



**GSO**

Medicina Ocupacional

Esteio /RS - Santo Amaro Nº. 316 - Centro (51) 3033-3318.  
Porto Alegre /RS - Otávio Rocha, 115 - 19º andar - Centro (51) 3072-6486.  
Rio Grande /RS - Duque de Caxias, Nº. 347- Centro (53) 3035-2051.  
Triunfo Polo Petroquímico/RS - Rodovia TF 10, KM33 ,32445-3º Rincão dos Pinheiros (51) 3457-3097

5

Razão social:	Reviver Saude Serviços Especializados em Med. e Segurança do Trabalho LTDA	CPF:	010.505.780-07
Nome do funcionário:	Advandra Souza De Paula	ID:	406721

Exames a serem realizados:

Exame Clínico

**Identificação do Paciente**

Empresa:	Tempo de Serviço: ____ Ano ____ Meses		
Unidade/Posto de Trabalho:	Função/ Cargo:	Setor:	
Nome do Paciente: <u>Adriandra S. de Paula</u>			
Estado Civil:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	RG:	Cidade/Estado:
Data de Nascimento: <u>02/04/1980</u>	Idade: ____ anos	Telefone: <u>051 998957984</u>	

**Tipo de Exame**

Admissional	<input checked="" type="checkbox"/>	Periódico	<input type="checkbox"/>
Demissional	<input type="checkbox"/>	Mudança de função	<input type="checkbox"/>
Avaliação Clínica	<input type="checkbox"/>	Retorno ao trabalho	<input type="checkbox"/>

Afastamento INSS?	( ) Sim ( ) Não
Data afastamento	____/____/____
Quantidade de dias?	<u>2</u>

**Antecedentes familiares**

Seu pai, sua mãe, avós, tios, irmãos ou primos, já tiveram alguma das doenças abaixo?

Doença	Sim	Não	Indicar quem
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Derrame?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doença no coração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pressão Alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Câncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Relacione as últimas empresas em que você trabalhou?**

Empresa:	
Função:	Tempo de empresa:
Empresa:	
Função:	Tempo de empresa:
Empresa:	
Função:	Tempo de empresa:

**Antecedentes pessoais**

Informações Extras	Sim	Não
Já foi operado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do que?	<u>Lesão medular / lesão</u>	
Já foi internado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual motivo?		
Possui deficiência física?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?		

**Apresenta alguma doença/sintoma abaixo?**

Doença / Sintomas	Sim	Não	Observação	Doença / Sintomas	Sim	Não	Observação
Dificuldade visual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( ) Longe ( ) Perto	Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dor de cabeça Frequente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tonturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Varizes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doença ou dor de garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Doença do rim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doença do coração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hérnia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitações no peito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dores nas costas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pressão Alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dores no ombro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inchaço ou Articulações inchadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Doença de Pele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falta de ar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma, Bronquite, Tosse Crônica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nervosismo, Irritação, Depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Má digestão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alterações do sono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastrite ou Úlcera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Outros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Hábitos e Vícios**

Doença / Sintomas	Sim	Não	Observação
Pratica esportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
É fumante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usa drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consome bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Outras informações**

Informações complementares	Sim	Não
Está fazendo uso de algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Qual?		
Outro problema que gostaria de informar ao médico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Qual?		

**Informações sobre o INSS**

	Sim	Não
Tem alguma lesão física devido ao trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Já esteve afastado pelo INSS por alguma doença?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Já esteve afastado pelo INSS por acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Já esteve afastado pelo INSS por doença de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Observação**

Declaro ser verdade todas as informações por mim prestadas para este questionário.

Cidade / Município: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: [Assinatura]



## Preenchimento Exclusivamente Médico

## Mulheres

Antecedentes ginecológicos:		Data da última menstruação:	06/01/21
Queixas Menstruais:	N		
Outros (Mamas, Anticoncepção):	N		

## Exame Físico

Altura:	1,59	Peso:	98	PA:	130x90	Pulso/FC:		Temp:	
---------	------	-------	----	-----	--------	-----------	--	-------	--

Especificações	X	Com alteração	X	Sem alteração	Especificações	X	Com alteração	X	Sem alteração
Cabeça e Pescoço				✓	Deformidades				
Coração				✓	Atrofias				
Pulmões				✓	Edemas				
Abdômen				✓	Cistos Sinoviais				
Coluna Cervical				✓	Limitação à movimentação				
Coluna Dorsal				✓	Diminuição da Força				
Coluna Lombo Sacra				✓	Parestesias				
Pele				✓	Sintomas às manobras				
Membros inferiores				✓	Dor (Palpitação/Movimentação)				
Membros superiores				✓	Outros:				

## Exame médico - Outras informações

*[Handwritten signature]*

## Exames Complementares

Hipótese Diagnóstica:

Conduta:

☒ Apto para função de:

☐ Apto com restrição para função de:

☐ Inapto para função de:

Cidade / Município: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Cidade / Município: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico Examinador (Assinatura e Carimbo)

Médico Coordenador (Assinatura e Carimbo)

Dr. Miguel Luiz Carlet  
Clínico Geral - CRM 8173  
Médico do Trabalho nº 562

*[Handwritten signature]*



## ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

LGK TRANSPORTES DE CARGAS LTDA

20/01/2021

## Empresa

Razão Social:	LGK Transportes de Cargas Ltda		
CNPJ:	13.153.590/0001-34		
Endereço:	Rua Duque de Caxias 1279	Bairro:	Bom Jesus
Cidade/UF:	São José dos Pinhais/PR	CEP:	83025-060

## Funcionário

Nome:	Advandra Souza de Paula		
Código :	19601		
RG / CPF :	4095530178 / 010.505.780-07	Orgão Emissor:	
Nascimento/Idade:	02/04/1980 - 40	Sexo:	Feminino
Cargo:	Auxiliar Logística	Função:	Auxiliar de Logística
Sector:	Logística		

## Médico Coordenador do PCMSO

Nome:	Dr. José Manoel da Silva Jr.		
PR:	5076 / PR		
Endereço:	Rua Barão do Rio Branco, 135, Sobreloja	Cidade/ UF:	Curitiba / PR
Bairro:	Centro		
Telefone:	(41) 3023-9494 / (41) 9186-5353		

## Riscos

Ergonômicos: Postural (Atividades Diversas) .

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:

Admissional

## Avaliação Clínica e Exames Realizados

20/01/2021 Avaliação Clínica Ocupacional

## Parecer

☒ Apto para função ☐ Inapto para função

## Observações

Declaro ter recebido cópia deste atestado em

Dr.  
CRM: / PR

Dr. Miguel Luiz Carlet  
Clínico Geral - CRM 8173  
Médico do trabalho nº 562

ASP  
Advandra Souza de Paula