

**A S O - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL****PEPSICO DO BRASIL****EMPRESA**

Razão Social: PEPISCO DO BRASIL
CNPJ: 31.565.104/0189-71
Endereço: Rua Fernando Xavier de Oliveira

Cidade / UF: Aracaju / SE
Bairro: Inácio Barbosa
CEP: 49040706

TRABALHADOR

Nome: JOSE CARLOS VENTURA DOS SANTOS
GPID: 80159628
CPF / RG: 024.260.395-58 / 32086130 - SSP

Função: VENDEDOR MASTER DTS
Nascimento / Sexo: 13/03/1990 - Idade: 33 / Masculino
Telefone:

FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS E CLASSIFICADOS NO PGR

Vibração de Corpo Inteiro (AREN), Vibração de Corpo Inteiro (VDVR).

Ausência de Fator de Risco Biológico

Ausência de Fator de Risco Químico

Acesso ao baú dos veículos com piso irregular ou escorregadio, Condução de veículos automotores (permanente), Deslocamento a pé com possibilidade de acidentes em escadas fixas ou rampas, Deslocamento a pé durante as atividades de carga/descarga ou vendas com possibilidade de quedas ou contato com outros veículos, Embarque e desembarque de veículos com diferença de nível (não superior a 1,2 metro), Montagem ou desmontagem dos displays e gôndolas com superfícies irregulares, Possibilidade de acidentes durante o deslocamento a pé entre o veículo e o PDV, Possibilidade de envolvimento em ocorrências de trânsito, Possibilidade de ocorrências no trajeto entre a residência e o trabalho.

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PCMSO

LORENA DE FATIMA FORMIGA
CRM: 50566 UF: SP

EXAME CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

___/___/___ Acuidade Visual - Tabela de Snellen
___/___/___ Glicemia

___/___/___ Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese, Avaliação Biopsicossocial e Exame físico)
___/___/___ Hemograma com contagem de plaquetas ou frações

13/05/2022 Audiometria Tonal Ocupacional

13/05/2022 Eletrocardiograma convencional - ECG

OBSERVAÇÕES**TIPO DE EXAME E DATA****PERIÓDICO** * ___/___/___**MÉDICO ENCARGADO DO EXAME**

Assinatura eletrônica no rodapé

Médico Examinador com CRM - CRM: /
Rua Fernando Xavier de Oliveira, 205, Aracaju
e-mail de contato: saude@pepsico.com

DEFINIÇÃO DO RESULTADO**[] APTO PARA FUNÇÃO [] INAPTO PARA FUNÇÃO****FORMA DE EMISSÃO**

Emissão e assinatura eletrônica ** Acesso ao trabalhador pelo Aplicativo/Site MEUSOC
() Via impressa solicitada pelo trabalhador
Visto do Trabalhador

JOSE CARLOS VENTURA DOS SANTOS

* Exame Ocupacional realizado em cumprimento às portarias nº 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94, 08/96 e 6.734/20 NR-7 do Ministério do Trabalho e Previdência

** Esse documento poderá ter assinatura e a guarda eletrônica em PDF, em conformidade com o Decreto Nº 10.854/21, com Certificação Digital ICP-Brasil

** O ASO estará disponível ao trabalhador, a qualquer tempo, através do cadastro com CPF no Site ou APP para smartphones MEUSOC, na aba de documentos

** Estará também disponível aos órgãos de fiscalização e partes interessadas mediante prévia notificação



ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

PEPSICO DO BRASIL



EMPRESA

Razão Social: PEPISCO DO BRASIL
CNPJ: 31.565.104/0189-71
Endereço: Rua Fernando Xavier de Oliveira

Cidade / UF: Aracaju / SE
Bairro: Inácio Barbosa
CEP: 49040706

TRABALHADOR

Nome: JOSE CARLOS VENTURA DOS SANTOS
GPID: 80159628
CPF / RG: 024.260.395-58 / 32086130 - SSP

Função: VENDEDOR MASTER DTS
Nascimento / Sexo: 13/03/1990 - Idade: 33 / Masculino
Telefone:

FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS E CLASSIFICADOS NO PGR

Vibração de Corpo Inteiro (AREN), Vibração de Corpo Inteiro (VDVR).
Ausência de Fator de Risco Biológico

Ausência de Fator de Risco Químico
Acesso ao baú dos veículos com piso irregular ou escorregadio, Condução de veículos automotores (permanente), Deslocamento a pé com possibilidade de acidentes em escadas fixas ou rampas, Deslocamento a pé durante as atividades de carga/descarga ou vendas com possibilidade de quedas ou contato com outros veículos, Embarque e desembarque de veículos com diferença de nível (não superior a 1,2 metro), Montagem ou desmontagem dos displays e gôndolas com superfícies irregulares, Possibilidade de acidentes durante o deslocamento a pé entre o veículo e o PDV, Possibilidade de envolvimento em ocorrências de trânsito, Possibilidade de ocorrências no trajeto entre a residência e o trabalho.

