

NOVA

saúde &amp; segurança do trabalho

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO:		
Nome: EDIBERTO CESAR DA CUNHA		CPF 307.313.646-00
Função: MECÂNICO		CNPJ 04.414.787/0001-99
Data Nas.	02/12/1959	
Empresa:	BETO MONT JUNDIAÍ LTDA	
Riscos:	Físico	Ruido
	Químico	Químicos
	Acidente	Trabalho em Altura, Trabalho em Espaço Confinado, Cortes e Perfurações, Exposição acidental a vazamento de produtos químicos proveniente da planta industrial
	Biológico	Sem Riscos Específicos
	Ergonômico	Postural

( x ) Admissional ( ) Periódico ( ) Retorno ao Trabalho ( ) Mudança de Função ( ) Demissional

## PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

1	Exame Clínico	Data:	18/07/23
2	Audiometria	Data:	18/07/23
3	Eletrocardiograma	Data:	18/07/23
4	Eletroencefalograma	Data:	18/07/23
5	Hemograma Completo com Plaquetas	Data:	18/07/23
6	Glicose em Jejum	Data:	18/07/23
7	Raio X Tórax	Data:	18/07/23
8	Espirometria	Data:	18/07/23
9	Acuidade Visual	Data:	18/07/23
10	Avaliação Psicossocial	Data:	18/07/23

OBS: OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS ENCONTRAM-SE ARQUIVADOS NO PRONTUÁRIO MÉDICO.

## CONCLUSÃO:

( <u>2</u> ) APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER	( ) INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER
( <u>2</u> ) APTO PARA TRABALHO EM ALTURA	( ) INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA
( <u>2</u> ) APTO P/ TRABALHO ESPAÇO CONFINADO	( ) INAPTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO
* TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO	* TRABALHO EM ALTURA

OBSERVAÇÃO: USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S

Ipatinga, MG

18/07/23

Dr. Gustavo Calili Ambrósio  
CRM 66432  
CONTROLE 1341758

Médico Examinador Assinatura e Carimbo

MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques  
CRM SP 89135

RECEBI CÓPIA EM:

18/07/23Ediberto Cesar da Cunha

Assinatura do Empregado/Candidato

EMITIDO EM 03 (TRÊS) VIAS: (1ª) LOCAL DE TRABALHO, (2ª) FUNCIONÁRIO, (3ª) PRONTUÁRIO MÉDICO

Endereço: Av. Guido Marliere, 185 - Iguazu - Ipatinga MG - CEP: 35.162-072

Tel./Fax: (31) 3821-4236

NOVA

saúde &amp; segurança do trabalho

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO:		
Nome: EDIBERTO CESAR DA CUNHA		CPF 307.313.646-00
Função: MECÂNICO		CNPJ 04.414.787/0001-99
Data Nas.	02/12/1959	
Empresa:	BETO MONT JUNDIAÍ LTDA	
Riscos:	Físico	Ruído
	Químico	Químicos
	Acidente	Trabalho em Altura, Trabalho em Espaço Confinado, Cortes e Perfurações, Exposição acidental a vazamento de produtos químicos proveniente da planta industrial
	Biológico	Sem Riscos Específicos
	Ergonômico	Postural

( x ) Admissional ( ) Periódico ( ) Retorno ao Trabalho ( ) Mudança de Função ( ) Demissional

## PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

1	Exame Clínico	Data:	18/07/23
2	Audiometria	Data:	18/07/23
3	Eletrocardiograma	Data:	18/07/23
4	Eletroencefalograma	Data:	18/07/23
5	Hemograma Completo com Plaquetas	Data:	18/07/23
6	Glicose em Jejum	Data:	18/07/23
7	Raio X Tórax	Data:	18/07/23
8	Espirometria	Data:	18/07/23
9	Acuidade Visual	Data:	18/07/23
10	Avaliação Psicossocial	Data:	18/07/23

OBS: OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS ENCONTRAM-SE ARQUIVADOS NO PRONTUÁRIO MÉDICO.

## CONCLUSÃO:

( <input checked="" type="checkbox"/> ) APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER	( ) INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER
( <input checked="" type="checkbox"/> ) APTO PARA TRABALHO EM ALTURA	( ) INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA
( <input checked="" type="checkbox"/> ) APTO P/ TRABALHO ESPAÇO CONFINADO	( ) INAPTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO
* TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO	* TRABALHO EM ALTURA

OBSERVAÇÃO: USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S

Ipatinga, MG

18/07/23

Dr. Gustavo Calil Ambrósio  
CRM-MG 66432  
CONTROLE 1341758

Médico Examinador Assinatura e Carimbo

MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques  
CRM SP 89135

RECEBI CÓPIA EM:

