

EXAME MÉDICO DE MUDANÇA DE FUNÇÃO - ANAMNESE/EXAME FÍSICO

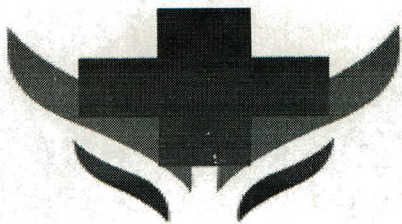
Funcionário: MAIKON MARCELO PEREIRA DE LIMA		Sexo: Masculino	RG: 10340110	DN: 16/09/2000
Empresa: PROCEL PROJETOS E CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS LTDA		Função: AUXILIAR DE MONTADOR DE ESTRUTURAS...		
ANAMNESE OCUPACIONAL (QUESTIONÁRIO). CASO NECESSÁRIO, DISCRIMINAR EM OBSERVAÇÕES.				
APRESENTA SINTOMATOLOGIA HABITUAL (NÃO EVENTUAL) NOS ÚLTIMOS 12 MESES? () NÃO () SIM - REGISTRAR APENAS ITENS POSITIVOS				
() Artralgias	() Aumento de peso	() Azia/pirose	() Cansaço fácil	() Cefaléia
() Chiado no peito	() Convulsões/ataque	() Deambulação difícil	() Desmaio/inconsciência	() Diarréia
() Dor abdominal	() Dor torácica	() Emagrecimento	() Falta de ar	() Fraqueza
() Icterícia	() Insônia	() Lesões descamativas	() Medo de altura	() Medo de lugares fechados
() Mialgias	() Ortopnéia	() Palpitações	() Perda de apetite	() Perda de coordenação
() Perda de força MI's	() Perda de força MS's	() Poliúria	() Prurido no corpo	() Restrição de movimentos
() Sangramentos anormais	() Sede intensa	() Sintomas de ansiedade	() Sintomas depressivos	() Sonolência exagerada
() Tonturas/vertigens	() Tosse crônica	() Tremores	() Zumbidos	() Outros sintomas
() DOR, DESCONFORTO, FORMIGAMENTO OU SENSAÇÃO DE PERDA DE FORÇA - ESPECIFICAR LOCAL NOS ITENS A SEGUIR				
() MEMBRO SUP. DIREITO: () Ombro () Cotovelo () Punho () Mão () MEMBRO SUP. ESQUERDO: () Ombro () Cotovelo () Punho () Mão				
() Membro inferior direito () Membro inferior esquerdo () Nuca () Parte superior das costas () Região lombar () Outros locais:				
APRESENTA PATOLOGIA COM DIAGNÓSTICO DEFINIDO EM TRATAMENTO? () NÃO () SIM - REGISTRAR APENAS ITENS POSITIVOS				
() Anemia	() Ansiedade	() Arritmias	() Artrite reumatóide	() Artroses
() Asma	() Bronquite crônica	() Cirrose	() Coronariopatias	() Depressão
() Dermatite crônica	() Diabetes	() Dislipidemias	() Distúrbio bipolar	() Doença osteomusc. (2) citar
() Enxaqueca	() Epilepsia	() Fibromialgia	() Gastrites/úlceras	() Gota
() Hepatite crônica	() Hipertireoidismo	() Hipotireoidismo	() Insuficiência cardíaca	() Insuficiência renal
() Labirintopatia	() Lúpus eritematoso	() Oftalmopatias	() Otopatias	() Parkinson
() Pressão alta	() Psicose	() Rinite/sinusite crônica	() Rinite sazonal	() Outras patologias
() CÂNCER - especificar	() Aparelho digestivo	() Brônquios e do pulmão	() Cabeça/pescoço	() Cavidade nasal
() Seios paranasais	() Leucemia	() Linfomas	() Pele	() Outros tipos de câncer
Patologias diagnosticadas estão estabilizadas? () Sim () Não - citar:				
APRESENTA HISTÓRICO PREGRESSO DE DOENÇAS/CIRURGIAS/FRATURAS? () NÃO () SIM - REGISTRAR APENAS ITENS POSITIVOS				
() Anemia	() Ansiedade	() Arritmias	() Artrite reumatóide	() Asma
