

Guia de Encaminhamento de Exames



BENCORP MEDICINA OCUPACIONAL LTDA.

21/02/2025

Número da Guia	15918089
----------------	-----------------

Empresa	BENCORP MEDICINA OCUPACIONAL LTDA.		
Unidade	BENCORP OCUPACIONAL SP	CNPJ	14.574.632/0001-73
Funcionario	Janaina Silva		
RG	27.892.674-5	CPF	268.872.538-60
Cargo	Analista de Processo	Setor	633-Relacionamento

Prestador	LAVORO SEGURANÇA E MEDICINA (MAUÁ)	Tipo de Atendimento	Ordem de Chegada
Telefone	(11) 4519-7373	Fax	(11) 4544-7737
Endereço	RUA GENERAL OSÓRIO, 248	Complemento	
Bairro	VILA BOCAINA	Cidade/UF	MAUÁ/SP
Atendente			
Tipo de Atendimento	Ordem de Chegada	Faixa de Horário de Atendimento	07:00 até 12:00
Comentários	SEGUNDA E TERÇA das 07:00-12:00 / 13:30-16:00 QUARTA, QUINTA E SEXTA das 07:00-12:00 Para exames complementares de SEGUNDA a SEXTA das 07:00 as 12:00		

Dados do Exame

Tipo de Exame	Periódico		
Médico Responsável	EUGENIA MARIA AMOEDO AMARAL	CRM	86144/SP

Perigos/Fatores de Risco

Ergonômicos	Postura sentada por longos períodos, Posturas Incomodas.
--------------------	--

Exames

TUSS	Nome do Exame	Data	Hora	Recomendação
0	Exame Clinico	24/02/2025	00:00	Trazer documento original com foto (CPF ou RG ou CNH) e a Guia de Encaminhamento preenchida. Trazer TODOS os laudos, relatórios, atestados e exames médicos.

Recomendações à Clínica

SOLICITAMOS QUE EM CASOS DE:

DÚVIDAS TÉCNICAS / DISCUSSÃO DE CASOS / ALTERAÇÕES AO EXAME CLÍNICO OU COMPLEMENTARES;

ANTES DA FINALIZAÇÃO DO ASO, FAVOR ENTRAR EM CONTATO COM O SUPORTE MÉDICO BENCORP.

Responsável pela emissão da guia

21/02/2025	Nome	BOT_SYDLE_GUIAS	Telefone
	E-mail	lbsantos@bencorp.com.br	Tel. Comercial

**A S O - ATESTADO DE SAÚDE
OCUPACIONAL****21/02/2025****BENCORP****Empresa**

Razão Social: BENCORP MEDICINA OCUPACIONAL LTDA.
CNPJ: 14.574.632/0001-73
Endereço: Avenida Paulista/453 Bairro: Bela Vista
Cidade/UF: São Paulo / SP CEP: 01311-000

Funcionário

Nome: Janaina Silva Código: 994
RG/CPF: 27.892.674-5/268.872.538-60 Órgão Emissor:
Nascimento/Idade: 07/05/1977 - 47 Sexo: Feminino
Setor: 633-Relacionamento Cargo: Analista de Processo

Médico Responsável pelo PCMSO

Nome: EUGENIA MARIA AMOEDO AMARAL CRM: 86144 / SP
Endereço: Avenida Paulista, 453, 15º andar Cidade / UF: São Paulo / SP

Prestador

Prestador: TRABALHO SEGURANÇA E MEDICINA (MAUÁ) Bairro: VILA BOCAINA
Endereço: RUA GENERAL OSÓRIO, 248 Cidade: MAUÁ
Telefone: (11) 4519-7373 UF: SP

Perigos/Fatores de Riscos

Ergonômicos Postura sentada por longos períodos, Posturas Incomodas.

**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:**

Periódico 0

Avaliação Clínica e Exames Realizados

___/___/___ Exame Clínico

Parecer

☐ Apto Para Função ☐ Inapto Para Função

Observações

___/___/___

___/___/___

Janaina Silva

CRM: /

**A S O - ATESTADO DE SAÚDE
OCUPACIONAL****21/02/2025****BENCORP****Empresa**

Razão Social: BENCORP MEDICINA OCUPACIONAL LTDA.
CNPJ: 14.574.632/0001-73
Endereço: Avenida Paulista/453 Bairro: Bela Vista
Cidade/UF: São Paulo / SP CEP: 01311-000

Funcionário

Nome: Janaina Silva Código: 994
RG/CPF: 27.892.674-5/268.872.538-60 Órgão Emissor:
Nascimento/Idade: 07/05/1977 - 47 Sexo: Feminino
Setor: 633-Relacionamento Cargo: Analista de Processo

Médico Responsável pelo PCMSO

Nome: EUGENIA MARIA AMOEDO AMARAL CRM: 86144 / SP
Endereço: Avenida Paulista, 453, 15º andar Cidade / UF: São Paulo / SP

Prestador

Prestador: TRABALHO SEGURANÇA E MEDICINA (MAUÁ) Bairro: VILA BOCAINA
Endereço: RUA GENERAL OSÓRIO, 248 Cidade: MAUÁ
Telefone: (11) 4519-7373 UF: SP

Perigos/Fatores de Riscos

Ergonômicos Postura sentada por longos períodos, Posturas Incomodas.