18/07/23

*Ediberto Cesar da Cunha*

Assinatura do Empregado/Candidato

EMITIDO EM 03 (TRÊS) VIAS: (1ª) LOCAL DE TRABALHO, (2ª) FUNCIONÁRIO, (3ª) PRONTUÁRIO MÉDICO

Endereço: Av. Guido Marliere, 185 - Iguaçu - Ipatinga MG - CEP: 35.162-072

Tel./Fax: (31) 3821-4236

NOVA

saúde &amp; segurança do trabalho

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO:		
Nome: EDIBERTO CESAR DA CUNHA		CPF 307.313.646-00
Função: MECÂNICO		CNPJ 04.414.787/0001-99
Data Nas.	02/12/1959	
Empresa:	BETO MONT JUNDIAÍ LTDA	
Riscos:	Físico	Ruido
	Químico	Químicos
	Acidente	Trabalho em Altura, Trabalho em Espaço Confinado, Cortes e Perfurações, Exposição acidental a vazamento de produtos químicos proveniente da planta industrial
	Biológico	Sem Riscos Específicos
	Ergonômico	Postural

( x ) Admissional ( ) Periódico ( ) Retorno ao Trabalho ( ) Mudança de Função ( ) Demissional

## PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

1	Exame Clínico	Data:	18/07/23
2	Audiometria	Data:	18/07/23
3	Eletrocardiograma	Data:	18/07/23
4	Eletroencefalograma	Data:	18/07/23
5	Hemograma Completo com Plaquetas	Data:	18/07/23
6	Glicose em Jejum	Data:	18/07/23
7	Raio X Tórax	Data:	18/07/23
8	Espirometria	Data:	18/07/23
9	Acuidade Visual	Data:	18/07/23
10	Avaliação Psicossocial	Data:	18/07/23

OBS: OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS ENCONTRAM-SE ARQUIVADOS NO PRONTUÁRIO MÉDICO.

## CONCLUSÃO:

( <input checked="" type="checkbox"/> ) APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER	( ) INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER
( <input checked="" type="checkbox"/> ) APTO PARA TRABALHO EM ALTURA	( ) INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA
( <input checked="" type="checkbox"/> ) APTO P/ TRABALHO ESPAÇO CONFINADO	( ) INAPTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO
* TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO	* TRABALHO EM ALTURA

OBSERVAÇÃO: USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S

Ipatinga, MG

18/07/23

Dr. Gustavo Calvi Ambrósio  
CRM MG 66432  
CONTROLE 1341758  
Médico Examinador Assinatura e CarimboMÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques  
CRM SP 89135

RECEBI CÓPIA EM:

18/07/23

Ediberto Cesar da Cunha

Assinatura do Empregado/Candidato

EMITIDO EM 03 (TRÊS) VIAS: (1ª) LOCAL DE TRABALHO, (2ª) FUNCIONÁRIO, (3ª) PRONTUÁRIO MÉDICO

Endereço: Av. Guido Marliere, 185 - Iguazu - Ipatinga MG - CEP: 35.162-072

Tel./Fax: (31) 3821-4236

## FICHA CLÍNICA

BETO MONT JUNDIAI LTDA

Funcionário (Código / Nome) 2 / EDIBERTO CESAR DA CUNHA		RG 1590797
Empresa BETO MONT JUNDIAI LTDA		CNPJ 04.414.787/0001-99
Unidade BETO MONT JUNDIAI LTDA	Setor OPERACIONAL	
Cargo MECÂNICO	Sexo Masculino	Idade 63
Nascimento 29/12/1959	Admissão 22/05/2023	Entrada
Tipo de Exame Admissional		Saída
Médico(a)/		Data Ficha

**Exames**  
Audiometria, Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese e Exame físico), Avaliação da acuidade visual, Avaliação Psicossocial, ECG convencional de até 12 derivações, Eletroencefalograma, Gama-glutamil transferase (Gama-GT), Glicemia, Hemoglobina glicada (Fração A1c), Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas), Prova de função pulmonar completa (ou espirometria), RX - Tórax (OIT), Teste Romberg,

