

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:			
APTO () INAPTO			
Apto a realizar atividades com ELETRICIDADE (conforme item 10.8.7 da NR 10)?		Sim () Não () Não avaliado ou não pertinente	
Apto a realizar atividades em ESPAÇOS CONFINADOS (conforme item 33.3.4.1 da NR 33)?		Sim () Não () Não avaliado ou não pertinente	
Apto a realizar atividades em ALTURA (conforme item 35.4.1.2.1 da NR 35)?		Sim () Não () Não avaliado ou não pertinente	
Apto a realizar atividades em máquinas?		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 CREMERS 18711 (55) 99997-9750 claudio@serplamed.com.br</div>	
Assinatura do(a) médico(a) examinador(a)			
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).			
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 ³		Valores de Referência:
Hemoglobina:	16,6	g/dL		4,50 a 6,00 milhões/mm ³
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 ³		11,5 a 15,0
Bastões:	0,0 %	0	/mm ³	3000 a 12000 /mm ³
Segmentados:	59,3 %	4.744	/mm ³	Absoluto (/mm ³)
Eosinófilos:	4,3 %	344	/mm ³	0 a 600
Basófilos:	0,6 %	48	/mm ³	1800 a 10000
Monócitos:	12,9 %	1.032	/mm ³	0 a 600
Linfócitos:	22,9 %	1.832	/mm ³	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. Arianne Laassoub da Silveira- CRBM-5-3906