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PCMSO

LORENA DE FATIMA FORMIGA CRM: 50566 UF: SP

EXAME CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

/ / Acuidade Visual - Tabela de Snellen
/ / Glicemia

/ / Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese, Avaliação Biopsicossocial e Exame físico)
/ / Hemograma com contagem de plaquetas ou frações

13/05/2022 Audiometria Tonal Ocupacional 13/05/2022 Eletrocardiograma convencional - ECG

OBSERVAÇÕES

TIPO DE EXAME E DATA

PERIÓDICO * / /

MÉDICO ENCARGADO DO EXAME

Assinatura eletrônica no rodapé

Médico Examinador com CRM - CRM: /
Rua Fernando Xavier de Oliveira, 205, Aracaju
e-mail de contato: saude@pepsico.com

DEFINIÇÃO DO RESULTADO

[] APTO PARA FUNÇÃO [] INAPTO PARA FUNÇÃO

FORMA DE EMISSÃO

Emissão e assinatura eletrônica ** Acesso ao trabalhador pelo Aplicativo/Site MEUSOC
() Via impressa solicitada pelo trabalhador
Visto do Trabalhador

JOSE CARLOS VENTURA DOS SANTOS

* Exame Ocupacional realizado em cumprimento às portarias nº 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94, 08/96 e 6.734/20 NR-7 do Ministério do Trabalho e Previdência

** Esse documento poderá ter assinatura e a guarda eletrônica em PDF, em conformidade com o Decreto Nº 10.854/21, com Certificação Digital ICP-Brasil

** O ASO estará disponível ao trabalhador, a qualquer tempo, através do cadastro com CPF no Site ou APP para smartphones MEUSOC, na aba de documentos

** Estará também disponível aos órgãos de fiscalização e partes interessadas mediante prévia notificação



ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

PEPSICO DO BRASIL



EMPRESA

Razão Social: PEPISCO DO BRASIL
CNPJ: 31.565.104/0189-71
Endereço: Rua Fernando Xavier de Oliveira

Cidade / UF: Aracaju / SE
Bairro: Inácio Barbosa
CEP: 49040706

TRABALHADOR

Nome: JOSE CARLOS VENTURA DOS SANTOS
GPID: 80159628
CPF / RG: 024.260.395-58 / 32086130 - SSP

Função: VENDEDOR MASTER DTS
Nascimento / Sexo: 13/03/1990 - Idade: 33 / Masculino
Telefone:

FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS E CLASSIFICADOS NO PGR

Vibração de Corpo Inteiro (AREN), Vibração de Corpo Inteiro (VDVR).
Ausência de Fator de Risco Biológico

Ausência de Fator de Risco Químico
Acesso ao baú dos veículos com piso irregular ou escorregadio, Condução de veículos automotores (permanente), Deslocamento a pé com possibilidade de acidentes em escadas fixas ou rampas, Deslocamento a pé durante as atividades de carga/descarga ou vendas com possibilidade de quedas ou contato com outros veículos, Embarque e desembarque de veículos com diferença de nível (não superior a 1,2 metro), Montagem ou desmontagem dos displays e gôndolas com superfícies irregulares, Possibilidade de acidentes durante o deslocamento a pé entre o veículo e o PDV, Possibilidade de envolvimento em ocorrências de trânsito, Possibilidade de ocorrências no trajeto entre a residência e o trabalho.

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PCMSO

LORENA DE FATIMA FORMIGA CRM: 50566 UF: SP

EXAME CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

/ / Acuidade Visual - Tabela de Snellen
/ / Glicemia

/ / Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese, Avaliação Biopsicossocial e Exame físico)
/ / Hemograma com contagem de plaquetas ou frações

13/05/2022 Audiometria Tonal Ocupacional 13/05/2022 Eletrocardiograma convencional - ECG

OBSERVAÇÕES

TIPO DE EXAME E DATA

PERIÓDICO * / /

MÉDICO ENCARGADO DO EXAME

Assinatura eletrônica no rodapé

Médico Examinador com CRM - CRM: /
Rua Fernando Xavier de Oliveira, 205, Aracaju
e-mail de contato: saude@pepsico.com