**Parecer do ASO**

Anamnese

## Medicamentos

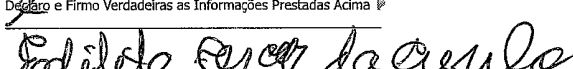
## CID

## Texto Livre

Texto Livre

## Ficha Clínica

## QUESTIONÁRIO AO TRABALHADOR

<input checked="" type="checkbox"/> FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAIS?   	<input type="checkbox"/> TEM ALGUM TIPO DE ALERGIA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL?   
<input type="checkbox"/> JÁ ESTEVE INTERNADO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO E PORQUE?   	<input type="checkbox"/> REALIZOU ALGUMA CIRURGIA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO E QUAL?   
<input type="checkbox"/> JÁ TEVE/TEM CRISE CONVULSIVA/EPILEPSIA/DESMAIO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO?   	<input type="checkbox"/> DORME BEM? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE NÃO, PORQUE?   
<input type="checkbox"/> FAZ ATIVIDADE FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL E QUANTAS VEZES?   	<input type="checkbox"/> INGERE BEBIDA ALCOÓLICA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANTAS VEZES?   
<input type="checkbox"/> FUMA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANTIDADE POR DIA / QUANTO TEMPO?   	<input type="checkbox"/> TEM ALGUM PROBLEMA DE VISÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL?   
<input type="checkbox"/> TEM ALGUM PROBLEMA DE AUDIÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL?   	<input type="checkbox"/> POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL?   
<input type="checkbox"/> JÁ TEVE ACIDENTE DE TRABALHO (COM CAT)? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO O QUE ACONTECEU?   	<input type="checkbox"/> VOCÊ JÁ FICOU AFASTADO PELO INSS (POR MAIS DE 15 DIAS)? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO? / O QUE ACONTECEU?   
<input type="checkbox"/> POSSUI HISTÓRICO DE DOENÇA FAMILIAR? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL?   	<input type="checkbox"/> ASSINATURA DO TRABALHADO: Declaro e Firmo Verdadeiras as Informações Prestadas Acima  

## FICHA CLÍNICA

QP / HMA: <i>Nega queixas</i>	HPP: <i>NDA</i>
ECTOSCOPIA: <i>BEG, LOTE</i>	APARELHO CARDIOVASCULAR: <i>incãdião</i>
APARELHO RESPIRATÓRIO: <i>eupneia</i>	APARELHO OSTEOMUSCULAR: <i>NDA</i>
OUTROS: _____ _____ _____	ROMBERG: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
Aspecto da Pele e dos Olhos - <i>NDA</i>	

## OBSERVAÇÕES

NECESSITA DE ENCAMINHAMENTO APÓS EXAME FÍSICO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MOTIVO ▶ _____ _____ _____	NECESSITA DE RELATÓRIO DE CONTRA-REFERÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
OUTRAS OBSERVAÇÕES: _____ _____ _____	

## EXAMES COMPLEMENTARES

1 - DOS EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS PELA EMPRESA, ALGUM APRESENTA ALTERAÇÃO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE SIM, QUAL (IS) EXAME (S)? CITE ALTERAÇÕES ENCONTRADAS: <i>Audito, ECG, Espirô</i>
2 - CONDUTA FRENTE A(S) ALTERAÇÃO(ÕES): <input checked="" type="checkbox"/> APTO PARA A FUNÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAR ALTERAÇÃO AO MÉDICO COORDENADOR DA EMPRESA PARA REAVALIAR E ORIENTAR PACIENTE, QUE ESTÁ APTO PARA FUNÇÃO	CONCLUSÃO: <input checked="" type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> INAPTO <i>Dr. Gustavo Calili Ambrósio</i> MÉDICO EXAMINADOR CRM 66432 CONTROLE 1341759

## Informações Pessoais

Dados Peso ▶ Altura ▶	
-----------------------------	--

## SINAIS VITAIS

Temperatura: _____	Frequência Respiratória (IPM) <i>13</i>	Pressão Arterial (mmHg) <i>130 x 80</i>	Frequência de Pulso (BPM) <i>40</i>
Altura <i>1,77</i>	Biotipo <i>mesomorfo</i>	Peso (Kg) <i>69</i>	Índice de Massa Corpórea
Perímetro Cintura (cm) <i>81</i>		Perímetro Quadril (cm) <i>90</i>	
Texto Livre			

**RESULTADO DE EXAMES****BETO MONT JUNDIAI LTDA****AUDIOMETRIA****Funcionário: 2 - EDIBERTO CESAR DA CUNHA**Unidade: **BETO MONT JUNDIAI LTDA**CNPJ: **04.414.787/0001-99**Setor: **OPERACIONAL**Cargo: **MECÂNICO**Situação: **Ativo**RG: **MG - 1590797**Data Ficha: **18/07/2023**

Médico(a):

CPF: **307.313.646-00**Data de Nascimento: **29/12/1959**Admissão: **22/05/2023**Idade: **63**Sexo: **Masculino**Tipo de Exame: **Admissional****Data do Exame: 18/07/2023**

Resultado:

Comentários: **Conduto Auditivo: M**

Referência:

Ref./Seq.: **Sequencial**

Aparelho:

Fabricante:

