

MANTRIS

PEDIDO DE EXAMES

NTT DATA

NTT DATA BRASIL CONSULTORIA DE NEGOCIOS E T.I. LTDA

06/02/2024

Prestador

CAMPIMED SAÚDE OCUPACIONAL

Telefone:

(19) 2121-8474

Endereço:

Rua Barata Ribeiro , 250

Bairro:

Vila Itapura

Complemento:

Cidade:

Campinas

Seqüência

257219882

<div>Funcionário</div> <div>3471 - PAULO DE TARSO FIRMINO JUNIOR</div>	<div>Matricula</div> <div>19619</div>	<div>RG</div> <div>2898869</div>	<div>Tipo de Exame</div> <div>Demissional</div>
<div>Empresa</div> <div>1 - NTT DATA BRASIL CONSULTORIA DE NEGOCIOS E T.I. LTDA</div>	<div>Unidade</div> <div>NTT CONSULTORIA - MATRIZ</div>	<div>CNPJ</div> <div>04.232.671/0001-39</div>	
<div>Data de Nascimento</div> <div>13/12/1985</div>	<div>Data de admissão</div> <div>02/12/2020</div>	<div>Idade</div> <div>38</div>	<div>Data Ficha</div> <div>06/02/2024</div>
<div>Nome do Setor</div> <div>EAS Evolving Advanced Services</div>	<div>Centro de Custo</div> <div></div>	<div>Nome do Cargo</div> <div>COORDENADOR DE SERVIÇOS TECNICOS</div>	



Informações de Atendimento do Prestador		
Tipo de atendimento	Faixa de Horário de Atendimento	Comentários
Ordem de Chegada	07:30 até 12:00	

Exames					
Código Exame	TUSS	Nome do Exame	Recomendação	Data	Hora
CLINICO	10101012	Exame Clínico	..	09/02/2024	07:30

Riscos do Funcionário
Ausência de Risco Ocupacional Específico

Carimbo e Assinatura

Médico Examinador com CRM

PAULO DE TARSO FIRMINO JUNIOR

RG: 2898869

https://sistema.soc.com.br/WebSoc/cad011.do

1/8

MANTRIS

FICHA CLÍNICA

NTT DATA

06/02/2024

NTT DATA BRASIL CONSULTORIA DE NEGOCIOS E T.I. LTDA

Funcionário (Código / Nome)

3471 / PAULO DE TARSO FIRMINO JUNIOR

Empresa

NTT DATA BRASIL CONSULTORIA DE NEGOCIOS E T.I. LTDA

RG

2898869

CNPJ

04.232.671/0001-39

Unidade

NTT CONSULTORIA - MATRIZ

Setor

EAS Evolving Advanced Services

Cargo

COORDENADOR DE SERVIÇOS TECNICOS

Sexo

Masculino

Idade

38

Nascimento

13/12/1985

Admissão

02/12/2020

Entrada

00:00

Saída

00:00

Tipo de Exame

Demissional

Data Ficha

06/02/2024

Médico(a)/

Exames

Exame Clínico,

Parecer do ASO

Anamnese

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

ESTILO DE VIDA E SAÚDE.

Fuma:

☐ Sim

☐ Não

☐ Parei de Fumar

Bebidas Alcoólicas:

☐ Não

☐ 3x por semana

☐ Diariamente

☐ Fins de Semana

Atividade física:

☐ 3x ou mais por semana

☐ Fins de semana

☐ Não

Qual atividade? ▶

Antecedentes Pessoais

☐ 302 Transtorno Psicológico

☐ 303 cardiorrespiratório

☐ 304 gastrointestinal

☐ 305 Osteomuscular

☐ 306 endócrino

☐ 307 cirurgias anteriores

308 Qual?: ▶

309 Outros: ▶

B10 Tratamento / Medicamento

☐ 232 Sim

☐ 233 Não

Frequentemente se sente:

☐ Calmo

☐ Ansioso

☐ Tenso

☐ Estressado

☐ Deprimido

☐ Irritado

Portador de:

☐ Hipertensão arterial

☐ Diabetes

☐ Asma/Bronquite

☐ Câncer

☐ Depressão

☐ Convulsão / Epilepsia

☐ Nenhuma das anteriores

Doenças anteriores/Cirurgias:

Uso de medicação? Qual?