DEFINIÇÃO DO RESULTADO

[] APTO PARA FUNÇÃO [] INAPTO PARA FUNÇÃO

FORMA DE EMISSÃO

Emissão e assinatura eletrônica ** Acesso ao trabalhador pelo Aplicativo/Site MEUSOC
() Via impressa solicitada pelo trabalhador
Visto do Trabalhador


JOSE CARLOS VENTURA DOS SANTOS

* Exame Ocupacional realizado em cumprimento às portarias nº 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94, 08/96 e 6.734/20 NR-7 do Ministério do Trabalho e Previdência

** Esse documento poderá ter assinatura e a guarda eletrônica em PDF, em conformidade com o Decreto Nº 10.854/21, com Certificação Digital ICP-Brasil

** O ASO estará disponível ao trabalhador, a qualquer tempo, através do cadastro com CPF no Site ou APP para smartphones MEUSOC, na aba de documentos

** Estará também disponível aos órgãos de fiscalização e partes interessadas mediante prévia notificação



PEDIDO DE EXAMES

PEPSICO DO BRASIL LTDA

26/02/2024

Prestador UNIASO

Endereço: Rua Ribeirópolis , 396

Complemento:


Telefone: (79) 3012-8888

Bairro: Suíssa

Cidade: Aracaju

Seqüência

259015151


Funcionário 4049 - JOSE CARLOS VENTURA DOS SANTOS	Matricula 80159628	RG 32086130	Tipo de Exame Periódico	
Empresa 46 - PEPSICO DO BRASIL LTDA	Unidade GALPAO ARACAJU	CNPJ 31.565.104/0189-71		
Data de Nascimento 13/03/1990	Data de admissão 17/12/2018	Idade 33	Data Ficha 05/03/2024	
Nome do Setor ARACAJU DTS	Nome do Cargo VENDEDOR MASTER DTS			

Exames				
Código Exame	Nome do Exame	Recomendação	Data	Hora
CLINICO	Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese, Avaliação Biopsicossocial e Exame físico)	Exame médico realizado nas situações ocupacionais realizado no consultório pelo médico examinador.		
	29 Acuidade Visual - Tabela de Snellen	Se utiliza óculos ou lentes, traga sempre o mesmo com você na hora do exame		
	93 Glicemia	Jejum oral 8h.		
	97 Hemograma com contagem de plaquetas ou frações	Contagem de Hemácias/Reticulócitos, Leucócitos e Plaquetas. Jejum desejável de 4 horas.		

Exames Realizados por Outras Prestadoras	
Exames	Prestador


Carimbo e Assinatura

Médico Examinador com CRM



FICHA CLÍNICA

PEPSICO DO BRASIL LTDA

Funcionário (Código / Nome) 4049 / JOSE CARLOS VENTURA DOS SANTOS			RG 32086130		
Empresa PEPSICO DO BRASIL LTDA			CNPJ 31.565.104/0189-71		
Unidade GALPAO ARACAJU		Setor ARACAJU DTS			
Cargo VENDEDOR MASTER DTS		Sexo Masculino		Idade 33	
Nascimento 13/03/1990	Admissão 17/12/2018	Entrada 00:00		Saída 00:00	
Tipo de Exame Periódico			Data Ficha 05/03/2024		

Médico(a)/

Exames

Acuidade Visual - Tabela de Snellen, Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese, Avaliação Biopsicossocial e Exame físico), Glicemia, Hemograma com contagem de plaquetas ou frações ,

Cadastro Médico

Celular para contato: ▶

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

Você tem hipertensão arterial sistêmica (HAS)? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você tem diabetes mellitus (DM)? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você tem dislipidemia (colesterol ou triglicérides elevados)? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você já teve alguma internação (não associada a cirurgia)? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você já realizou alguma cirurgia? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você já teve ou tem asma e/ou bronquite? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você já teve ou tem alguma doença psiquiátrica (esquizofrenia, depressão, ansiedade/pânico, etc.)? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar doença psiquiátrica: ▶

Você já teve ou tem alguma fratura? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você já teve ou tem alguma lesão no ombro (tendinite, bursite, luxação ou outra)? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você já teve ou tem alguma lesão na coluna? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você já teve ou tem alguma lesão na mão, punho e/ou cotovelo? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você já teve ou tem alguma lesão no joelho (ruptura de ligamento, lesão de menisco / patela ou outro)? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você já teve ou tem alguma lesão no tornozelo e/ou pé? ▶






























☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

Você tem alguma alergia importante (medicamentos, alimentos, produtos químicos, etc.)? ▶

☐ SIM ☐ Não / Nega

Detalhar: ▶

<p>Você já teve ou tem convulsões? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não / Nega</div> <p>Detalhar: </p> <div><div></div><div></div><div></div></div>	<p>Você já teve ou tem episódios de desmaios? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não / Nega</div> <p>Detalhar: </p> <div><div></div><div></div><div></div></div>
<p>Você faz uso contínuo de algum medicamento (anti-hipertensivo, anticonvulsivante, hipoglicemiantes, antidepressivo, imunossupressor, para tireóide, etc.)? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não / Nega</div> <p>Detalhar: </p> <div><div></div><div></div><div></div></div>	<p>Você já fez ou faz fisioterapia? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não / Nega</div> <p>Detalhar: </p> <div><div></div><div></div><div></div></div>
<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
ANTECEDENTES FAMILIARES RELEVANTES	
<div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
HISTÓRIA OCUPACIONAL PREGRESSA	
<p>Primeiro emprego com carteira assinada? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não / Nega</div> <p>Última Empresa em que trabalhou: </p> <p>Período: </p> <p>Cargo(s): </p> <p>Atividades Desenvolvidas: </p> <div><div></div><div></div><div></div></div>	<p>Você exerce ou pretende exercer outra atividade remunerada (formal ou informal) concomitante ao seu trabalho nesta empresa? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não / Nega</div> <p>Detalhar: </p> <div><div></div><div></div><div></div></div>
<p>Você trabalha ou já trabalhou em alguma destas atividades (call center, checkout, linha de produção, mineração, construção civil, marcenaria, serralheria, siderurgia, pintura)? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não / Nega</div> <div><div><input type="checkbox"/> Trabalho em CALL CENTER / TELEMARKETING</div><div><input type="checkbox"/> Trabalho com CHECKOUT</div><div><input type="checkbox"/> Trabalho em LINHA DE PRODUÇÃO / MONTAGEM</div><div><input type="checkbox"/> Trabalho em MINERAÇÃO</div><div><input type="checkbox"/> Trabalho na CONSTRUÇÃO CIVIL</div><div><input type="checkbox"/> Trabalho com MARCENARIA</div><div><input type="checkbox"/> Trabalho em SERRALHERIA</div><div><input type="checkbox"/> Trabalho em SIDERURGIA</div><div><input type="checkbox"/> Trabalho com PINTURA</div></div> <p>Detalhar: </p> <div><div></div><div></div><div></div></div>	<p>Você já sofreu acidente de trabalho? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não / Nega</div> <p>Detalhar: </p> <div><div></div><div></div><div></div></div> <p>Você já teve ou tem alguma doença relacionada ao trabalho (LER/DORT, perda auditiva, asma, dermatose, etc.)? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não / Nega</div> <p>Detalhar: </p> <div><div></div><div></div><div></div></div> <p>Você já esteve ou está afastado pelo INSS? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não / Nega</div> <p>Detalhar: </p> <div><div></div><div></div><div></div></div>
ENQUADRAMENTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD) E REABILITADAS <p>O empregado é Pessoa com Deficiência (PcD), de acordo com o decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999? </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não</div> <p>Tipo de DEFICIÊNCIA: </p> <p>Laudo/Exame comprobatório de deficiência:</p>	ÍNDICE EMPREGADO SAUDÁVEL PEPSICO <p>Acompanhamento relacionado a IES (Índice Empregado Saudável) </p> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não</div>
<p>ATENÇÃO: Se Sim, anexar o laudo para as deficiências AUDITIVA, VISUAL, MENTAL E/OU INTELECTUAL no campo acima. </p> <p>ATENÇÃO: Se Sim, emitir o "laudo de PcD" no ícone "Deficiente" após gravar a ficha clínica. Em caso de dúvida, entrar em contato com o Médico Coordenador da Unidade. </p>	
<p>ATENÇÃO: Confirmado o diagnóstico de CONDIÇÕES CRÔNICAS passíveis de acompanhamento não esqueça de fazer o registro no botão acima: ADICIONAR DOENÇAS CRÔNICAS </p>	