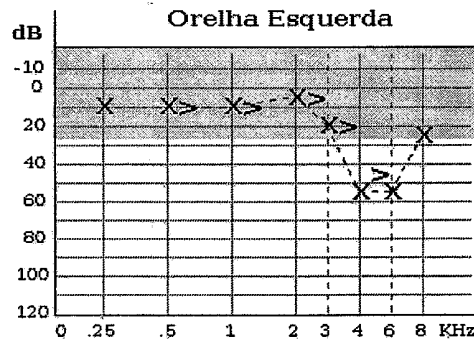
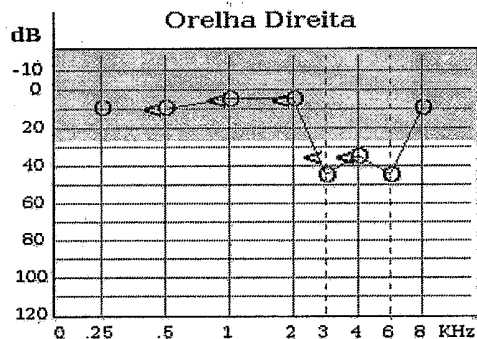
Calibração: **22/06/2023**

Repouso Auditivo:

Meatoscopia	Logaudiometria		
Meatoscopia(OD): <b>Normal</b>	SRT(OD):	IRF(OD):	LAF(OD):
Meatoscopia(OE): <b>Normal</b>	SRT(OE):	IRF(OE):	LAF(OE):

Limiares Tonais - Orelha Direita								
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8
V.A.	10	10	5	5	45	35	45	10
V.O.		10	5	5	35	35		
LLOYD & KAPLAN (1978)	Perda Auditiva sensorineural e configuração descendente em rampa.							
Médias Tritonais .5/1/2 kHz	6.67	Normal						
Médias Tritonais 3/4/6 kHz	41.67	Perda Moderada						

Limiares Tonais - Orelha Esquerda								
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8
V.A.	10	10	10	5	20	55	55	25
V.O.		10	10	5	20	45		
LLOYD & KAPLAN (1978)	Perda Auditiva sensorineural e configuração descendente em rampa.							
Médias Tritonais .5/1/2 kHz	8.33	Normal						
Médias Tritonais 3/4/6 kHz	43.33	Perda Moderada						



*Ediberto Cesar da Cunha*  
**EDIBERTO CESAR DA CUNHA**  
 RG: 1590797

**Claudiane Verônica de Almeida**  
**Fonoaudióloga**

CRFa 6 10988

*Claudiane Verônica de Almeida*  
**Claudiane Verônica de Almeida**  
 CRFa CRFa-6-10998 / MG  
 (Examinador)

LAUDO DE ECG - OCUPACIONAL

Código para verificação: V3FLFG29



TI-V3FLFG29

PACIENTE - Exame: 1454174

NOME: EDIBERTO CESAR DA CUNHA

EMPRESA: BETO MONT

RG: 1590797

SEXO: Masculino

NASC.: 29.12.1959

IDADE: 63 anos

MÉDICO SOLICITANTE: GUSTAVO CALILI AMBRÓSIO CRM: 66432

MOTIVO: ADMISSIONAL

DATA DO EXAME: 18/07/2023

LAUDO - 18/07/2023 10:44

Ritmo: SINUSAL

Frequência: 60 bpm

Conclusão, ECG com traçado sugestivo de:

- SINAIS DE SOBRECARGA VENTRICULAR ESQUERDA

\*\*Alterações no eletrocardiograma não configuram necessariamente a presença de doenças cardíacas e necessitam de correlação clínica



Documento eletrônico assinado digitalmente por  
DR FABRICIO PELUCCI MACHADO às  
18/07/2023 10:44. A validação da assinatura  
poderá ser feita diretamente no site do ITI, tendo  
em posse o arquivo original do laudo.

*Fabrizio Pelucci Machado*

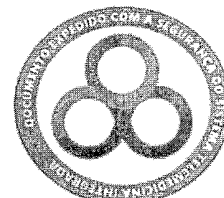
Dr. Fabrício Pelucci Machado

Médico Cardiologista

CRM-MG: 50.656

RQE CARDIOLOGIA: 33.452

RQE MED TRABALHO: 35.395



## LAUDO DE EEG-CLÍNICO DIGITAL

## DADOS DO PACIENTE

NOME: **EDIBERTO CESAR DA CUNHA** EMPRESA: BETO MONT IDADE: 63 anos  
SEXO: MASCULINO NASC : 29.12.1959

DATA DO EXAME: 18.07.2023  
SOLICITANTE: DRA. MARCELA CALILI AMBROSIO MENEZES  
CRM: 47896

\*\*Todo exame complementar necessita de correlação clínica

## LAUDO

Exame quantitativo da atividade elétrica cerebral feito em boas condições técnicas; paciente em vigília.

Observa-se no traçado eletroencefalográfico, com auxílio de histogramas e tabelas correspondentes, a presença de ritmos em faixas clássicas de frequência, com distribuição relativamente simétrica em todos os quadrantes de ambos os hemisférios cerebrais, com predomínio de ondas na frequência alfa.

**CONCLUSÃO:**

Exame eletroencefalográfico quantitativo mostrando padrões normais de distribuição da atividade elétrica cerebral de base.

