

Guia de Encaminhamento de Exames

**BENCORP MEDICINA OCUPACIONAL LTDA.****21/02/2025**

Número da Guia	15918264
----------------	-----------------

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

BenCorp

Benefícios & Saúde Ocupacional

A S O - ATESTADO DE SAÚDE

OCUPACIONAL

BenCorp

Benefícios & Saúde Ocupacional

21/02/2025

BENCORP

QR Code

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

BenCorp

Benefícios & Saúde Ocupacional

A S O - ATESTADO DE SAÚDE

OCUPACIONAL

BenCorp

Benefícios & Saúde Ocupacional

21/02/2025

BENCORP

QR Code

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

BenCorp

Benefícios & Saúde Ocupacional

A S O - ATESTADO DE SAÚDE

OCUPACIONAL

BenCorp

Benefícios & Saúde Ocupacional

21/02/2025

BENCORP

QR Code

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)	

Texto Livre	
-------------	--

Ficha Clínica

É fundamental e OBRIGATÓRIO preencher a circunferência abdominal. O aumento da mesma pode trazer consequências importantes à saúde como diabetes, aterosclerose, hipertensão arterial, etc. ▶

Antecedentes Familiares

<p>Hipertensão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Doença Emocional: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? <input type="text"/></p> <hr/>	<p>Diabetes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Doença Ortopédica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? <input type="text"/></p> <hr/>
<p>Câncer: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual? <input type="text"/></p> <hr/>	<p>Outras <input type="text"/></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Antecedentes Pessoais

Hipertensão ▶		Já ficou internado alguma vez? ▶	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Diabetes ▶		Por qual motivo? ▶	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<hr/>	
Câncer ▶		Já fez alguma cirurgia? ▶	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual? ▶		Por qual motivo? ▶	
<hr/>		<hr/>	
Doença Psiquiátrica ▶		Toma algum medicamento ou faz algum tratamento? ▶	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual? ▶		Por qual motivo? ▶	
<hr/>		<hr/>	
Doença Ortopédica ▶		Seus exames de rotina estão em dia? ▶	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Tendinite		<hr/>	
<input type="checkbox"/> Fraturas	<input type="checkbox"/> Hérnia de Disco	<hr/>	
Outras ▶		<hr/>	
<hr/>		<hr/>	

Saúde da Mulher















































Faz uso de algum método anticoncepcional?

☐ Sim ☐ Não

DUM __/__/__

Gestação?

☐ Sim ☐ Não

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