

MANTRIS

**A S O - ATESTADO DE SAÚDE  
OCUPACIONAL**

MANTRIS

**LATAM - TAM LINHAS AÉREAS S/A****Empresa:****Razão Social:**TAM LINHAS AEREAS S/A.**Endereço,UF,Cidade:**ESTRADA DO AEROPORTO, S/N,0,  
**Cidade / UF:**PORTO SEGURO,BA**Funcionário****Nome:**CAROLINA DA SILVA E SOUZA**CPF:**008.836.645-69/**RG:**941309576**Código/Matricula:**50368543/**Órgão Emissor:** :**Sexo:**Feminino**Setor:**AEROPORTO PORTO SEGURO**Cargo:**AGENTE AEROPORTO**Nascimento/Idade:**30/08/1983 - 38**Unidade:**BRASIL-PORTO SEGURO**Médico Coordenador do PCMSO****Nome:**GISELE DE MOURA GUIMARAES FERRAZ DO AMARAL  
**CRM:**140615 **UF:**SP**Endereço/Cidade/Estado:**Rua Guararapes , 2064,São Paulo,SP  
**Telefone:**(11) 2141-8000**Riscos**

Ausência de Risco Ocupacional Específico

**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:****Tipo:**Admissional**Código Sequencial:**199866062**Data Ficha:**02/08/2022**Avaliação Clínica e Exames Realizados**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Exame Clínico

**Parecer**☐ Apto para função ☐ Inapto para função**Observações****Dados da Clínica****Nome:**Mediclinica - Porto Seguro**Endereço:**Rua Sao Sebastiao,35**Telefone:**(73) 3268-4349**UF/Cidade:**BA,Porto Seguro

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Declaro que recebi 2ª via cópia deste documento:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_


Carimbo e Assinatura Médico Examinador com CRM

/

CAROLINA DA SILVA E SOUZA

<div><div>MANTRIS</div><div>A S O - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL</div><div>MANTRIS</div></div> <div></div>	
LATAM - TAM LINHAS AÉREAS S/A	
Empresa:	
Razão Social:TAM LINHAS AEREAS S/A.	Endereço,UF,Cidade:ESTRADA DO AEROPORTO, S/N,0, Cidade / UF:PORTO SEGURO,BA
Funcionário	
Nome:CAROLINA DA SILVA E SOUZA	CPF:008.836.645-69/RG:941309576
Código/Matricula:50368543/	Órgão Emissor: :Sexo:Feminino
Setor:AEROPORTO PORTO SEGURO	Cargo:AGENTE AEROPORTO
Nascimento/Idade:30/08/1983 - 38	Unidade:BRASIL-PORTO SEGURO
Médico Coordenador do PCMSO	
Nome:GISELE DE MOURA GUIMARAES FERRAZ DO AMARAL	Endereço/Cidade/Estado:Rua Guararapes , 2064,São Paulo,SP
CRM:140615 UF:SP	Telefone:(11) 2141-8000
Riscos	
Ausência de Risco Ocupacional Específico	
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:	
Tipo:Admissional	Código Sequencial:199866062 Data Ficha:02/08/2022
Avaliação Clínica e Exames Realizados	
___/___/___ Exame Clínico	
Parecer	
<input type="checkbox"/> Apto para função <input type="checkbox"/> Inapto para função	
Observações	
Dados da Clínica	
Nome:Mediclinica - Porto Seguro	Endereço:Rua Sao Sebastiao,35
Telefone:(73) 3268-4349	UF/Cidade:BA,Porto Seguro
___/___/___	Declaro que recebi 2ª via cópia deste documento: ___/___/___
Carimbo e Assinatura Médico Examinador com CRM	CAROLINA DA SILVA E SOUZA
/	

