


Funcionário (Código / Nome) 2439 / JULIANA DA MOTA COELHO		Rg 300932456		
Empresa DELOITTE ASSESSORIA E CONSULTORIA LTDA		CNPJ 02.988.231/0003-42		
Unidade DELOITTE ASSESSORIA E CONSULTORIA LTDA RJ		Setor ANALYTICS AND COGNITIVE		
Cargo CONSULTOR SENIOR 2		Sexo Feminino	Idade 30	
Nascimento 16/10/1991	Data Admissão 03/11/2020	Entrada 00:00	Saída 00:00	
Tipo de Exame Periódico			Data Ficha 29/06/2022	
Médico				
Exames Exame Clínico,				
Anamnese				

Sinais Vitais			
Temperatura	Fr. Respiratória	Pressão Arterial (mmHg)	Frequência de Pulso (BPM)
Altura	Biotipo	Peso (Kg)	Índice de Massa Corpórea
Perímetro Cintura		Perímetro Quadril	
Texto Livre			
Texto Livre			
Texto Livre			
Texto Livre			
Texto Livre			

Ficha Clínica
CIDS PRONTUÁRIO

Selecione

CID 1 ▶

CID 2 ▶

Percepção Emocional ▶

Ocupacional

Você trabalha quantas horas por dia?

☐ Até 6hs
☐ Até 10hs☐ Até 8hs
☐ Até 12hs ou mais

Quanto empregos/serviços você tem?

☐ 1☐ 2 ou mais

Já teve alguma ocorrência de acidente de trabalho?

☐ Não☐ Sim

Em caso positivo para histórico de acidente do trabalho, ficou com alguma lesão permanente? ▶

☐ Não☐ Sim

Caso tenha mais de um trabalho/serviço, exerce o mesmo tipo de atividade que exerce na Deloitte?

☐ Não☐ Sim

Você já trabalhou nesta função ou semelhante em outra empresa?

☐ Não☐ Sim

Você teve ocorrência de afastamento por motivo de saúde ou ocupacional superior há 15 dias?

☐ Não☐ Sim

Caso positivo, qual o motivo do afastamento? ▶

Possibilidade de enquadramento para PCD

- ☐ Físico
☐ Auditivo
☐ Visual
☐ Mental
☐ Múltipla
☐ Reabilitado (CRP)

Saúde da Mulher

Data da última menstruação:

____/____/____

Seu ciclo menstrual é regular?

☐ Não☐ Sim

Está na menopausa?

☐ Não☐ Sim

Idade da primeira menstruação:

____/____/____

Você realiza sua rotina de consultas preventivas ginecológicas?

☐ Não☐ Sim

Gestações

☐ 1
☐ 3☐ 2
☐ 4 ou mais

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Seu(s) parto(s) foi (foram)?</div> <div style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Prematuro - 20 à 36 semanas </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tem histórico de aborto?</div> <div style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Quantos? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ou mais </div> </div>
Histórico Pessoal	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Portador de:</div> <div style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asma/Bronquite <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Convulsão / Epilepsia <input type="checkbox"/> Outro Qual? <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Você tem algum médico de referência que te acompanha regularmente?</div> <div style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim </div> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Você vai às consultas na frequência recomendada pelo médico?</div> <div style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Você tem dificuldade para fazer o tratamento ou o uso da medicação corretamente?</div> <div style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim </div> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Antecedentes Pessoais</div> <div style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Transtorno psicológico <input type="checkbox"/> Transtorno cardiorrespiratório <input type="checkbox"/> Transtorno gastrointestinal <input type="checkbox"/> Transtorno osteomuscular <input type="checkbox"/> Transtorno endócrino <input type="checkbox"/> Outros Qual? <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Frequentemente se sente</div> <div style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Estressado <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Irritado </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Historia/Antecedente de reação de hipersensibilidade - Alergia?</div> <div style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Se SIM, qual? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Medicamento </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Picada de inseto <input type="checkbox"/> Outros </div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> Outros: <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tratamento / Medicamento</div> <div style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Se SIM, qual? <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div> </div>
Historia Social	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Tabagista</div> <div style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Parei <input type="checkbox"/> Continuando </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Bebidas Alcoólicas</div> <div style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Bx por semana </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Fins de semana </div> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Você pratica atividade física:</div> <div style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 2 vezes por semana </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 3 ou mais <input type="checkbox"/> 4 ou mais </div> </div>	
Historia Familiar	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Doenças na família (pai, mãe, irmão, avós e tios)</div> <div style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Não há antecedentes familiares <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Diabetes </div>	
Exame Médico	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Há queixa?</div> <div style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Se SIM, qual? <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Pele e mucosas</div> <div style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Descoradas <input type="checkbox"/> Ictéricas <input type="checkbox"/> Cianóticas <input type="checkbox"/> Dermatoses <input type="checkbox"/> Outro </div>