Doenças na família (pai, mãe, irmão, avós e tios):

☐ Hipertensão

☐ Infarto

☐ Câncer

☐ Derrame

☐ Diabetes

☐ Não há antecedentes familiares

Quanto empregos / serviços tem?

Quantas horas de trabalho por dia?

Historia/Antecedente de reação de hipersensibilidade - Alergia?

☐ Sim

☐ Não

☐ Alimento

☐ Medicamento

☐ Picada de inseto

☐ Outros

Especificar ▶

B26 - Possibilidade de enquadramento para PCD

☐ 327 - Físico

☐ 328 - Auditivo

☐ 329 - Motor

☐ 330 - Visual

☐ 331 - Mental

☐ 332 - Múltipla

☐ 333 - Reabilitado (CRP)

Pratica Regularmente:

☐ 312 tênis / squash

☐ 313 instrumentos musicais / canto

☐ 314 lutas marciais

☐ 315 trabalhos manuais

☐ 316 Outros:

Exame Médico.

<div>Há queixa?</div> <div><input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> Sim</div> <div>Obs: <div></div><div></div><div></div></div>	<div>Pele e mucosas:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Descoradas</div><div><input type="checkbox"/> Ictéricas<input type="checkbox"/> Cianóticas</div><div><input type="checkbox"/> Dermatoses</div></div> <div>Tipo: <div></div></div>
<div>Olhos:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Com correção</div><div><input type="checkbox"/> Sem correção<input type="checkbox"/> Senso cromático alterado</div><div><input type="checkbox"/> Ac. visual alterada<input type="checkbox"/> Não realizado</div></div> <div>Obs: <div></div></div>	<div>Cabeça e Pescoço:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Tiróide alterada</div><div><input type="checkbox"/> Dente alterado<input type="checkbox"/> Garganta alterada</div><div><input type="checkbox"/> Gânglio alterado<input type="checkbox"/> Ouvido alterado</div><div><input type="checkbox"/> 334 olhos alterados</div></div> <div>Obs: <div></div></div>
<div>Inspecção Bucal:</div> <div><div><input type="checkbox"/> 335 Dentes:<input type="checkbox"/> 336 normal</div><div><input type="checkbox"/> 337 Alterado<input type="checkbox"/> 338 Língua</div><div><input type="checkbox"/> 339 normal<input type="checkbox"/> 340 alterado</div></div> <div>299 Obs.: <div></div></div>	<div>Respiratório:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> M.V. alterado</div><div><input type="checkbox"/> Presença de ruídos adventícios</div></div> <div>Obs: <div></div></div>
<div>Cardiovascular</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Arritmias</div><div><input type="checkbox"/> Sopros<input type="checkbox"/> Outros</div></div> <div>Obs: <div></div></div>	<div>Abdome:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Dor à palpação</div><div><input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia<input type="checkbox"/> Massas palpáveis</div></div> <div>Obs: <div></div></div>
<div>Membros Inferiores:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Edema</div><div><input type="checkbox"/> Limitação à rotação interna<input type="checkbox"/> Limitação à rotação externa</div><div><input type="checkbox"/> 93 limitação articular</div></div> <div>342 Obs.: <div></div></div>	<div>Extremidades:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Pulsos periféricos ausentes</div><div><input type="checkbox"/> Edemas<input type="checkbox"/> Varizes discretas</div><div><input type="checkbox"/> Varizes intensas</div></div>