<div><div>MANTRIS</div><div>A S O - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL</div><div>MANTRIS</div></div> <div></div>	
LATAM - TAM LINHAS AÉREAS S/A	
Empresa:	
Razão Social:TAM LINHAS AEREAS S/A.	Endereço,UF,Cidade:ESTRADA DO AEROPORTO, S/N,0, Cidade / UF:PORTO SEGURO,BA
Funcionário	
Nome:CAROLINA DA SILVA E SOUZA Código/Matricula:50368543/ Setor:AEROPORTO PORTO SEGURO Nascimento/Idade:30/08/1983 - 38	CPF:008.836.645-69/RG:941309576 Órgão Emissor: :Sexo:Feminino Cargo:AGENTE AEROPORTO Unidade:BRASIL-PORTO SEGURO
Médico Coordenador do PCMSO	
Nome:GISELE DE MOURA GUIMARAES FERRAZ DO AMARAL CRM:140615 UF:SP	Endereço/Cidade/Estado:Rua Guararapes , 2064,São Paulo,SP Telefone:(11) 2141-8000
Riscos	
Ausência de Risco Ocupacional Específico	
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:	
Tipo:Admissional	Código Sequencial:199866062      Data Ficha:02/08/2022
Avaliação Clínica e Exames Realizados	
___/___/___ Exame Clínico	
Parecer	
<input type="checkbox"/> Apto para função <input type="checkbox"/> Inapto para função	
Observações	
Dados da Clínica	
Nome:Mediclínica - Porto Seguro Telefone:(73) 3268-4349	Endereço:Rua Sao Sebastiao,35 UF/Cidade:BA,Porto Seguro
___/___/___	Declaro que recebi 2ª via cópia deste documento: ___/___/___
Carimbo e Assinatura Médico Examinador com CRM  /	CAROLINA DA SILVA E SOUZA

<b>MANTRIS</b>		<b>PEDIDO DE EXAMES</b>		<b>MANTRIS</b>	
<b>TAM LINHAS AEREAS S/A.</b>				<b>02/08/2022</b>	
<b>Prestador Mediclinica - Porto Seguro</b>			<b>Telefone:</b> (73) 3268-4349		
<b>Endereço:</b> Rua Sao Sebastiao , 35			<b>Bairro:</b> Manoel Carneiro		
<b>Complemento:</b>			<b>Cidade:</b> Porto Seguro		
<b>Atendente:</b> Adriana / Valdineia			<b>Fax:</b> (73) 98816-1093		
<b>Seqüência</b> 199866062					
<b>Funcionário</b> 50368543 - <b>CAROLINA DA SILVA E SOUZA</b>		<b>Matricula</b>	<b>RG</b> 941309576	<b>Tipo de Exame</b> Admissional	
<b>Empresa</b> JJH8 - TAM LINHAS AEREAS S/A.		<b>Unidade</b> BRASIL-PORTO SEGURO	<b>CNPJ</b> 02.012.862/0057-14		
<b>Data de Nascimento</b> 30/08/1983		<b>Idade</b> 38	<b>Data Ficha</b> 02/08/2022		
<b>Nome do Setor</b> AEROPORTO PORTO SEGURO	<b>Centro de Custo</b>	<b>Nome do Cargo</b> AGENTE AEROPORTO			

## Exames

Código Exame	TUSS	Nome do Exame	Recomendação	Data	Hora
CLINICO	10101012	Exame Clínico	..	03/08/2022	08:00

## Riscos do Funcionário

Ausência de Risco Ocupacional Específico

Carimbo e Assinatura  
Médico Examinador com CRM

CAROLINA DA SILVA E SOUZA  
RG: 941309576



## FICHA CLÍNICA

TAM LINHAS AEREAS S/A.