Ficha Clínica	
HÁBITOS DE VIDA	
TABAGISMO: Você FUMA? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Nunca fumei</div><div><input type="checkbox"/> Ex-Tabagista</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Menos de 10 cigarros por dia</div><div><input type="checkbox"/> 10-20 cigarros por dia</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 21-30 cigarros por dia</div><div><input type="checkbox"/> Mais de 31 cigarros por dia</div></div> <div>POR QUANTO TEMPO fumou? <input type="text"/></div> <div>HÁ QUANTO TEMPO parou de fumar? <input type="text"/></div> <div>Detalhar <input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>	CONSUMO DE ÁLCOOL: Com que frequência você BEBE ÁLCOOL? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Nunca</div><div><input type="checkbox"/> Mensalmente ou menos</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes ao mês</div><div><input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes na semana</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes na semana</div></div> <div>Quantas DOSES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS você consome nas ocasiões típicas em que bebe? <input type="text"/></div>
ATIVIDADE FÍSICA: Você faz ATIVIDADE FÍSICA fora do trabalho? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Regular (3 ou mais dias/semana, mínimo 30 minutos/dia)</div><div><input type="checkbox"/> Não pratica ou irregular</div></div> <div>Qual(is)? <input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>	HOBBY PREFERIDO / PASSATEMPO: Você tem algum PASSATEMPO/HOBBY PREFERIDO (atividades praticadas geralmente nas horas livres, com a função de entretenimento)? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Não / Nega</div><div><input type="checkbox"/> SIM</div></div> <div>Especifique <input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>
AVALIAÇÃO MÉDICA PSICOSSOCIAL	
Sente-se em CONDIÇÕES de UTILIZAR o(s) EPT'(s) (óculos, máscara, protetor auditivo, capacete, calçado, etc.) necessário(s) para cada atividade, durante toda jornada de trabalho? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> NÃO / NEGA</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Você sofre de alguma DOENÇA ou tem alguma SEQUELA de acidente ou deficiência? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Não / Nega</div><div><input type="checkbox"/> SIM</div></div><div>Detalhar <input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div>Já teve ou tem problemas com BEBIDAS ALCOÓLICAS e/ou DROGAS? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Não / Nega</div><div><input type="checkbox"/> SIM</div></div><div>Especifique <input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div>Possui alguma queixa ou problema em seu RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Não / Nega</div><div><input type="checkbox"/> SIM</div></div><div>Especifique <input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div></div></div></div>	Tem PÂNICO de altura, lugares fechados ou outra FOBIA (medo excessivo de)? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Não / Nega</div><div><input type="checkbox"/> SIM</div></div> <div>Especifique <input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>Sofre de ANSIEDADE generalizada, HIPERATIVIDADE e/ou DESATENÇÃO? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Não / Nega</div><div><input type="checkbox"/> SIM</div></div><div>Especifique <input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div>Já teve ou tem DEPRESSÃO e/ou Síndrome do PÂNICO? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Não / Nega</div><div><input type="checkbox"/> SIM</div></div><div>Especifique <input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div>Já necessitou de TRATAMENTO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO e/ou NEUROLÓGICO? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Não / Nega</div><div><input type="checkbox"/> SIM</div></div><div>Especifique <input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div>Durante o último mês você teve alguma alteração no seu PADRÃO DE SONO? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Não / Nega</div><div><input type="checkbox"/> SIM</div></div><div>Especifique <input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div>Possui alguma queixa relacionada a ESTRESSE? <input type="checkbox"/> <div><div><input type="checkbox"/> Não / Nega</div><div><input type="checkbox"/> SIM</div></div><div>Especifique <input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div><div><input type="text"/></div></div></div></div></div></div>
REGISTRO DOS SINAIS VITAIS E DADOS ANTROPOMÉTRICOS	
PRESSÃO ARTERIAL/FREQUÊNCIA CARDÍACA: Frequência Cardíaca (bpm) <input type="text"/> Pressão Arterial Sistólica (mmHg) <input type="text"/> Pressão Arterial Diastólica (mmHg) <input type="text"/> Pressão Arterial Média - calculada (mmHg) <input type="text"/>	MASSA CORPÓREA: Peso (Kg) <input type="text"/> Altura (m) <input type="text"/> Índice de Massa Corpórea IMC - calculado <input type="text"/>
TEMPERATURA CORPORAL: Temperatura (°C) <input type="text"/>	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: Frequência Respiratória (ipm) <input type="text"/>

