

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| EXAME MÉDICO ADMISSIONAL - ANAMNESE/EXAME FÍSICO   |   |  |  |  |
| Funcionário: ANDERSON GONÇALVES DOS SANTOS   |   | Sexo: Masculino                                      | RG: 9158288  | DN: 24/05/1996                                       |
| Empresa: PROCEL PROJETOS E CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS LTDA  |   | Função: SERVENTE                                     |  |  |
| ANAMNESE OCUPACIONAL (QUESTIONÁRIO). CASO NECESSÁRIO, DISCRIMINAR EM OBSERVAÇÕES.  |   |  |  |  |
| APRESENTA SINTOMATOLOGIA HABITUAL (NÃO EVENTUAL) NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - REGISTRAR APENAS ITENS POSITIVOS   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Artralgias  | <input type="checkbox"/> Aumento de peso          | <input type="checkbox"/> Azia/pirose                 | <input type="checkbox"/> Cansaço fácil               | <input type="checkbox"/> Cefaléia                    |
| <input type="checkbox"/> Chiado no peito   | <input type="checkbox"/> Convulsões/ataque        | <input type="checkbox"/> Deambulação difícil         | <input type="checkbox"/> Desmaio/inconsciência       | <input type="checkbox"/> Diarréia                    |
| <input type="checkbox"/> Dor abdominal   | <input type="checkbox"/> Dor torácica             | <input type="checkbox"/> Emagrecimento               | <input type="checkbox"/> Falta de ar                 | <input type="checkbox"/> Fraqueza                    |
| <input type="checkbox"/> Icterícia   | <input type="checkbox"/> Insônia                  | <input type="checkbox"/> Lesões descamativas         | <input type="checkbox"/> Medo de altura              | <input type="checkbox"/> Medo de lugares fechados    |
| <input type="checkbox"/> Mialgias  | <input type="checkbox"/> Ortopnéia                | <input type="checkbox"/> Palpitações                 | <input type="checkbox"/> Perda de apetite            | <input type="checkbox"/> Perda de coordenação        |
| <input type="checkbox"/> Perda de força MI's   | <input type="checkbox"/> Perda de força MS's      | <input type="checkbox"/> Poliúria                    | <input type="checkbox"/> Prurido no corpo            | <input type="checkbox"/> Restrição de movimentos     |
| <input type="checkbox"/> Sangramentos anormais   | <input type="checkbox"/> Sede intensa             | <input type="checkbox"/> Sintomas de ansiedade       | <input type="checkbox"/> Sintomas depressivos        | <input type="checkbox"/> Sonolência exagerada        |
| <input type="checkbox"/> Tonturas/vertigens  | <input type="checkbox"/> Tosse crônica            | <input type="checkbox"/> Tremores                    | <input type="checkbox"/> Zumbidos                    | <input type="checkbox"/> Outros sintomas             |
| <input type="checkbox"/> DOR, DESCONFORTO, FORMIGAMENTO OU SENSÇÃO DE PERDA DE FORÇA - ESPECIFICAR LOCAL NOS ITENS A SEGUIR  |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> MEMBRO SUP. DIREITO: <input type="checkbox"/> Ombro <input type="checkbox"/> Cotovelo <input type="checkbox"/> Punho <input type="checkbox"/> Mão <input type="checkbox"/> MEMBRO SUP. ESQUERDO: <input type="checkbox"/> Ombro <input type="checkbox"/> Cotovelo <input type="checkbox"/> Punho <input type="checkbox"/> Mão                     |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Membro inferior direito <input type="checkbox"/> Membro inferior esquerdo <input type="checkbox"/> Nuca <input type="checkbox"/> Parte superior das costas <input type="checkbox"/> Região lombar <input type="checkbox"/> Outros locais:   |   |  |  |  |
| APRESENTA PATOLOGIA COM DIAGNÓSTICO DEFINIDO EM TRATAMENTO? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - REGISTRAR APENAS ITENS POSITIVOS  |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Ansiedade                | <input type="checkbox"/> Arritmias                   | <input type="checkbox"/> Artrite reumatóide          | <input type="checkbox"/> Artroses                    |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Bronquite crônica        | <input type="checkbox"/> Cirrose                     | <input type="checkbox"/> Coronariopatias             | <input type="checkbox"/> Depressão                   |
| <input type="checkbox"/> Dermatite crônica   | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Dislipidemias               | <input type="checkbox"/> Distúrbio bipolar           | <input type="checkbox"/> Doença osteomusc. (2) citar |
| <input type="checkbox"/> Enxaqueca   | <input type="checkbox"/> Epilepsia                | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                | <input type="checkbox"/> Gastrites/úlceras           | <input type="checkbox"/> Gota                        |
| <input type="checkbox"/> Hepatite crônica  | <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo         | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo             | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca      | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal         |
| <input type="checkbox"/> Labirintopatia  | <input type="checkbox"/> Lúpus eritematoso        | <input type="checkbox"/> Oftalmopatias               | <input type="checkbox"/> Otopatias                   | <input type="checkbox"/> Parkinson                   |
| <input type="checkbox"/> Pressão alta  | <input type="checkbox"/> Psicose                  | <input type="checkbox"/> Rinite/sinusite crônica     | <input type="checkbox"/> Rinite sazonal              | <input type="checkbox"/> Outras patologias           |
| <input type="checkbox"/> CÂNCER - especificar  | <input type="checkbox"/> Aparelho digestivo       | <input type="checkbox"/> Brônquios e do pulmão       | <input type="checkbox"/> Cabeça/pescoço              | <input type="checkbox"/> Cavidade nasal              |
| <input type="checkbox"/> Seios paranasais  | <input type="checkbox"/> Leucemia                 | <input type="checkbox"/> Linfomas                    | <input type="checkbox"/> Pele                        | <input type="checkbox"/> Outros tipos de câncer      |