02/08/2022

<b>Funcionário (Código / Nome)</b> 50368543 / CAROLINA DA SILVA E SOUZA		<b>RG</b> 941309576
<b>Empresa</b> TAM LINHAS AEREAS S/A.		<b>CNPJ</b> 02.012.862/0057-14
<b>Unidade</b> BRASIL-PORTO SEGURO	<b>Setor</b> AEROPORTO PORTO SEGURO	
<b>Cargo</b> AGENTE AEROPORTO	<b>Sexo</b> Feminino	<b>Idade</b> 38
<b>Nascimento</b> 30/08/1983	<b>Entrada</b> 00:00	<b>Saída</b> 00:00
<b>Tipo de Exame</b> Admissional		<b>Data Ficha</b> 02/08/2022



Médico(a)/

Exames  
Exame Clínico,

Parecer do ASO

Anamnese

## SINAIS VITAIS

<b>Temperatura</b>	<b>Frequência Respiratória (IPM)</b>	<b>Pressão Arterial (mmHg)</b>	<b>Frequência de Pulso (BPM)</b>
<b>Altura</b>	<b>Biotipo</b>	<b>Peso (Kg)</b>	<b>Índice de Massa Corpórea</b>
<b>Perímetro Cintura (cm)</b>		<b>Perímetro Quadril (cm)</b>	

Texto Livre

## Ficha Clínica

## ESTILO DE VIDA E SAÚDE

<b>Fuma:</b> <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parei de Fumar		<b>Bebidas Alcoólicas:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 3x por semana <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Fins de Semana	
<b>Atividade física:</b> <input type="checkbox"/> 3x ou mais por semana <input type="checkbox"/> Fins de semana <input type="checkbox"/> Não Qual atividade? ▶ _____		<b>Antecedentes Pessoais</b> <input type="checkbox"/> 302 Transtorno Psicológico <input type="checkbox"/> 303 cardiopulmonar <input type="checkbox"/> 304 gastrointestinal <input type="checkbox"/> 305 Osteomuscular <input type="checkbox"/> 306 endócrino <input type="checkbox"/> 307 cirurgias anteriores 308 Qual?: ▶ _____ 309 Outros: ▶ _____	
<b>B10 Tratamento / Medicamento</b> <input type="checkbox"/> 232 Sim <input type="checkbox"/> 233 Não		<b>Frequentemente se sente:</b> <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Estressado <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Irritado	
<b>Portador de:</b> <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"/> Nenhuma das anteriores		<b>Doenças anteriores/Cirurgias:</b> _____ _____ _____	
<b>Uso de medicação? Qual?</b> _____ _____ _____		<b>Data da última menstruação:</b> ____/____/____	
<b>Doenças na família (pai, mãe, irmão, avós e tios):</b> <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Derrame <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Não há antecedentes familiares		<b>Quantos empregos / serviços tem?</b> _____ _____	
<b>Quantas horas de trabalho por dia?</b> _____		<b>Historia/Antecedente de reação de hipersensibilidade - Alergia?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Picada de inseto <input type="checkbox"/> Outros Especificar ▶ _____	
<b>B26 - Possibilidade de enquadramento para PCD</b> <input type="checkbox"/> 327 - Físico <input type="checkbox"/> 328 - Auditivo <input type="checkbox"/> 329 - Motor <input type="checkbox"/> 330 - Visual		<b>Pratica Regularmente:</b> <input type="checkbox"/> 312 tênis / squash <input type="checkbox"/> 313 instrumentos musicais / canto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<div><div><div><div><div></div><div>331 - Mental</div></div><div><div></div><div>333 - Reabilitado (CRP)</div></div></div><div><div><div></div><div>332 - Múltipla</div></div></div></div></div> <div><div><div><div><div></div><div>314 lutas marciais</div></div><div><div></div><div>316 Outros:</div></div></div><div><div><div></div><div>315 trabalhos manuais</div></div></div></div></div>
--

Exame Médico

Há queixa?