<div>Ombros:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Edema</div><div><input type="checkbox"/> Dor à rotação externa com abdução (D)<input type="checkbox"/> Dor à rotação externa com abdução (E)</div><div><input type="checkbox"/> Dor à rotação interna com abdução (D)<input type="checkbox"/> Dor à rotação interna com abdução (E)</div><div><input type="checkbox"/> Dor à palpação do bíceps (D)<input type="checkbox"/> Dor à palpação do bíceps (E)</div><div><input type="checkbox"/> Dor à palpação sub-acromial (D)<input type="checkbox"/> Dor à palpação sub-acromial (E)</div></div>	<div>Mãos e punhos:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Edema (D)</div><div><input type="checkbox"/> Edema (E)<input type="checkbox"/> Crepitação (D)</div><div><input type="checkbox"/> Crepitação (E)<input type="checkbox"/> Nódulos/cistos (D)</div><div><input type="checkbox"/> Nódulos/cistos (E)<input type="checkbox"/> Teste de Tinel (D)</div><div><input type="checkbox"/> Teste de Tinel (E)<input type="checkbox"/> Perda da capacidade de preensão (D)</div><div><input type="checkbox"/> Perda da capacidade de preensão (E)<input type="checkbox"/> Teste de Finkelstein (D)</div><div><input type="checkbox"/> Teste de Finkelstein (E)<input type="checkbox"/> Manobra de Phalen (D)</div><div><input type="checkbox"/> Manobra de Phalen (E)</div></div> <div>344 Obs.: <div></div></div>
<div>Cotovelos:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Parestesias (D)</div><div><input type="checkbox"/> Parestesias (E)<input type="checkbox"/> Choque (D)</div><div><input type="checkbox"/> Choque (E)<input type="checkbox"/> Edema (D)</div><div><input type="checkbox"/> Edema (E)<input type="checkbox"/> Dor epicôndilo lateral (D)</div><div><input type="checkbox"/> Dor epicôndilo lateral (E)<input type="checkbox"/> Dor epicôndilo medial (D)</div><div><input type="checkbox"/> Dor epicôndilo medial (E)</div></div> <div>347 Obs.: <div></div></div>	<div>Coluna:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Normal<input type="checkbox"/> Lordose</div><div><input type="checkbox"/> Escoliose<input type="checkbox"/> Cifose</div><div><input type="checkbox"/> Lasêgue<input type="checkbox"/> Limitação de flexão</div><div><input type="checkbox"/> Limitação de lateralização (D)<input type="checkbox"/> Limitação de lateralização (E)</div></div> <div>348 Obs.: <div></div></div>
<div>Prontuário Clínico - Exames Complementares:</div>	
<div>DIGITE OS RESULTADOS DOS EXAMES:</div> <div><div><div>___/___/___ Ácido úrico Contagem:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Acuidade Visual:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Audiometria Tonal:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Colesterol (HDL):___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Colesterol (LDL):___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Colesterol total:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Coprocultura:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Creatinina:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ ECG/Eletrocardiograma:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ EEG/Eletroencefalograma em Vigília:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Espirometria:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Glicose:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Hemograma Completo:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Parasitológico - nas fezes (PPF):___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ TGO/Transaminase Oxalacética:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ TGP/Transaminase Pirúvica:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ Triglicérides:___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___/___/___ GAMA:___Normal:() / Alterado: ()</div></div></div>	<div>DIGITE OS RESULTADOS DOS EXAMES:</div> <div><div><div>___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___Normal:() / Alterado: ()</div><div>___Normal:() / Alterado: ()</div></div></div>
<div>Conclusão.</div>	
<div>Atividades anteriores:</div>	<div>Possui CAT anterior?</div> <div><input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> Sim</div>

06/02/2024, 15:26

SOC - [cad011r.jsp] [Pedido de Exames]