| Patologias diagnosticadas estão estabilizadas? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não - citar:   |   |  |  |  |
| APRESENTA HISTÓRICO PREGRESSO DE DOENÇAS/CIRURGIAS/FRATURAS? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - REGISTRAR APENAS ITENS POSITIVOS   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Ansiedade                | <input type="checkbox"/> Arritmias                   | <input type="checkbox"/> Artrite reumatóide          | <input type="checkbox"/> Asma                        |
| <input type="checkbox"/> Bronquite crônica   | <input type="checkbox"/> Câncer                   | <input type="checkbox"/> Cirrose                     | <input type="checkbox"/> Coronariopatias             | <input type="checkbox"/> Depressão                   |
| <input type="checkbox"/> Dermatite crônica   | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Dislipidemias               | <input type="checkbox"/> Distúrbio bipolar           | <input type="checkbox"/> Doença osteomusc. (2) citar |
| <input type="checkbox"/> Enxaqueca   | <input type="checkbox"/> Epilepsia                | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                | <input type="checkbox"/> Gastrites/úlceras           | <input type="checkbox"/> Gota                        |
| <input type="checkbox"/> Hepatite crônica  | <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo         | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo             | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca      | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal         |
| <input type="checkbox"/> Labirintopatia  | <input type="checkbox"/> Lúpus eritematoso        | <input type="checkbox"/> Oftalmopatias               | <input type="checkbox"/> Otopatias                   | <input type="checkbox"/> Parkinson                   |
| <input type="checkbox"/> Pressão alta  | <input type="checkbox"/> Psicose                  | <input type="checkbox"/> Rinite/sinusite crônica     | <input type="checkbox"/> Rinite sazonal              | <input type="checkbox"/> Outras patologias           |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomia  | <input type="checkbox"/> Colectomia               | <input type="checkbox"/> Fratura óssea (s/ cirurgia) | <input type="checkbox"/> Fratura óssea (c/ cirurgia) | <input type="checkbox"/> Herniorrafias               |
| <input type="checkbox"/> Varizes   | <input type="checkbox"/> Outras cirurgias - citar |  |  |  |
| ANTITETÂNICA: <input checked="" type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Ausente TABAGISMO: <input type="checkbox"/> Prévio <input type="checkbox"/> Atual <input checked="" type="checkbox"/> Ausente ETILISMO: <input type="checkbox"/> Prévio <input type="checkbox"/> Atual <input checked="" type="checkbox"/> Ausente |   |  |  |  |
| DIFICULDADE AUDITIVA? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim DIFICULDADE VISUAL? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - citar em observações USA LENTES CORRETIVAS? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  |   |  |  |  |
| HISTÓRICO LABORAL: <input type="checkbox"/> 1º emprego <input type="checkbox"/> Atividades anteriores:   |   |  |  |  |
| EXAME FÍSICO E MENTAL  |   |  |  |  |
| 01. Peso: 60 Kg 02. Altura: 1,70 m 03. Aspecto geral adequado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 04. TA 120/80 mmHg 05. FC 80 bpm T:36   |   |  |  |  |
| 06. Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada 07. Equilíbrio: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado 08. Tremores? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim   |   |  |  |  |
| 09. Exame mental/psíquico <input type="checkbox"/> Normal - lúcido, orientado, coerente, senso crítico preservado <input type="checkbox"/> Alterado - especificar em observações   |   |  |  |  |
| 10. Fala <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada - especificar   |   |  |  |  |
| 11. Movimentos articulares <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alterados - especificar   |   |  |  |  |
| 12. Pele/anexos <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alterados - especificar  |   |  |  |  |
| 13. Mucosas <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alteradas - especificar  |   |  |  |  |
| 14. Cabeça/pescoço <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alterados - especificar   |   |  |  |  |
| 15. Olhos <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alterados - especificar  |   |  |  |  |
| 16. Tórax <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado - especificar  |   |  |  |  |
| 17. Ausculta cardíaca <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada - especificar  |   |  |  |  |
| 18. Ausculta respiratória <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada - especificar  |   |  |  |  |
| 19. Abdômen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado - especificar  |   |  |  |  |
| 20. Hérnias <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Presentes - especificar   |   |  |  |  |
| 21. Coluna vertebral <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada - especificar   |   |  |  |  |
| 22. Membros superiores <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alterados - especificar   |   |  |  |  |
| 23. Membros inferiores <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alterados - especificar   |   |  |  |  |
| 24. Presença de varizes? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - especificar   |   |  |  |  |
| 25. Otoscopia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada - especificar  |   |  |  |  |
| 26. Cicatrizes chamativas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - especificar   |   |  |  |  |
| Outras doenças (tratamento)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - especificar   |   |  |  |  |
| PDH? Reabilitado do INSS? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - especificar  |   |  |  |  |
| Observações adicionais? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - especificar  |   |  |  |  |