Não

Sim

Obs: ▶

Pele e mucosas:

Normal

Ictéricas

Dermatoses

Descoradas

Cianóticas

Tipo: ▶

Olhos:

Normal

Sem correção

Ac. visual alterada

Com correção

Senso cromático alterado

Não realizado

Obs: ▶

Cabeça e Pescoço:

Normal

Dente alterado

Gânglio alterado

334 olhos alterados

Tiróide alterada

Garganta alterada

Ouvido alterado

Obs: ▶

Inspeção Bucal:

335 Dentes:

336 normal

337 Alterado

338 Língua

339 normal

340 alterado

299 Obs.: ▶

Respiratório:

Normal

Presença de ruídos adventícios

M.V. alterado

Obs: ▶

Cardiovascular

Normal

Sopros

Arritmias

Outros

Obs: ▶

Abdome:

Normal

Hepatoesplenomegalia

Dor à palpação

Massas palpáveis

Obs: ▶

Membros Inferiores:

Normal

Limitação à rotação interna

93 limitação articular

Edema

Limitação à rotação externa

342 Obs.: ▶

Extremidades:

Normal

Edemas

Varizes intensas

Pulsos periféricos ausentes

Varizes discretas

Ombros:

Normal

Dor à rotação externa com abdução (D)

Dor à rotação interna com abdução (D)

Dor à palpação do bíceps (D)

Dor à palpação sub-acromial (D)

Edema

Dor à rotação externa com abdução (E)

Dor à rotação interna com abdução (E)

Dor à palpação do bíceps (E)

Dor à palpação sub-acromial (E)

Mãos e punhos:

Normal

Edema (E)

Crepitação (E)

Nódulos/cistos (E)

Teste de Tinel (E)

Perda da capacidade de preensão (E)

Teste de Finkelstein (E)

Manobra de Phalen (E)

Edema (D)

Crepitação (D)

Nódulos/cistos (D)

Teste de Tinel (D)

Perda da capacidade de preensão (D)

Teste de Finkelstein (D)

Manobra de Phalen (D)

344 Obs.: ▶

Cotovelos:

Normal

Parestesias (E)

Choque (E)

Edema (E)

Dor epicôndilo lateral (E)

Dor epicôndilo medial (E)

Parestesias (D)

Choque (D)

Edema (D)

Dor epicôndilo lateral (D)

Dor epicôndilo medial (D)

347 Obs.: ▶

Coluna:

Normal

Escoliose

Lasègue

Limitação de lateralização (D)

348 Obs.:

Lordose

Cifose

Limitação de flexão

Limitação de lateralização (E)

Prontuário Clínico - Exames Complementares:

DIGITE OS RESULTADOS DOS EXAMES:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ácido úrico Contagem:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Acuidade Visual:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Audiometria Tonal:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Colesterol (HDL):\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Colesterol (LDL):\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Colesterol total:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Coprocultura:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Creatinina:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ ECG/Eletrocardiograma:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ EEG/Eletroencefalograma em Vigília:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Espirometria:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Glicose:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Hemograma Completo:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Parasitológico - nas fezes (PPF):\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ TGO/Transaminase Oxalacética:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ TGP/Transaminase Pirúvica:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ Triglicérides:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_/\_\_\_ GAMA:\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

DIGITE OS RESULTADOS DOS EXAMES:

\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

\_\_\_\_\_

Normal:( ) / Alterado: ( )