<div></div>	<div>Quando e motivo: ▶</div>
<div>É reabilitado pelo INSS (CRP/Reabilita)?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Sim</div><div><input type="checkbox"/> Não</div></div>	<div>Antecedentes Ocupacionais</div> <div>324 - Funções anteriores ▶</div> <div><div><input type="checkbox"/></div>220 - Afastamento pelo INSS : Sim</div> <div><div><input type="checkbox"/></div>221 - Afastamento pelo INSS : Não</div> <div>222 Qual Motivo? ▶</div> <div><div></div></div> <div>218 - Quanto Tempo? ▶</div> <div><div></div></div>
<div>No exame realizado: Existem queixas/alterações de exame físico que necessitam de investigação?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Sim</div><div><input type="checkbox"/> Não</div></div>	<div>Situação atual: Em tratamento?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Sim</div><div><input type="checkbox"/> Não</div></div> <div>Qual? ▶</div> <div><div></div></div> <div><div></div></div> <div><div></div></div>
<div>Encaminhado?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Sim</div><div><input type="checkbox"/> Não</div></div> <div>Qual especialidade: ▶</div> <div><div></div></div>	<div>Diagnósticos prováveis:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Higidez</div><div><input type="checkbox"/> Enxaqueca</div><div><input type="checkbox"/> Rinite</div><div><input type="checkbox"/> Perda auditiva</div><div><input type="checkbox"/> Cardiopatia</div><div><input type="checkbox"/> Asma</div><div><input type="checkbox"/> Pneumopatias</div><div><input type="checkbox"/> Hepatopatia</div><div><input type="checkbox"/> Hérnia</div><div><input type="checkbox"/> Cálculo renal</div><div><input type="checkbox"/> Cefaléia</div><div><input type="checkbox"/> Doença odontológica</div><div><input type="checkbox"/> Déficit visual</div><div><input type="checkbox"/> HAS</div><div><input type="checkbox"/> Alteração vocal</div><div><input type="checkbox"/> DPOC</div><div><input type="checkbox"/> Gastrite/úlcera</div><div><input type="checkbox"/> Constipação intestinal</div><div><input type="checkbox"/> Gestação</div></div>
<div>Diagnósticos prováveis:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Alteração gastrointestinal</div><div><input type="checkbox"/> Alterações hematológicas</div><div><input type="checkbox"/> Dor em membro</div><div><input type="checkbox"/> Deficiência física</div><div><input type="checkbox"/> Diabetes</div><div><input type="checkbox"/> Obesidade</div><div><input type="checkbox"/> Convulsão</div><div><input type="checkbox"/> Neuropatia</div><div><input type="checkbox"/> Dermatoses</div><div><input type="checkbox"/> Neoplasias</div><div><input type="checkbox"/> Nefropatia</div><div><input type="checkbox"/> Dor articular</div><div><input type="checkbox"/> Alterações em coluna</div><div><input type="checkbox"/> Doença reumática</div><div><input type="checkbox"/> Dislipidemia</div><div><input type="checkbox"/> Tireopatia</div><div><input type="checkbox"/> Epilepsia</div><div><input type="checkbox"/> Doença psiquiátrica</div><div><input type="checkbox"/> Varizes</div></div>	<div>Há patologia comprovadamente ocupacional?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Sim</div><div><input type="checkbox"/> Não</div></div>
<div>Há necessidade de afastamento das atividades?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Sim</div><div><input type="checkbox"/> Não</div></div> <div>Por quantos dias: ▶</div> <div><div></div></div>	<div>Há necessidade de restrição de atividades?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Sim</div><div><input type="checkbox"/> Não</div></div> <div>Por quanto tempo? ▶</div> <div><div></div></div> <div>Tipo de restrição: ▶</div> <div><div></div></div>
<div>Classificação:</div> <div><div><input type="checkbox"/> Apto para a função</div><div><input type="checkbox"/> Inapto para a função</div><div><input type="checkbox"/> Pendente</div><div><input type="checkbox"/> Não Concluído</div></div> <div>Observações gerais: ▶</div> <div><div></div></div> <div><div></div></div> <div><div></div></div>	
<div>Assinaturas.</div>	
<div>ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO</div> <div><div></div></div>	<div>CARIMBO E ASSINATURADO DO MÉDICO EXAMINADOR</div> <div><div></div></div> <div>Telefone: ▶</div> <div><div></div></div> <div>Data: ▶ ____/____/____</div> <div><div></div></div>
<div>Medicamentos</div>	
<div>CID</div>	
<div>CID</div>	
<div>Texto Livre</div>	
<div>Texto Livre</div>	

https://sistema.soc.com.br/WebSoc/cad011.do

4/8





