPTO

Cód. Credenciado: 070002

Assinatura do Médico Examinador
Tel: (11) 32668166

Recebi a 2ª Via - Assinatura do Examinado



04_A_2018090512573261632

* Preencher em letras de forma

Credenciado ENGEMED SAUDE OCUPACIONAL Data 05/09/18

Empresa 001529/0021 - LOCAWEB SERVICOS DE INTERNET S.A

Filial/Unidade LOCAWEB - 21

Nome do Funcionário RICARDO BARBOSA BALDREZ Matrícula _____

CPF 38649523870 RG 478864553

Data de Nascimento 21/07/90 Sexo M ☒ F ☐

Sector A3255 - LWB - ENGENHARIA Função 00044 - ESTAGIARIO (A)

Exame ocupacional: Admissional ☒ Demissional ☐ Periódico ☐ Mudança de Função ☐ Retorno ao Trabalho ☐ Avaliação ☐

QUESTIONÁRIO (ATENÇÃO: Assinale com X)

Sim	Não	QUANTIDADE/FREQUÊNCIA			
Fuma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- de 20 cigarros/dia <input type="checkbox"/>	20 cigarros/dia <input type="checkbox"/>	+20 cigarros/dia <input type="checkbox"/>	
Bebe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 X Semana <input type="checkbox"/>	2 X Semana <input type="checkbox"/>	+2 X Semana <input type="checkbox"/>	
Atividade Física <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 X Semana <input type="checkbox"/>	2 X Semana <input type="checkbox"/>	+2 X Semana <input type="checkbox"/>	
Dorme Bem <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6-8 Horas/dia <input type="checkbox"/>	4-6 Horas/dia <input type="checkbox"/>	Insônia <input type="checkbox"/>	

Você tem/teve que se tratar devido a: (ATENÇÃO: Assinale com X)

Não	Tenho	Tive	Não	Tenho	Tive	Não	Tenho	Tive
Anemia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de visão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsões <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas no Intestino <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rouquidão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hérnias <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tosse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças do Coração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosismo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquite asma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculo de rim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmaios e tonturas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores no pescoço <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecção na Urina <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças de pele <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores no Braço <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varizes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão Alta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dores nas costas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidade <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de Cabeça <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrite ou Úlcera <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros _____		

Você tem deficiência? (ATENÇÃO: Assinale com X)

Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual? Física ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Mental ☐

Responda as questões abaixo: (ATENÇÃO: Assinale com X)

Sim	Não	Qual?	Sim	Não
Faz uso regular de medicamento? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____	Escuta bem? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já fez alguma cirurgia? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____	Já foi internado? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacinação: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatite A <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Anti Tetânica <input type="checkbox"/>	Difteria <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>

Assino como prova de ter declarado a verdade

Local _____ Data ____/____/____ Assinatura do Funcionário _____

ANAMNESE OCUPACIONAL

Sim	Não	Sim	Não	QUAIS?
Usa/Usará Produtos Químicos? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Já teve acidente de trabalho/Doença ocupacional? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Usa/Usará EPI's? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa/Usará Ferramentas, máquinas e/ou equipamentos? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Faz/Fará Levantamento de Peso? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Além do trabalho nesta empresa, você faz outros? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Já esteve afastado pelo INSS? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Já executou essa atividade em outra empresa? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fazia Movimentos repetitivos? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
		Tempo de profissão _____	_____	_____
		Ano _____	Meses _____	

Atenção: Assinale com "X" somente os dados positivos

EXAME FÍSICO

FC PA DUM Peso Altura

Biotipo

Normolíneo ☐ Brevilíneo ☐ Longilíneo ☐

Estado Geral

BEG ☐ REG ☐ MEG ☐

Mucosas

Coradas ☐ Descoradas ☐

AVALIAÇÃO GERAL

	Com Alteração	Sem Alteração
Cabeça e Pescoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cavidade Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coluna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdômen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membros Inferiores D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações: _____		

AVALIAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES

	Alterado	Normal
Ombro D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braço D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotovelo D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antebraço D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punho D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mão D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micose de Unha D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cistos Sinoviais <input type="checkbox"/>	Deformidade <input type="checkbox"/>	Inflamação <input type="checkbox"/>
Dor a Palpação <input type="checkbox"/>	Limitações <input type="checkbox"/>	Edemas <input type="checkbox"/>
Observações: _____		

Deficiência

Sim Não

É portador de alguma deficiência? ☐ ☐Física ☐

Se sim, qual tipo de deficiência?

Auditiva ☐Visual ☐Mental ☐

Descrever (Qual) _____

Diagnósticos Prováveis

(ATENÇÃO: Assinale com X)

Higidez <input type="checkbox"/>	Diabete <input type="checkbox"/>	DPOC <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>	Rinite <input type="checkbox"/>
Alteração Hematológica <input type="checkbox"/>	Dislipidemia <input type="checkbox"/>	Enxaqueca <input type="checkbox"/>	Moléstia Infecciosa <input type="checkbox"/>	Tendinite <input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/>	Doença Ocupacional <input type="checkbox"/>	Gastrite / Úlcera <input type="checkbox"/>	Neuropatia <input type="checkbox"/>	Tireopatia <input type="checkbox"/>
Cardiopatia <input type="checkbox"/>	Doença Psiquiátrica <input type="checkbox"/>	Gestação <input type="checkbox"/>	Patologia Coluna Cervical <input type="checkbox"/>	Varizes <input type="checkbox"/>
Constipação Intestinal <input type="checkbox"/>	Doença Reumática <input type="checkbox"/>	Hepatopatia <input type="checkbox"/>	Patologia Coluna Dorsal <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
Dermatoses <input type="checkbox"/>	Doenças dos Rins <input type="checkbox"/>	Hérnia <input type="checkbox"/>	Patologia Coluna Lombar <input type="checkbox"/>	

Se outros quais? _____

Existem Queixas? Sim ☐ Não ☐ Existe limitação? Sim ☐ Não ☐ Qual? _____Exame clínico com alteração? Sim ☐ Não ☐ Qual? _____

Se necessário, quais recomendações? _____

Conclusão: Apto ☐ Inapto ☐ Lentes (óculos) Sim ☐ Não ☐ Snellen Normal ☐ Alterado ☐

Exames Complementares: _____

*Importante: Casos de Inaptidão deverão ser comunicadas antes da liberação dos ASOs demissionais e Retorno ao Trabalho por telefone ou fax Dpto. de Credenciamento, caso contrário, avaliar adequadamente (clínico e complementares) documentando-se para eventuais questionamentos das empresas.

Tel: (11) 3266-8166 / Setor de Atendimento Técnico - SAT
Ramal 120 ou 129
E-mail: sat@engemed.med.br

04_A_2018090512573261632



Assinatura do Médico
(Carimbo/Nome Legível)

0447614871