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:

Periódico 0

Avaliação Clínica e Exames Realizados

___/___/___ Exame Clínico

Parecer

☐ Apto Para Função ☐ Inapto Para Função

Observações

___/___/___

___/___/___

Janaina Silva

CRM: /

BenCorp

Benefícios & Saúde Ocupacional

A S O - ATESTADO DE SAÚDE

OCUPACIONAL

QR Code

BenCorp

Benefícios & Saúde Ocupacional

21/02/2025

BENCORP

Empresa

Razão Social:

BENCORP MEDICINA OCUPACIONAL LTDA.

CNPJ:

14.574.632/0001-73

Endereço:

Avenida Paulista/453

Bairro:

Bela Vista

Cidade/UF:

São Paulo / SP

CEP:

01311-000

Funcionário

Nome:

Janaina Silva

Código:

994

RG/CPF:

27.892.674-5/268.872.538-60

Órgão Emissor:

Nascimento/Idade:

07/05/1977 - 47

Sexo:

Feminino

Setor:

633-Relacionamento

Cargo:

Analista de Processo

Médico Responsável pelo PCMSO

Nome:

EUGENIA MARIA AMOEDO AMARAL

CRM:

86144 / SP

Endereço:

Avenida Paulista, 453, 15º andar

Cidade / UF:

São Paulo / SP

Prestador

Prestador:

LAVORO SEGURANÇA E MEDICINA (MAUÁ)

Bairro:

VILA BOCAINA

Endereço:

RUA GENERAL OSÓRIO, 248

Cidade:

MAUÁ

Telefone:

(11) 4519-7373

UF:

SP

Perigos/Fatores de Riscos

Ergonômicos

Postura sentada por longos períodos, Posturas Incomodas.

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:

Periódico

0

Avaliação Clínica e Exames Realizados

__/__/__

Exame Clínico

Parecer

☐ Apto Para Função

☐ Inapto Para Função

Observações

____/____/____

____/____/____

CRM: /

Janaina Silva



21/02/2025



SINAIS VITAIS			
Temperatura	Frequência Respiratória (IPM)	Pressão Arterial (mmHg)	Frequência de Pulso (BPM)
Altura	Biotipo	Peso (Kg)	Índice de Massa Corpórea
Perímetro Cintura (cm)		Perímetro Quadril (cm)	














































Ficha Clínica

Antecedentes Familiares	
-------------------------	--

Antecedentes Pessoais	
-----------------------	--

Saúde da Mulher

<p>Faz uso de algum método anticoncepcional? ▶</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>DUM ▶ ____/____/____</p> <p>Gestação? ▶</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
---	---

Qual? 		Quantas (partos/abortos) 	
Hábitos e Vícios			
<div>Etilismo  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Eventualmente Atividade Física  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mais de 3x por semana <input type="checkbox"/> Menos de 3x por semana Qual?  <div></div></div>		<div>Tabagista  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ex tabagista Consome frutas, verduras e legumes  <input type="checkbox"/> Não consome <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> 3x por semana Qual a quantidade de água consumida por dia?  <input type="checkbox"/> Menos de 1L <input type="checkbox"/> De 1L a 2L <input type="checkbox"/> Mais de 2L</div>	
Antecedentes Ocupacionais			
<div>Primeiro emprego?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Último cargo  <div></div> Já teve algum acidente de trabalho?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Descreva  <div></div></div>		<div>Teve doença relacionada ao trabalho?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?  <div></div> Já esteve afastado pelo INSS?  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Descreva  <div></div></div>	
Queixas			
<div><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dor em MMSS <input type="checkbox"/> Dor na Coluna <input type="checkbox"/> Psiquiátrica</div>		<div>Outros  <div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
Exame Físico Geral			
<div>Biotipo  <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> L Estado Geral  <input type="checkbox"/> BEG <input type="checkbox"/> REG <input type="checkbox"/> MEG Mucosas  <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Descorada Hidratação  <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado Cabeça e Pescoço  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Torax  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Ausculta Pulmonar  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Ausculta Cardíaca  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A</div>		<div>Abdome  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Membros Inferiores  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Coluna  <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> A Teste de Romberg  <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Prova Index-Nariz-Index  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Prova Calcanhar-Joelho  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Comentários  <div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
Exame Físico Específico			
<div>Deformidades  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Edemas  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Cistos Sinovais  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Limitação à movimentação  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Diminuição da força  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Dor (Palpação/ Movimentação)  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Sinal de Phalen  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos</div>		<div>Sinal de Filkeinstein  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Sinal de Tinel  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Teste de Gerber  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Teste de Jobe  <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos Comentários  <div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
Data  <div></div>		Assinatura do funcionário <div></div>	
Medicamentos			

CID
CID
Texto Livre
Texto Livre