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

6/8

Conclusão																					
Atividades anteriores:	Possui CAT anterior? <div><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</div> <div>Quando e motivo: </div>																				
É reabilitado pelo INSS (CRP/Reabilita)? <div><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div>	Antecedentes Ocupacionais 324 - Funções anteriores <div><input type="checkbox"/> 220 - Afastamento pelo INSS : Sim</div> <div><input type="checkbox"/> 221 - Afastamento pelo INSS : Não</div> <div>222 Qual Motivo? </div> <div>218 - Quanto Tempo? </div>																				
No exame realizado: Existem queixas/alterações de exame físico que necessitam de investigação? <div><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div>	Situação atual: Em tratamento? <div><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div> <div>Qual? </div>																				
Encaminhado? <div><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div> <div>Qual especialidade: </div>	Diagnósticos prováveis: <table><tr><td><input type="checkbox"/> Hígidez</td><td><input type="checkbox"/> Cefaléia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Enxaqueca</td><td><input type="checkbox"/> Doença odontológica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Rinite</td><td><input type="checkbox"/> Déficit visual</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Perda auditiva</td><td><input type="checkbox"/> HAS</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cardiopatia</td><td><input type="checkbox"/> Alteração vocal</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Asma</td><td><input type="checkbox"/> DPOC</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pneumopatias</td><td><input type="checkbox"/> Gastrite/úlcera</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hepatopatia</td><td><input type="checkbox"/> Constipação intestinal</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hérnia</td><td><input type="checkbox"/> Gestação</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cálculo renal</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Hígidez	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Enxaqueca	<input type="checkbox"/> Doença odontológica	<input type="checkbox"/> Rinite	<input type="checkbox"/> Déficit visual	<input type="checkbox"/> Perda auditiva	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Alteração vocal	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Pneumopatias	<input type="checkbox"/> Gastrite/úlcera	<input type="checkbox"/> Hepatopatia	<input type="checkbox"/> Constipação intestinal	<input type="checkbox"/> Hérnia	<input type="checkbox"/> Gestação	<input type="checkbox"/> Cálculo renal	
<input type="checkbox"/> Hígidez	<input type="checkbox"/> Cefaléia																				
<input type="checkbox"/> Enxaqueca	<input type="checkbox"/> Doença odontológica																				
<input type="checkbox"/> Rinite	<input type="checkbox"/> Déficit visual																				
<input type="checkbox"/> Perda auditiva	<input type="checkbox"/> HAS																				
<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Alteração vocal																				
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> DPOC																				
<input type="checkbox"/> Pneumopatias	<input type="checkbox"/> Gastrite/úlcera																				
<input type="checkbox"/> Hepatopatia	<input type="checkbox"/> Constipação intestinal																				
<input type="checkbox"/> Hérnia	<input type="checkbox"/> Gestação																				
<input type="checkbox"/> Cálculo renal																					
Diagnósticos prováveis: <table><tr><td><input type="checkbox"/> Alteração gastrointestinal</td><td><input type="checkbox"/> Nefropatia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alterações hematológicas</td><td><input type="checkbox"/> Dor articular</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dor em membro</td><td><input type="checkbox"/> Alterações em coluna</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Deficiência física</td><td><input type="checkbox"/> Doença reumática</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diabetes</td><td><input type="checkbox"/> Dislipidemia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Obesidade</td><td><input type="checkbox"/> Tireopatia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Convulsão</td><td><input type="checkbox"/> Epilepsia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Neuropatia</td><td><input type="checkbox"/> Doença psiquiátrica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dermatoses</td><td><input type="checkbox"/> Varizes</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Neoplasias</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Alteração gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Nefropatia	<input type="checkbox"/> Alterações hematológicas	<input type="checkbox"/> Dor articular	<input type="checkbox"/> Dor em membro	<input type="checkbox"/> Alterações em coluna	<input type="checkbox"/> Deficiência física	<input type="checkbox"/> Doença reumática	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Tireopatia	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Neuropatia	<input type="checkbox"/> Doença psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Dermatoses	<input type="checkbox"/> Varizes	<input type="checkbox"/> Neoplasias		Há patologia comprovadamente ocupacional? <div><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div>
<input type="checkbox"/> Alteração gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Nefropatia																				
<input type="checkbox"/> Alterações hematológicas	<input type="checkbox"/> Dor articular																				
<input type="checkbox"/> Dor em membro	<input type="checkbox"/> Alterações em coluna																				
<input type="checkbox"/> Deficiência física	<input type="checkbox"/> Doença reumática																				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dislipidemia																				
<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Tireopatia																				
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Epilepsia																				
<input type="checkbox"/> Neuropatia	<input type="checkbox"/> Doença psiquiátrica																				
<input type="checkbox"/> Dermatoses	<input type="checkbox"/> Varizes																				
<input type="checkbox"/> Neoplasias																					
Há necessidade de afastamento das atividades? <div><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div> <div>Por quantos dias: </div>	Há necessidade de restrição de atividades? <div><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</div> <div>Por quanto tempo? </div> <div>Tipo de restrição: </div>																				
Classificação: <div><input type="checkbox"/> Apto para a função <input type="checkbox"/> Inapto para a função</div> <div><input type="checkbox"/> Pendente <input type="checkbox"/> Não Concluído</div> <div>Observações gerais: </div>																					
Assinaturas																					
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO	CARIMBO E ASSINATURADO DO MÉDICO EXAMINADOR <div>Telefone: </div> <div>Data: ____/____/____</div>																				
001 - Identificação																					
Tipo de Exame: <div><input type="checkbox"/> Admissional <input type="checkbox"/> Assistencial</div> <div><input type="checkbox"/> Demissional <input type="checkbox"/> Mudança de função</div> <div><input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Retorno ao trabalho</div>	Suas atividades exigem que você? <div><input type="checkbox"/> Carregue peso <input type="checkbox"/> Trabalhe com escala de trabalho variável</div> <div><input type="checkbox"/> Trabalhe em horário noturno sistematicamente</div>																				
Realiza atividades especiais?																					