Assinatura do funcionário / Data



ASO (ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL) DO EXAME MÉDICO ADMISSIONAL

|   |  |  |               |
|---|--|--|---------------|
| Nome do funcionário:  | ANDERSON GONÇALVES DOS SANTOS                |  |               |
| Identificação (RG):   | 9158288                                      |  |               |
| Empresa:  | PROCEL PROJETOS E CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS LTDA |  |               |
| Função:   | SERVENTE                                     |  |               |
| Setor:  | LINHAS DE TRANSMISSÃO                        |  |               |
| EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL - FUNÇÃO/SETOR  |  |  |               |
| RISCO   | AGENTE                                       | EXPOSIÇÃO  | INTENSIDADE   |
| Físico  | Elettricidade                                | Intermitente   | >250 Volts    |
| Físico  | Radiação ultravioleta (exposição solar)      | Intermitente   | Não aplicável |
| Físico  | Ruído  | Habitual   | 75,96 dB(A)   |
| Físico  | Vibrações de corpo inteiro                   | Intermitente   | 0,47 m/s²     |
| Ergonômico  | Esforço físico                               | Intermitente   | Moderada      |
| AVALIAÇÕES MÉDICAS/EXAMES COMPLEMENTARES  |  |  |               |
| DATA  | EXAME  |  |               |
|   | Médico (avaliação clínica)                   |  |               |
|   | Glicemia de jejum                            |  |               |
|   | Hemograma (anual)                            |  |               |
| CONDIÇÕES DE AMOSTRAGEM PARA OS EXAMES COMPLEMENTARES   |  |  |               |
| GLICEMIA: Trabalhador orientado para realizar coleta de sangue para análise de glicemia em jejum. HEMOGRAMA COM PLAQUETAS: Trabalhador poderá coletar sangue sem recomendações específicas.   |  |  |               |
| Audiometria não indicada por tratar-se de exposição que não ultrapassa nível de ação do agente ruído (80 dB(A)).  |  |  |               |
| Atesto para os devidos fins, em cumprimento da NR 07 (Norma Regulamentadora nº 07) do Ministério do Trabalho e Emprego, da Portaria nº 3.214 (08/06/1978), atualizações conforme Portaria SIT nº 223, 06/05/2011 e Portaria SIT nº 226, 10/06/2011, que o funcionário acima referido está sendo avaliado para a realização das atividades laborativas previstas para o cargo/função acima registrado e considerado: |  |  |               |
| <div>APTO ( ) INAPTO</div>  |  |  |               |
| Apto a realizar atividades com ELETRICIDADE (conforme item 10.8.7 da NR 10)?  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não ( ) Não avaliado ou não pertinente                       |               |
| Apto a realizar atividades em ESPAÇOS CONFINADOS (conforme item 33.3.4.1 da NR 33)?   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não ( ) Não avaliado ou não pertinente                       |               |
| Apto a realizar atividades em ALTURA (conforme item 35.4.1.2.1 da NR 35)?   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não ( ) Não avaliado ou não pertinente                       |               |
| Apto a realizar atividades em máquinas?   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não ( ) Não avaliado ou não pertinente                       |               |
| MÉDICO(A) EXAMINADOR(A)   |  | COORDENADOR(A) DO PCMSO  |               |
| <div>Carimbo c/ CRM e endereço ou forma de contato</div>  |  | <div>Dr. Cláudio Luis Friedrich<br/>CREMERS 18711<br/>(55) 99997-9750<br/>claudio@serplamed.com.br</div> |               |
| Assinatura do(a) médico(a) examinador(a)  |  |  |               |
| Data de emissão do ASO:   |  | 13/12/21   |               |
| Eu, funcionário identificado neste exame médico ocupacional, declaro estar ciente do resultado e ter recebido a 2ª via do ASO (1ª via da empresa).  |  |  |               |
| Anderson Gonçalves dos Santos   |  |  |               |