<div>SATURÇÃO O2:</div> <div>Saturação O2 (%) ▶ _____</div>	<div>CINTURA / QUADRIL:</div> <div>Circunferência Abdominal (cm) ▶ _____</div> <div>Circunferência Quadril (cm) ▶ _____</div> <div>ICQ ▶</div>
ANAMNESE	
<div>ANAMNESE HISTÓRIA CLÍNICA (QUEIXA PRINCIPAL / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL):</div> <div>Você tem alguma outra QUEIXA ou PROBLEMA que queira relatar (sinais ou sintomas)? ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Assintomático<input type="checkbox"/> COM queixa(s)</div> <div>Queixa PRINCIPAL ▶</div> <div>Há quanto tempo a queixa principal está presente? ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Outras queixas</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div>	<div>USO DE MEDICAMENTOS:</div> <div>Está em uso de algum MEDICAMENTO (incluindo os que não necessitam de receita médica)? ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Não / Nega<input type="checkbox"/> SIM</div> <div>Especifique ▶</div>
<div>COMORBIDADES:</div> <div>Você tem alguma doença ou problema de saúde que necessite de acompanhamento médico regular? ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Não / Nega<input type="checkbox"/> SIM</div> <div>Especifique ▶</div>	
EXAME FÍSICO	
<div>ESTADO GERAL / PSIQUISMO:</div> <div>Estado geral (higiene, lucidez, orientação tempo/espaco, discurso lógico e coerente) ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Sem alterações relevantes<input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div>Psiquismo (cognição, sensopercepção, contato visual, sorriso social) ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Sem alterações relevantes<input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div>Humor / Comportamento ▶</div>	<div>ECTOSCOPIA:</div> <div>Mucosas ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Hidratadas, coradas, acianóticas e <input type="checkbox"/> COM alteração anictéricas</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div>Deformidades, cicatrizes, tatuagens, próteses ou órteses ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Sem alterações relevantes<input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div>
<div>APARELHO CARDIOVASCULAR:</div> <div>Ritmo cardíaco e ausculta cardíaca ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Ritmo regular em 2 tempos / Ausculta normofonética e sem sopros relevantes<input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div>Circulação periférica (varizes, edemas, isquemia, etc.) ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Sem alterações significativas<input type="checkbox"/> Varizes e/ou microvarizes</div> <div><input type="checkbox"/> COM outras alterações</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div>	<div>APARELHO RESPIRATÓRIO:</div> <div>Murmúrio vesicular e ruídos adventícios ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Murmúrio vesicular fisiológico / Ausência de roncos, crepitações e/ou sibilos<input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div>
<div>ABDOMEN:</div> <div>Palpação superficial e profunda ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Plano, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação profunda, sem massas, sem visceromegalias<input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div>Herniações (epigástricas, umbilicais, inguinais) ▶</div>	<div>MEMBROS E COLUNA:</div> <div>Membros superiores ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Simétricos, indolores, musculatura eutrófica e eutônica, com mobilidade preservada<input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div>Membros inferiores ▶</div>