<div><div><input type="checkbox"/> Espaço confinado</div><div><input type="checkbox"/> Operador de empilhadeira</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Trabalho em altura</div></div>	
--	--

008 - Anamnese

<div>Acidente/Doença de trabalho anterior?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>	<div>Internações anteriores.</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>
<div>Fratura anteriores.</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>	<div>Data da última menstruação.</div> <div><div>____/____/____</div></div>
<div>Número de filhos.</div> <div><div><div><input type="checkbox"/> Mais de 6</div><div><input type="checkbox"/> 1</div><div><input type="checkbox"/> 3</div><div><input type="checkbox"/> 5</div></div><div><div><input type="checkbox"/> Nenhum</div><div><input type="checkbox"/> 2</div><div><input type="checkbox"/> 4</div><div><input type="checkbox"/> 6</div></div></div> <div>Obs: </div>	<div>Contracepção.</div> <div><div><div><input type="checkbox"/> Cirúrgica</div><div><input type="checkbox"/> Hormonal</div></div><div><input type="checkbox"/> DIU</div></div> <div>Obs: </div>
<div>Vacina contra febre amarela atualizada?</div> <div><div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div><div><input type="checkbox"/> Não sei</div></div> <div>Obs: </div>	

020 - Histórico de doenças

<div>Asma ou Bronquite?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>	<div>Sinusite ou Rinite?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>
<div>Diabetes (açúcar no sangue)?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>	<div>Ansiedade/Depressão?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>
<div>Dor nas Costas?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>	<div>Dor nas pernas?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>
<div>Dor no pescoço/ombro?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>	<div>Dor nos braços/mãos?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>
<div>Tumores?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>	<div>Problemas no Coração?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>
<div>Derrame?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>	<div>Pressão Alta?</div> <div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Sim</div></div> <div>Obs: </div>

009 - Exame físico

<div>Tipo de deficiência.</div> <div><div><div><input type="checkbox"/> Auditiva</div><div><input type="checkbox"/> Mental</div><div><input type="checkbox"/> Não</div><div><input type="checkbox"/> Visual</div></div><div><div><input type="checkbox"/> Fisicomotora</div><div><input type="checkbox"/> Múltipla</div><div><input type="checkbox"/> Reabilitação profissional</div></div></div> <div>Obs: </div>	
--	--

Medicamentos

CID

CID

Texto Livre

Texto Livre