Olhos <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Com correção <input type="checkbox"/> Sem correção <input type="checkbox"/> Senso cromático alterado <input type="checkbox"/> Ac. visual alterada	Cabeça e Pescoço <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tiróide alterada <input type="checkbox"/> Garganta alterada <input type="checkbox"/> Gânglio alterado <input type="checkbox"/> Ouvido alterado
Inspeção Bucal Dentes ▶ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Língua ▶ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	Respiratório <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> M. V. alterado <input type="checkbox"/> Presença de ruídos adventícios
Abdome <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dor à palpação <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia <input type="checkbox"/> Massas palpáveis	Cardiovascular <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Outros
Ombros <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Dor à rotação externa com abdução (D) <input type="checkbox"/> Dor à rotação externa com abdução (E) <input type="checkbox"/> Dor à rotação interna com abdução (D) <input type="checkbox"/> Dor à rotação interna com abdução (E) <input type="checkbox"/> Dor à palpação do bíceps (D) <input type="checkbox"/> Dor à palpação do bíceps (E) <input type="checkbox"/> Dor à palpação sub-acromial (D) <input type="checkbox"/> Dor à palpação sub-acromial(E)	Mãos e punhos <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Edema (D) <input type="checkbox"/> Edema (E) <input type="checkbox"/> Crepitação (D) <input type="checkbox"/> Crepitação (E) <input type="checkbox"/> Nódulos/cistos (D) <input type="checkbox"/> Nódulos/cistos (E) <input type="checkbox"/> Teste de Tinel (D) <input type="checkbox"/> Teste de Tinel (E) <input type="checkbox"/> Perda da capacidade de preensão (D) <input type="checkbox"/> Perda da capacidade de preensão (E) <input type="checkbox"/> Teste de Finkelstein (D) <input type="checkbox"/> Teste de Finkelstein (E) <input type="checkbox"/> Manobra de Phalen (D) <input type="checkbox"/> Manobra de Phalen (E)
Cotovelos <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Parestesias <input type="checkbox"/> Choque (D) <input type="checkbox"/> Choque (E) <input type="checkbox"/> Edema (D) <input type="checkbox"/> Edema (E) <input type="checkbox"/> Dor epicôndilo lateral (D) <input type="checkbox"/> Dor epicôndilo lateral (E) <input type="checkbox"/> Dor epicôndilo medial (D) <input type="checkbox"/> Dor epicôndilo medial (E)	Coluna <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lordose <input type="checkbox"/> Escoliose <input type="checkbox"/> Cifose <input type="checkbox"/> Lasègue <input type="checkbox"/> Limitação de flexão <input type="checkbox"/> Limitação de lateralização (D) <input type="checkbox"/> Limitação de lateralização (E)
Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Limitação à rotação interna <input type="checkbox"/> Limitação à rotação externa <input type="checkbox"/> Limitação articular	Extremidades <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pulsos periféricos ausentes <input type="checkbox"/> Edemas <input type="checkbox"/> Varizes discretas <input type="checkbox"/> Varizes intensas
Conclusão	
Há necessidade de afastamento das atividades? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Por quantos dias? ▶ _____	Há necessidade de restrição de atividades? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Por quanto tempo? ▶ _____ Tipo de descrição ▶ _____
Encaminhado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se SIM, parar qual especialidade: ▶ _____	

<p>Você conhece os programas de saúde e qualidade oferecidos pela Deloitte?</p> <div> <input type="checkbox"/> Conheça todos <input type="checkbox"/> Conheça alguns <input type="checkbox"/> Não conheço </div>	<p>Quão satisfeito você se sente com os programas de saúde e qualidade de vida oferecidos pela Deloitte?</p> <div> <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito </div>
<p>Você considera que os programas de saúde e qualidade de vida da Deloitte combinam com o seu jeito de ser?</p> <div> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Sim </div>	<p>Qual é o tipo de interação que você prefere ter com os programas ou campanhas de saúde e qualidade de vida?</p> <div> <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Ligações telefônicas <input type="checkbox"/> Digital (aplicativos, website) <input type="checkbox"/> Material informativo <input type="checkbox"/> Outros </div> <p>Descreva: </p> <div></div>
<p>Você participa ou já participou de algum programa ou campanha de saúde e qualidade de vida da Deloitte?</p> <div> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Sim </div>	<p>Você sente falta de algum programa de saúde e qualidade de vida na Deloitte?</p> <div> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim </div> <p>Se SIM, qual? </p> <div></div>
<p>Você gostaria de participar de algum programa com profissionais de saúde que te auxiliasse a melhorar a sua condição de saúde e qualidade de vida?</p> <div> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tenho certeza <input type="checkbox"/> Sim </div>	<p>Se SIM, você participa ou já participou de qual (is) programa (s) ou campanha (s) de saúde e qualidade de vida da Deloitte?</p> <div> <input type="checkbox"/> Campanha de hidratação <input type="checkbox"/> Clínicas da Novamed <input type="checkbox"/> Family Strategy (Programas de Gestantes, Retorno Parental e de Mãe para Mãe) <input type="checkbox"/> Desconto Farmácia <input type="checkbox"/> Gympass <input type="checkbox"/> Vivo Meditação (aplicativo) <input type="checkbox"/> Einstein Conecta <input type="checkbox"/> Espaço Saúde (Ambulatório em São Paulo) <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Meu Doutor <input type="checkbox"/> Campanha de Vacinação </div>
Assinaturas	
<p>ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO</p> <div></div>	<p>CARIMBO E ASSINATURADO DO MÉDICO EXAMINADOR</p> <div></div> <p>Telefone: </p> <div></div> <p>Data: __/__/__</p>
Upload Arquivo	
<div> <input type="text"/> </div> <p>Upload de arquivo</p>	