<div><input type="checkbox"/> Não perceptíveis ao exame</div> <div><input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div><input type="checkbox"/> Simétricos, indolores, musculatura eutrófica e eutônica, com mobilidade preservada</div> <div><input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>Coluna vertebral ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Sem desvios patológicos, com movimentos de flexão, extensão e rotação sem alterações ou sinais flogísticos</div> <div><input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>Sinal de Laségue ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Ausente (Normal)</div> <div><input type="checkbox"/> Presente (Alterado)</div>
<div>SISTEMA NERVOSO:</div> <div>Equilíbrio e coordenação motora ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Equilíbrio, coordenação motora preservada</div> <div><input type="checkbox"/> COM alteração</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>Teste de Romberg (olhos fechados, em pé, pés juntos, 5 segundos) ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Normal / Negativo</div> <div><input type="checkbox"/> ALTERADO - sugestivo de distúrbio de equilíbrio</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div>OUTRAS OBSERVAÇÕES RELEVANTES DO EXAME FÍSICO</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
<div>RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES</div>	
<div>Tipo de Exame ▶</div> <div>Anotações e observações sobre exames complementares ▶</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>Cópia dos resultados dos exames</div>	
<div><input type="checkbox"/> O trabalhador foi informado sobre as razões dos exames complementares previstos em seu exame ocupacional e do significado dos resultados desses exames, nos termos da NR7, item 7.5.16.</div>	
<div>Trabalhador fará uso de PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA, ainda que eventual? ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Não</div> <div><input type="checkbox"/> SIM</div>	
<div>AValiação Específica para uso de Proteção Respiratória - Respiradores (SSST/ MTB nº 1/94)</div>	
<div>AValiação Psicosocial:</div> <div>Você se sente em condições de utilizar o protetor respiratório durante toda a sua jornada de trabalho? ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Sim</div> <div><input type="checkbox"/> NÃO / NEGA</div>	<div>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA USO DE RESPIRADOR (PPR - RECOMENDAÇÕES, SELEÇÃO E USO DE RESPIRADORES - FUNDACENTRO, 2016):</div> <div><input type="checkbox"/> Nenhum critério de exclusão identificado na espirometria</div> <div><input type="checkbox"/> Critério(s) de exclusão confirmado(s) na espirometria</div>
<div>LIMITAÇÕES FISIOLÓGICAS DO TRABALHADOR À CRITÉRIO MÉDICO:</div> <div>Limitação(ões) para o uso do protetor respiratório recomendado? ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Não</div> <div><input type="checkbox"/> SIM</div> <div><input type="checkbox"/> Deformidade facial</div> <div><input type="checkbox"/> Cicatriz facial</div> <div><input type="checkbox"/> Verrugas faciais</div> <div><input type="checkbox"/> Ossos da face protuberantes</div> <div><input type="checkbox"/> HAS - Hipertensão arterial sistêmica sem controle</div> <div><input type="checkbox"/> Uso de barba</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div><input type="checkbox"/> Rugas profundas na face</div> <div><input type="checkbox"/> Ausência de dentes, dentadura ou prótese dentária</div> <div><input type="checkbox"/> Fonte côncava</div> <div><input type="checkbox"/> Asma brônquica leve</div>	<div>LIMITAÇÕES FISIOLÓGICAS DO TRABALHADOR - CONDIÇÕES INCAPACITANTES:</div> <div><input type="checkbox"/> Doenças pulmonares obstrutivas / restritivas</div> <div><input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares (ICC, IAM prévio, arritmias)</div> <div><input type="checkbox"/> Alterações psíquicas (ansiedade importante / claustrofobia)</div> <div>Observações e/ou especificações ▶</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div><input type="checkbox"/> Asma brônquica moderada / grave</div> <div><input type="checkbox"/> Epilepsia sem controle adequado (crise < 12 meses)</div>
<div>A atividade / função prevê DIREÇÃO de VEÍCULOS automotores? ▶</div> <div><input type="checkbox"/> Não</div> <div><input type="checkbox"/> SIM</div>	
<div>ENQUADRAMENTO LEGAL - RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 927/22</div>	

