

ANAMNESE

Empresa	AGENCIA SS TOLEDO		
Funcionário	CLEARLISON NÓBREGA COSTA		
Cargo	DESENVOLVEDOR	Sexo	MASCULINO
Nascimento	31/08/2020	Idade	27
RG	012345678	CPF	09531 127484

Trabalhou em locais com ruído? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Realizava esforço físico? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Ficou exposto a calor ou frio excessivo? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	
Já trabalhou em lugar com poeira excessiva? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, qual tipo? 1111
Manipulava produtos químicos? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 222
Realizava movimentos repetitivos? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Se sim, qual membro? 333
Utilizava equipamento de proteção individual (EPI)? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Se sim, qual (is)? 444
Já teve acidente de trabalho? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 555
Já teve doença de trabalho? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 666
Exerce outra atividade laboral? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 777

2 - Informações Médicas	
Tem diabetes? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Tem hipertensão? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
É Fumante? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Tem problema de audição? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Sofreu algum acidente? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 888
Tem alergia? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 999
Tem doença neurológica? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 111
Realizou cirurgia? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 222
Tem problemas ortopédico? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 333
Coluna, quadril, outro? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 444
Tem ou teve outra doença? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 555

2 - Informações Médicas	
Faz ou já fez algum tratamento de saúde? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Se sim, quais? 666
Cólicas ginecológicas? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim	Faz uso de medicação? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim

3 - Exames Físicos	
Cabeça e pescoço: 777	Cardio Vascular: 777
Respiratório: 888	Abdome: 999
Osteomuscular: 111	Neurológico: 222
Mais informações que julgar necessário: 333	

4 - Avaliação Clínica
Tem alguma queixa de saúde no momento? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/> Sim

5 - Conclusão	
Orientação 444	
Resultado <input type="radio"/> Normal <input checked="" type="radio"/> Anormal	Clinicamente liberado para o setor e cargo? <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim

Observações:

555

Campina Grande - PB, 19/11/2020

Assinatura Eletrônica
Guilherme César Soares
CRM/PB: 9901

Obs: Este documento e suas assinaturas são totalmente digitais.