Dr. Flávio Miori  
Neurocirurgia  
CRM: 74.389

Eletroencefalografia Quantitativa  
Mapeamento de Atividade Elétrica Cerebral



	<b>FOLHA DE LEITURA RADIOLÓGICA - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE RADIOGRAFIAS DE PNEUMOCONIOSE - OIT 2011</b>	<b>CÓDIGO PARA VERIFICAÇÃO: QQDCDSQC</b>
<b>NOME</b> EDIBERTO CESAR CUNHA - ADM- BETO MONT		<b>EMPRESA</b> 
<b>Nº DO RX</b> 		<b>DATA DO RX</b> 18/07/2023 07:51
<b>LEITOR (INICIAIS)</b> MCMRC		<b>RX DIGITAL</b> NÃO
<b>LEITURA EM NEGATOSCÓPIO</b> NÃO		

<b>1A QUALIDADE TÉCNICA:</b> <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Comentário:	<b>1B RADIOGRAFIA NORMAL:</b> <input checked="" type="checkbox"/> SIM (finalizar a leitura) <input type="checkbox"/> NÃO (passe p/ a seção 2)
--	--

<b>2A ALGUMA ANORMALIDADE DE PARÊNQUIMA CONSISTENTE COM PNEUMOCONIOSE:</b> <input type="checkbox"/> SIM (complete 2B e 2C) <input type="checkbox"/> NÃO (passe para a seção 3)	<b>2C PEQUENAS OPACIDADES:</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
--	---

<b>2B PEQUENAS OPACIDADES:</b> a) Forma / tamanho <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 50%;">Primária</th> <th style="width: 50%;">Secundária</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> s</td> <td><input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> s</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> q <input type="checkbox"/> t</td> <td><input type="checkbox"/> q <input type="checkbox"/> t</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> u</td> <td><input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> u</td> </tr> </table> b) Zonas <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 50%;">D</th> <th style="width: 50%;">E</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> c) Profusão <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0/-</td> <td><input type="checkbox"/> 0/0</td> <td><input type="checkbox"/> 0/1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1/0</td> <td><input type="checkbox"/> 1/1</td> <td><input type="checkbox"/> 1/2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2/1</td> <td><input type="checkbox"/> 2/2</td> <td><input type="checkbox"/> 2/3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3/2</td> <td><input type="checkbox"/> 3/3</td> <td><input type="checkbox"/> 3/+</td> </tr> </table>	Primária	Secundária	<input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> s	<input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> s	<input type="checkbox"/> q <input type="checkbox"/> t	<input type="checkbox"/> q <input type="checkbox"/> t	<input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> u	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> 3/+	
Primária	Secundária																												
<input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> s	<input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/> s																												
<input type="checkbox"/> q <input type="checkbox"/> t	<input type="checkbox"/> q <input type="checkbox"/> t																												
<input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/> u																												
D	E																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 0/1																											
<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 1/2																											
<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 2/3																											
<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> 3/+																											

<b>3A ALGUMA ANORMALIDADE PLEURAL CONSISTENTE COM PNEUMOCONIOSE:</b> <input type="checkbox"/> SIM (complete 3B, 3C e 3D) <input type="checkbox"/> NÃO (passe para a seção 4)	
--	--

<b>3B PLACAS PLEURAIS:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 20%;">LOCAL</th> <th style="width: 20%;">CALCIFICAÇÃO</th> <th style="width: 20%;">Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)</th> <th style="width: 40%;">Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)</th> </tr> <tr> <td>Parede em Perfil</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</td> </tr> <tr> <td>Frontal</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</td> </tr> <tr> <td>Diaphragma</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E</td> <td>Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 &gt; 1/2 da parede lateral = 3</td> <td>3 a 5mm = a 5 a 10mm = b &gt; 10mm = c</td> </tr> <tr> <td>Outros Locais</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	LOCAL	CALCIFICAÇÃO	Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)	Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)	Parede em Perfil	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	Frontal	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	Diaphragma	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3	3 a 5mm = a 5 a 10mm = b > 10mm = c	Outros Locais	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E			
LOCAL	CALCIFICAÇÃO	Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)	Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)																		
Parede em Perfil	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c																		
Frontal	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c																		
Diaphragma	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3	3 a 5mm = a 5 a 10mm = b > 10mm = c																		
Outros Locais	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E																				

<b>3C OBLITERAÇÃO DO SEIO COSTOFRENICO:</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
--	--

<b>3D ESPESSEAMENTO PLEURAL DIFUSO:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 20%;">LOCAL</th> <th style="width: 20%;">CALCIFICAÇÃO</th> <th style="width: 20%;">Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)</th> <th style="width: 40%;">Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)</th> </tr> <tr> <td>Parede em Perfil</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</td> </tr> <tr> <td>Frontal</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E</td> <td><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 &gt; 1/2 da parede lateral = 3</td> <td>3 a 5mm = a 5 a 10mm = b &gt; 10mm = c</td> </tr> </table>	LOCAL	CALCIFICAÇÃO	Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)	Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)	Parede em Perfil	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	Frontal	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c			Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3	3 a 5mm = a 5 a 10mm = b > 10mm = c	
LOCAL	CALCIFICAÇÃO	Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)	Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)														
Parede em Perfil	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c														
Frontal	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c														
		Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3	3 a 5mm = a 5 a 10mm = b > 10mm = c														