<div>ACUIDADE VISUAL - TABELA DE SNELLEN:</div> <div>ACUIDADE VISUAL (com a melhor correção) ▶</div> <div><div><div>< ou = a 20/30 em AO ou > ou = a 20/30 em um olho e > ou = a 20/40 em outro (APTO à qualquer função)</div><div>< que 20/40 em AO ou < que 20/40 em um olho e = a 20/40 em outro (NÃO RECOMENDADO para funções operacionais)</div></div><div><div>> ou = a 20/40 em AO ou > ou = a 20/30 em apenas um olho (APTO somente categorias A e B / NÃO RECOMENDADO para soldador e Trabalhos Críticos)</div><div>OBRIGATÓRIO o uso de ÓCULOS ou LENTES DE CONTATO na execução de sua função</div></div></div> <div>LENTES CORRETIVAS ▶</div> <div><div>Não necessita de lentes corretivas</div><div>OBRIGATÓRIO o uso de ÓCULOS na execução da função. PROIBIDO o uso de LENTES DE CONTATO</div></div>	<div>AUDIOMETRIAL TONAL AÉREA:</div> <div>Média aritmética em decibéis dB nas frequências de 0.5, 1 e 2 kHz (na orelha melhor, ainda que com prótese) ▶</div> <div><div>< 40 dB (APTO à qualquer função)</div><div>> 40 dB (APTO somente à categorias A e B / NÃO RECOMENDADO para Trabalhos Críticos)</div></div>
<div>RECOMENDAÇÕES de saúde</div>	
<div>RECOMENDAÇÕES DE SAÚDE</div>	
<div>RECOMENDAÇÕES DE SAÚDE ACERCA DE PATOLOGIAS CONSTATADAS NO EXAME:</div> <div><div><div>Comprometer-se com medidas de controle acerca de seu SOBREPESO/OBESIDADE</div><div>Comprometer-se com medidas de controle acerca de seu ÁCIDO ÚRICO, incluindo a redução do consumo de PROTEÍNAS</div><div>Comprometer-se com medidas de controle acerca de sua PRESSÃO ARTERIAL, incluindo a redução do consumo de SAL</div><div>Comprometer-se em fazer uso de PROTETOR SOLAR</div></div><div><div>Comprometer-se com medidas de controle acerca de sua DISLIPIDEMIA, incluindo a redução do consumo de GORDURAS</div><div>Comprometer-se com medidas de controle acerca de seu DIABETES MELLITUS, incluindo a redução do consumo de DOCES, MASSAS, PÃES E BOLOS</div><div>Comprometer-se a continuar com as MEDICAÇÕES EM USO, conforme orientação de seu médico assistente</div><div>Orientado a procurar ATENDIMENTO ESPECIALIZADO</div></div></div>	<div>RECOMENDAÇÕES DE SAÚDE ACERCA DOS HÁBITOS DE VIDA CONSTATADAS NO EXAME:</div> <div><div><div>Suspender o TABAGISMO considerando seus efeitos potenciais (eleva a pressão arterial, aumenta os batimentos cardíacos, contribui para aterosclerose, doença coronariana, morte súbita, AVE)</div><div>Comprometer-se a realizar EXERCÍCIOS FÍSICOS regularmente sempre com acompanhamento profissional</div><div>Comprometer-se com o aumento da INGESTÃO DE LÍQUIDOS</div></div><div><div>Suspender o uso de ÁLCOOL considerando seus efeitos potenciais (envolvimento em acidentes, interação medicamentosa, desenvolvimento e agravamento de doenças)</div><div>Comprometer-se ao MONITORAMENTO NUTRICIONAL buscando melhores hábitos alimentares</div></div></div>
<div>RECOMENDAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS DE VIDA PRÁTICA DURANTE SEU TRATAMENTO:</div> <div><div><div>EVITE a prática de ATIVIDADES FÍSICAS durante seu tratamento</div><div>Evite o uso de MOTOCICLETA durante seu tratamento</div><div>Evite realizar atividades domésticas de CONSTRUÇÃO, REFORMA, MUDANÇA durante seu tratamento</div><div>Evite tocar INSTRUMENTOS MUSICAIS durante seu tratamento</div><div>Observe e corrija sua POSTURA AO DORMIR, preferindo a posição lateral, tronco alinhado, com as coxas e joelhos moderadamente fletidos com o uso de travesseiro e colchão adequados</div></div><div><div>Evite assumir a direção de VEÍCULOS AUTOMOTORES durante seu tratamento</div><div>Evite realizar atividades domésticas de MANUTENÇÃO, JARDINAGEM, CAPINA durante seu tratamento</div><div>Evite carregar CRIANÇA DE COLO (filhos, sobrinhos, etc.) durante seu tratamento</div><div>Evite o uso intensivo da voz em atividades como GRITAR E/OU CANTAR durante seu tratamento</div><div>Tenha atenção ao AUTOCUIDADO, observando alimentação, higiene e cuidado pessoal</div></div></div>	<div>RECOMENDAÇÕES SOBRE ASPECTOS GERAIS DE LAZER:</div> <div><div><div>Realize atividades que envolvem SATISFAÇÃO E DESCANSO, tais como: jogos, jogos de salão, dança, teatro, leitura, cinema, música, grupos de atividades recreacionais, entre outros</div><div>Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de ÁGUA por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições</div><div>Busque melhorar a HIGIENE DO SONO através de bons comportamentos, rotinas e condições ambientais que ajudam a ter um período efetivo de descanso</div></div><div><div>Faça pelo menos 3 REFEIÇÕES (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições</div><div>Durma pelo menos 7 horas no período de um dia, promovendo ao máximo a boa qualidade de seu SONO</div></div></div>
<div>CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID:</div> <div>COMORBIDADES: ▶</div>	
<div>CONCLUSÃO DO EXAME MÉDICO PERIÓDICO</div>	
<div>RESULTADO DA AVALIAÇÃO, À ÉPOCA DO EXAME MÉDICO:</div> <div><div>Exame Clínico VALIDADO</div><div>NÃO RECOMENDADO para a função</div></div> <div>Data de conclusão do exame clínico ▶ ____/____/____</div>	<div>OBSERVAÇÕES SOBRE A CONCLUSÃO:</div> <div><div>NÃO HÁ SUSPEITA DE NEXO CAUSAL com o trabalho para a queixa mencionada nesse atendimento</div><div>Trata-se de NÃO RECOMENDAÇÃO de caráter TEMPORÁRIO complementada por atestado médico</div></div> <div><div>Trata-se de VALIDAÇÃO com "RECOMENDAÇÕES DE SAÚDE PRESCRITAS AO TRABALHADOR"</div></div>
<div>CÓDIGO PENAL BRASILEIRO - Art. 299 - CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA: Omitir, em documento particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa. ▶</div>	