RESPONSABILIDADE TÉCNICA: Dra. Renata Padilha de Souza - CRBM-5 nº 1851

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| PACIENTE                      | DATA       |
| ANDERSON GONCALVES DOS SANTOS | 11/03/2021 |
| EMPRESA                       | Nº PEDIDO  |
|                               | 76788-08   |

RESULTADO

**GLICOSE**

Material: Plasma fluoretado  
Método: Enzimático/ Automatizado

**89,0 mg/dL**

Valores de referência:  
75,0 a 99,0 mg/dL

Últimos Resultados:



Conferido eletronicamente: Dra. Vitoria Marques - CRBM: 5080

RESPONSABILIDADE TÉCNICA: Dra. Renata Padilha de Souza - CRBM-5 nº 1851

PACIENTE  
ANDERSON GONCALVES DOS SANTOS  
EMPRESA

DATA  
11/03/2021  
Nº PEDIDO  
76788-08

RESULTADO

HEMOGRAMA

|              |        |                         |                  |                                     |
|--------------|--------|-------------------------|------------------|-------------------------------------|
| Eritrócitos: | 4,96   | milhões/mm <sup>3</sup> |                  | Valores de Referência:              |
| Hemoglobina: | 16,6   | g/dL                    |                  | 4,50 a 6,00 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Hematócrito: | 50,1   | %                       |                  | 13,0 a 18,0 g/dL                    |
| VCM:         | 101,0  | fL                      |                  | 41,0 a 54,0 %                       |
| HCM:         | 33,5   | pg                      |                  | 80,0 a 100,0 fL                     |
| CHCM:        | 33,1   | g/dL                    |                  | 27,0 a 31,0 pg                      |
| RDW:         | 13,1   |                         |                  | 31,0 a 35,0 g/dL                    |
| Leucócitos:  | 8.000  | /mm <sup>3</sup>        |                  | 11,5 a 15,0                         |
| Bastões:     | 0,0 %  | 0                       | /mm <sup>3</sup> | 3000 a 12000 /mm <sup>3</sup>       |
| Segmentados: | 59,3 % | 4.744                   | /mm <sup>3</sup> | Absoluto (/mm <sup>3</sup> )        |
| Eosinófilos: | 4,3 %  | 344                     | /mm <sup>3</sup> | 0 a 600                             |
| Basófilos:   | 0,6 %  | 48                      | /mm <sup>3</sup> | 1800 a 10000                        |
| Monócitos:   | 12,9 % | 1.032                   | /mm <sup>3</sup> | 0 a 600                             |
| Linfócitos:  | 22,9 % | 1.832                   | /mm <sup>3</sup> | 0 a 400                             |

Material: Sangue  
Método: Citometria de fluxo e microscopia

Últimos resultados:  
Leucócitos:  
Eritrócitos:  
Hemoglobina:  
Hematócrito:

Os valores de referência acima informados são por sexo e/ou faixa etária.

 Conferência Eletrônica Dra. Arianá Laassoub da Silveira- CRBM-5-3906