<b>4A OUTRAS ANORMALIDADES:</b> <input type="checkbox"/> SIM (complete 4B) <input type="checkbox"/> NÃO (finalizar a leitura)	
---	--

<b>4B SÍMBOLOS (VIDE LEGENDA NO VERSO):</b> <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 5px;"> <tr> <td>aa</td><td>at</td><td>ax</td><td>bu</td><td>ca</td><td>cg</td><td>cn</td><td>co</td><td>cp</td><td>cv</td><td>di</td><td>ef</td><td>em</td><td>es</td><td>fr</td><td>hi</td><td>ho</td><td>id</td><td>ih</td><td>kl</td><td>me</td><td>pa</td><td>pb</td><td>pi</td><td>px</td><td>ra</td><td>rp</td><td>tb</td><td>od*</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> (*): Necessário um comentário.	aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es	fr	hi	ho	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb	od*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aa	at	ax	bu	ca	cg	cn	co	cp	cv	di	ef	em	es	fr	hi	ho	id	ih	kl	me	pa	pb	pi	px	ra	rp	tb	od*																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															

<b>4C COMENTÁRIOS:</b> DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE	
---	--

<b>DATA DA LEITURA</b> 18/07/2023 10:58	<div style="text-align: center;"> <b>ASSINATURA</b>     <b>ICP Brasil</b> Documento eletrônico assinado digitalmente por DRA MARIA CLARA MENEZES RUIZ COSTA às 18/07/2023 10:58. A validação da assinatura poderá ser feita diretamente no site do ICP, tendo em posse o arquivo original do laudo.         </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <b>Dra. Maria Clara Menezes Ruiz Costa</b>  <b>Médica Radiologista</b>  <b>CRM-MG: 17.240 RQE: 9836</b> </div>
--	--

# NOVA

saúde & segurança do trabalho

## LAUDODEESP-ESPIROMETRIA

### PACIENTE

**NOME:** EDIBERTO CESAR DA CUNHA

**NASC:** 29.12.1959

**IDADE:** 63 ANOS

**EMPRESA:** BETO MONT

**SEXO:** MASCULINO

**DATADOEXAME:** 18/07/2023

**SOLICITANTE:** DRA MARCELA CALILI AMBROSIO MENEZES

**CRM:** 47896

### LAUDO

**Provável distúrbio ventilatório restritiva moderadamente severa**

**\*\*Todoexamecomplementarnecessitadecorrelaçãoclínica**

  
Dr. Sérgio Renato Nahid  
Médico Pneumologista - Lector OIT  
CRM-MG: 37.328 RQE: 11.763



## RESULTADO DE EXAMES

### BETO MONT JUNDIAI LTDA

#### AValiação DA ACUIDADE VISUAL

**Funcionário: 2 - EDIBERTO CESAR DA CUNHA**Unidade: **BETO MONT JUNDIAI LTDA**CNPJ: **04.414.787/0001-99**Setor: **OPERACIONAL**Cargo: **MECÂNICO**Situação: **Ativo**RG: **MG - 1590797**Data Ficha: **18/07/2023**

Médico(a):

Data de Nascimento: **29/12/1959**Admissão: **22/05/2023**Idade: **63**Sexo: **Masculino**Tipo de Exame: **Admissional****Data do Exame: 18/07/2023**

Resultado:

**A.V LONGE:****OD 20 / 25****OE 20 / 25****A.V PERTO:****AO : J1****Recomendações:****20/1 , 20/20 , 20/25 , 20/30 , J1 , J2 = Boa visão****20/40 , 20/60 , 20/100 , 20/200 , J3 , J4 , J5 , J6 = Recomenda-se procurar um oftalmologista.****Exame realizado sem correção.**

Referência:

Ref./Seq.: **Sequencial**EDIBERTO CESAR DA CUNHA  
RG: 1590797Gustavo Calili Ambrósio  
CRM 66432 / MG  
(Examinador)

## QUESTIONÁRIO PSICOSSOCIAL

BETO MONT JUNDIAI LTDA

## Sequencial da Ficha

Funcionário (Código / Nome)  
2 / EDIBERTO CESAR DA CUNHARG  
1590797Empresa  
BETO MONT JUNDIAI LTDACNPJ  
04.414.787/0001-99Unidade  
BETO MONT JUNDIAI LTDASetor  
OPERACIONALCargo  
MECÂNICONascimento  
29/12/1959Admissão  
22/05/2023