() Bronquite crônica	() Câncer	() Cirrose	() Coronariopatias	() Depressão
() Dermatite crônica	() Diabetes	() Dislipidemias	() Distúrbio bipolar	() Doença osteomusc. (2) citar
() Enxaqueca	() Epilepsia	() Fibromialgia	() Gastrites/úlceras	() Gota
() Hepatite crônica	() Hipertireoidismo	() Hipotireoidismo	() Insuficiência cardíaca	() Insuficiência renal
() Labirintopatia	() Lúpus eritematoso	() Oftalmopatias	() Otopatias	() Parkinson
() Pressão alta	() Psicose	() Rinite/sinusite crônica	() Rinite sazonal	() Outras patologias
() Apendicectomia	() Colectomia	() Fratura óssea (s/ cirurgia)	() Fratura óssea (c/ cirurgia)	() Herniorrafias
() Varizes	() Outras cirurgias - citar			
ANTITETÂNICA: <input checked="" type="checkbox"/> Completa () Incompleta () Ausente TABAGISMO: () Prévio () Atual <input checked="" type="checkbox"/> Ausente ETILISMO: () Prévio () Atual <input checked="" type="checkbox"/> Ausente				
DIFICULDADE AUDITIVA? <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim DIFICULDADE VISUAL? <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim - citar em observações USA LENTES CORRETIVAS? <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim				
ACIDENTES DE TRABALHO NA EMPRESA ATUAL? <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim. Quais? Há quanto tempo?				
EXAME FÍSICO E MENTAL				
01. Peso: 90 Kg	02. Altura: 1,60 m	03. Aspecto geral adequado? () Sim () Não	04. TA: 120/70 mmHg	05. FC: bpm
06. Deambulação: () Normal () Alterada 07. Equilíbrio: () Normal () Alterado 08. Tremores? () Não () Sim				
09. Exame mental/psíquico () Normal - lúcido, orientado, coerente, senso crítico preservado () Alterado - especificar em observações				
10. Fala	() Normal	() Alterada - especificar		
11. Movimentos articulares	() Normais	() Alterados - especificar		
12. Pele/anexos	() Normais	() Alterados - especificar		
13. Mucosas	() Normais	() Alteradas - especificar		
14. Cabeça/pescoço	() Normais	() Alterados - especificar		
15. Olhos	() Normais	() Alterados - especificar		
16. Tórax	() Normal	() Alterado - especificar		
17. Ausculta cardíaca	() Normal	() Alterada - especificar		
18. Ausculta respiratória	() Normal	() Alterada - especificar		
19. Abdômen	() Normal	() Alterado - especificar		
20. Hérnias	() Ausentes	() Presentes - especificar		
21. Coluna vertebral	() Normal	() Alterada - especificar		
22. Membros superiores	() Normais	() Alterados - especificar		
23. Membros inferiores	() Normais	() Alterados - especificar		
24. Presença de varizes?	() Não	() Sim - especificar		
25. Otoscopia	() Normal	() Alterada - especificar		
26. Cicatrizes chamativas?	() Não	() Sim - especificar		
Outras doenças (tratamento)? () Não () Sim - especificar				
PDH? Reabilitado do INSS? () Não () Sim - especificar				
Observações adicionais? () Não () Sim - especificar				