Entrada

Idade  
63

Saída

Tipo de Exame  
Questionário Psicossocial

Data Ficha

Exames

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

Responda SIM ou NÃO para as seguintes questões:

Você leva mais de 30 minutos para adormecer depois de fechar os olhos e apagar a luz? ▯

☒ Sim ☐ Não

Você acorda muitas vezes durante a noite? ▯

☐ Sim ☒ Não

E quando acorda, demora muito tempo para voltar a dormir? ▯

☐ Sim ☒ Não

Seu sono é agitado, inquieto? ▯

☐ Sim ☒ Não

Precisa de um despertador para acordar? ▯

☐ Sim ☒ Não

Responda SIM ou NÃO para as seguintes questões:

Tem dificuldades para levantar de manhã? ▯

☐ Sim ☒ Não

Sente-se cansado(a) ao longo do dia, a ponto de prejudicar a atenção e o rendimento no trabalho? ▯

☐ Sim ☒ Não

Já sofreu algum acidente ou esteve perto disso, por dormir pouco? ▯

☐ Sim ☒ Não

Cochila diante da TV ou enquanto lê um livro? ▯

☐ Sim ☒ Não

Dorme mais nos finais de semana do que nos outros dias? ▯

☒ Sim ☐ Não

## AVALIAÇÃO DA SONOLENCIA DIURNA (Escala de sonolência EPWORTH)

Marque a opção que melhor descreve sua chance de cochilar:

Sentado e lendo ▯

☐ Sem Chance ☒ Pouca Chance ☐ Média Chance ☐ Grande Chance

Assistindo TV ▯

☐ Sem Chance ☐ Pouca Chance ☒ Média Chance ☐ Grande Chance

Sentado em algum lugar público (Ex: Sala de Espera, Igrejas, etc...) ▯

☐ Sem Chance ☒ Pouca Chance ☐ Média Chance ☐ Grande Chance

Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar ▯

☐ Sem Chance ☒ Pouca Chance ☐ Média Chance ☐ Grande Chance

Marque a opção que melhor descreve sua chance de cochilar:

Sentado Conversando com alguém ▯

☐ Sem Chance ☒ Pouca Chance ☐ Média Chance ☐ Grande Chance

Sentado Calmamente, após almoço sem álcool ▯

☐ Sem Chance ☐ Pouca Chance ☒ Média Chance ☐ Grande Chance

Deitando-se para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem ▯

☐ Sem Chance ☐ Pouca Chance ☒ Média Chance ☐ Grande Chance

Dentro do Carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso ▯

☐ Sem Chance ☒ Pouca Chance ☐ Média Chance ☐ Grande Chance

## Escala de fadiga de Chalder

Sintomas Físicos

Você tem problema com cansaço? ▯

☐ Não ☒ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Você precisa descansar mais? ▯

☐ Não ☒ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Você se sente com sono ou sonolência ▯

☐ Não ☒ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Você tem problema para começar a fazer as coisas? ▯

☒ Não ☐ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Você começa coisas com dificuldade mas fica cansado quando você continua? ▯

☒ Não ☐ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Você está perdendo energia? ▯

☒ Não ☐ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Você tem menos força em seus músculos? ▯

☒ Não ☐ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Sintomas Mentais

Você perdeu o interesse em coisas que você costumava fazer? ▯

☒ Não ☐ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Você se sente fraco? ▯

☐ Sim ☒ Não

Você tem dificuldade de concentração? ▯

☒ Não ☐ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Você tem problemas em pensar claramente ▯

☒ Não ☐ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Você comete erros, sem intenção, na sua língua (Português) quando você acha mais difícil de encontrar a palavra correta? ▯