Assinatura do funcionário / Data

Dr. Oscar E. Meza Rubi
Médico do Trabalho
CRM 5848Exame médico de mudança de função de MAIKON MARCELO PEREIRA DE LIMA
PROCEL PROJETOS E CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS LTDA

EXAME MÉDICO DE MUDANÇA DE FUNÇÃO - GESTÃO PARA O PCMSO					
FUNÇÃO: AUXILIAR DE MONTADOR DE ESTRUTURAS METÁLICAS LT			SETOR: LINHAS DE TRANSMISSÃO		
EXPOSIÇÃO A RISCOS AMBIENTAIS DE TRABALHO					
AGENTE	EXPOSIÇÃO	INTENSIDADE	NÍVEL DE AÇÃO	LIMITE DE TOLERÂNCIA	
Radiação ultravioleta (exposição solar)	Intermitente	Não aplicável	Exposição habitual	Inexistente	
Cimento (óxidos, cromatos)	Intermitente	Baixa	Não aplicável.	Não aplicável.	
Esforço físico	Intermitente	Moderada	Não aplicável	Não aplicável	
Registrar (na relação abaixo) danos à saúde constantes no exame médico (ou evidenciados nos exames complementares como disfunção de órgão ou sistema biológico). Para cada dano, analise qual a situação aplicável ao quadro em relação ao agente ambiental: (A) Sem relação; (B) Possível relação - desencadeamento; (C) Possível relação - estável; (D) Possível relação - agravamento; (E) Agravamento não relacionado ao agente.					
RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA (EXPOSIÇÃO SOLAR): (1) Câncer (pele), (2) Ceratose actínica, (3) Corrosão da pele.			Nenhum	Item:	
CIMENTO (ÓXIDOS, CROMATOS): (1) Dermatite de contato, (2) Irritação ocular, (3) Lesões ungueais, (4) Queimadura ocular.			Nenhum	Item:	
Em caso de relato doença osteomuscular ou sintomatologia (dor, desconforto, formigamentos ou perda de força), responder quesitos abaixo.					
(1) Quadro é crônico (não eventual ou esporádico)?			Não	Sim - ver item 2	
(2) Quadro progressivo, com diminuição de latência, relacionado com o trabalho, alívio com repouso?			Não	Sim - ver item 3	
(3) Tempo de atividades na empresa e intensidade suficientes de exposição para produzir ou agravar quadro?			Não	Sim - ver item 4	
(4) No caso de doenças osteomusculares ou dor crônica passíveis de ser por quadro de DORT, apresenta postura de risco ou movimento crítico relacionado a estes quadros? () Não () Sim - discriminar ao lado	() Elevação, rotação ou abdução de ombros (especialmente > 90°)		Eventual	Habitual - meses:	
	() Movimentos repetitivos cotovelos		Eventual	Habitual - meses:	
	() Movimentos repetitivos mãos ou punhos		Eventual	Habitual - meses:	
	() Desvios de eixo de punhos		Eventual	Habitual - meses:	
	() Desvios de eixo/torções de coluna lombar		Eventual	Habitual - meses:	
	() Transporte manual de cargas > 3Kg		Eventual	Habitual - meses:	
	() Outros - especificar:		Eventual	Habitual - meses:	
(5) Considerando respostas positivas aos itens 1, 2, 3 e 4, suspeita de DORT - especificar provável quadro:					
ATIVIDADES ENVOLVEM SITUAÇÕES DE RISCO DE ACIDENTES GRAVES? VIDE ABAIXO (*)			NÃO	X	SIM
ATIVIDADES ESPECIAIS REALIZADAS: (X) com eletricidade (X) em espaços confinados (X) em altura (X) em máquinas () motorista profissional					
(*) Caso a atividade envolva situações de risco de acidentes graves (motoristas profissionais, trabalhos em espaços confinados, em alturas e com eletricidade): Trabalhadores deverão realizar avaliação médica com ênfase nas patologias que possam gerar mal súbito (neuroológicas, cardiovasculares, psiquiátricas). Serão considerados inaptos a realizar atividades com eletricidade, em espaços confinados, em alturas superiores a 2m com risco de quedas e motoristas profissionais aqueles trabalhadores que estejam com (01) patologias descompensadas que possam gerar mal súbito (neuroológicas, cardiovasculares, psiquiátricas), apresentem (02) dificuldades visuais significativas, apresentem (03) dificuldades auditivas significativas, apresentem (04) alterações ao exame clínico indicativas de menor capacidade de reação a situações de risco ou apresentem (05) epilepsia com histórico de convulsões há menos de 1 ano obstante tratamento regular. Caso seja considerado apto a realizar atividades nestas condições, consignar no ASO esta aptidão. Lembrar que EEG alterado não é critério de inaptidão. A critério do médico examinador, encaminhar para avaliação neurológica.					
REALIZADA AVALIAÇÃO MÉDICA PARA EXECUTAR AS ATIVIDADES COM RISCO DE ACIDENTES GRAVES?			Não	X	Sim
CASO TENHA SIDO AVALIADO, CONSIDERADO: <input checked="" type="checkbox"/> APTO () INAPTO. MOTIVO DA INAPTIDÃO: () (01) () (02) () (03) () (04) () (05) () Outros					
MÉDICO(A) EXAMINADOR(A)/COORDENADOR(A) DO PCMSO: CONDUTAS A SEREM ADOTADAS PARA O PRESENTE EXAME					
Necessário avaliar condições de trabalho quanto à necessidade de adoção de medidas de controle?			<input checked="" type="checkbox"/> Não		Sim
Solicitar que empresa emita CAT? (Doenças ocupacionais confirmadas/suspeitas, desencadeamento/agravamento)			<input checked="" type="checkbox"/> Não		Sim
Necessário afastamento do trabalhador da exposição ao risco ou do trabalho?			<input checked="" type="checkbox"/> Não		Sim
Necessário encaminhamento à Previdência Social para avaliar nexos causal e capacidade?			<input checked="" type="checkbox"/> Não		Sim
Necessário encaminhamento para avaliação complementar?			<input checked="" type="checkbox"/> Não		Sim
RESULTADO FINAL DO EXAME MÉDICO: Funcionário considerado () APTO () INAPTO para realizar atividades laborativas habituais.					
Apto com restrições para o trabalho? () Não () Sim - especificar:					
Apto com recomendações específicas? () Não () Sim - especificar:					
Funcionário identificado declara que as informações prestadas neste exame médico são verdadeiras, estando ciente e concordando com suas anotações. Autoriza ao médico examinador e coordenador/responsável pelo PCMSO expor para a empresa informações prestadas, a divulgação do CID de eventuais patologias e eventuais recomendações médicas ou legais, com quebra de sigilo médico por dever legal. Compromete-se em entregar o ASO na empresa e discutir as eventuais recomendações assinaladas, também se comprometendo em seguir as orientações recebidas neste documento. Exame médico formatado em conformidade com o artigo 1º da Resolução CFM 2.183/2018.					
Médico(a) examinador(a) - assinatura/data			Assinatura do funcionário		
Coordenador(a) do PCMSO: Dr. Cláudio Luis Friedrich - CREMERB 18711 - (55) 99997-9750 - claudio@serplamed.com.br					

Exame médico de mudança de função de MAIKON MARCELO PEREIRA DE LIMA
PROCEL PROJETOS E CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS LTDA



GSO[®]
Medicina Ocupacional

RQ 22 - Protocolo de Entrega de Exames

EMPRESA: Serplamed - Serviços de Planejamento e Assessoria em Medicina do Trabalho LTDA - EPP

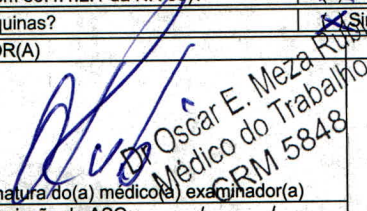
DATA: 01/06/2021

MAIKON MARCELO PEREIRA DE LIMA
2 vias do ASO

DECLARO QUE RECEBI AS PASTAS DOS COLABORADORES ACIMA COM OS DEVIDOS EXAMES MÉDICOS E COMPLEMENTARES.

ASSINATURA:

ASO (ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL) DO EXAME MÉDICO DE MUDANÇA DE FUNÇÃO

Nome do funcionário:	MAIKON MARCELO PEREIRA DE LIMA		
Identificação (RG):	10340110		
Empresa:	PROCEL PROJETOS E CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS LTDA		
Função:	AUXILIAR DE MONTADOR DE ESTRUTURAS METÁLICAS LT		
Sector:	LINHAS DE TRANSMISSÃO		
EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL - FUNÇÃO/SETOR			
RISCO	AGENTE	EXPOSIÇÃO	INTENSIDADE
Físico	Radiação ultravioleta (exposição solar)	Intermitente	Não aplicável
Químico	Cimento (óxidos, cromatos)	Intermitente	Baixa
Ergonômico	Esforço físico	Intermitente	Moderada
AVALIAÇÕES MÉDICAS/EXAMES COMPLEMENTARES			
DATA	EXAME		
	Médico (avaliação clínica)		
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> APTO () INAPTO			
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	
 Assinatura do(a) médico(a) examinador(a)		Dr. Cláudio Luis Friedrich CREMERS 18711 (55) 99997-9750 claudio@serplamed.com.br	
Carimbo c/ CRM e endereço ou forma de contato	Data de emissão do ASO: / /		
Eu, funcionário identificado neste exame médico ocupacional, declaro estar ciente do resultado e ter recebido a 2ª via do ASO (1ª via da empresa).			