☒ Não ☐ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

Como está sua memória? ▯

☐ Não ☒ Igual ao normal ☐ Mais do que normal ☐ Muito mais do que normal

## Avaliação Psicológica

Responda Sim ou Não

Você tem medo de altura? ▯

☐ Sim Detalhar: ☒ Não

Você tem medo a espaços confinados? ▯

☐ Sim Detalhar: ☒ Não

Você tem ou teve Síndrome do pânico ▯

☐ Sim Detalhar: ☒ Não

Você tem ou teve familiar com Síndrome do pânico ▯

☐ Sim Detalhar: ☒ Não

Você tem ou teve depressão? ▯

☐ Sim Detalhar: ☒ Não

Responda Sim ou Não

Você tem ou teve familiar com doença mental? ▯

☐ Sim Detalhar: ☒ Não

Você faz uso de medicamento controlado? ▯

☐ Sim Detalhar: ☒ Não

Você tem ou teve crise convulsiva? ▯

☐ Sim Detalhar: ☒ Não

Você tem Tonturas? Labirintite? ▯

☐ Sim Detalhar: ☒ Não

## Self Report Questionare (SRQ)

Tem dores de cabeça frequente? ▯

☐ Sim ☒ Não

Assusta com facilidade? ▯

☐ Sim ☒ Não

Tem tremores de mãos? ▯

☐ Sim ☒ Não

Tem má digestão? ▯

☐ Sim ☒ Não

Você tem se sentido triste ultimamente? ▯

☐ Sim ☒ Não

Você tem chorado mais do que de costume? ▯

☐ Sim ☒ Não

Tem dificuldade de pensar com clareza? ▯

☐ Sim ☒ Não

Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)? ▯

Tem falta de apetite? ▯

☐ Sim ☒ Não

Dorme mal? ▯

☐ Sim ☒ Não

Tem perdido o interesse pelas coisas? ▯

☐ Sim ☒ Não

Você cansa com facilidade? ▯

☐ Sim ☒ Não

Tem tido ideias de acabar com a própria vida? ▯

☐ Sim ☒ Não

Sente-se cansado (a) o tempo todo? ▯

☐ Sim ☒ Não

Tem sensações desagradáveis no estômago? ▯

☐ Sim ☒ Não

Tem dificuldade para tomar decisões? ▯

<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? <input type="checkbox"/>
<b>Distúrbio de Uso de Alcool (AUDIT)</b>	
<b>Responda as Questões:</b> Com qual frequência você utiliza bebidas com álcool? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Não Bebo <input type="checkbox"/> Mensalmente ou Menos <input type="checkbox"/> 2-4 vezes ao mês <input type="checkbox"/> 2-4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana Quantas bebidas alcoólicas você costuma tomar nesses dias? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 3 ou 4 <input type="checkbox"/> 5 ou 6 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 10 ou mais Com que frequência você toma mais que 06 drinks em uma única ocasião? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos que Mensalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quase Diária Com que frequência no último ano você se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos que Mensalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quase Diária Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo por causa da bebida? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos que Mensalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quase Diária	Com qual frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebedeira? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos que Mensalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quase Diária Com qual frequência no último ano você sentiu remorso após beber? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos que Mensalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quase Diária Com qual frequência no último ano você não conseguiu se lembrar do que aconteceu uma noite anterior por causa da bebida? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos que Mensalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quase Diária Você já se machucou ou machucou alguém com resultado do uso de álcool? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Algum parente ou amigo ou médico ou outro profissional da saúde de preocupou com o seu hábito ou sugeriu que parasse? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>TESTE DE NICOTINA DE FAGERSTROM</b>	
<b>Responda as Questões</b> 1. Depois de quanto tempo, após acordar, você acende o primeiro cigarro? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Não Fumo <input type="checkbox"/> menos de 3 minutos <input type="checkbox"/> de 6 a 30 minutos <input type="checkbox"/> de 31 a 60 minutos <input type="checkbox"/> mais de 60 minutos Atualmente Quantos Cigarros você fuma por dia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mais de 31 <input type="checkbox"/> de 20 a 30 <input type="checkbox"/> de 10 a 19 <input type="checkbox"/> menos de 10 Qual cigarro do dia que você acha que seria mais difícil de largar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> o primeiro da manhã <input type="checkbox"/> qualquer um	Você fuma com mais frequência cigarros no período da manhã ou o resto do dia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> Resto do Dia Você fumaria se estivesse doente ou a ponto de ficar de cama a maior parte do tempo? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não É difícil ficar sem fumar em locais proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Assinaturas</b>	
<b>Assinaturas</b> Médico Examinador Assinatura e Carimbo <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> <b>Dr. Gustavo Estili Ambrósio</b>  <b>CRM 66432</b>  <b>CONTROLE 1341758</b> </div>	Assinatura do (a) Trabalhador (a) <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> <i>Edilto André Cunha</i> </div>

Paciente.....: EDIBERTO CESAR DA CUNHA

Número.: 1444074/2

Data Nascimento: 29/12/1959

Convênio.....: NOVA

Local....:BETO MONT JUNDIAI

## HEMOGRAMA COM PLAQUETAS

Metodologia:CONTAGEM AUTOMATIZADA ATRAVES DE CITOMETRIA DE FLUXO.

Amostra.....: SANGUE TOTAL (EDTA)

Coleta.: 18/07/2023

07h26min

### ERITROGRAMA

			Valores de Referência
Hemácias.....:	5,1	milhões/mm <sup>3</sup>	( 4,3 a 6,0 milhões/mm <sup>3</sup> )
Hemoglobina.....:	14,9	g/dL	( 13,5 a 17,8 g/dL)
Hematócrito.....:	44,9	%	( 41,0 a 54,0 %)
V.C.M.....:	88,2	Fentolitros	( 80,0 a 100,0 Fentolitros)
H.C.M.....:	29,3	Picogramas	( 27,0 a 33,0 Picogramas)
C.H.C.M.....:	33,2	%	( 32,0 a 36,0 %)
R.D.W.....:	15,2	%	( 11,0 a 14,5 %)

### LEUCOGRAMA

			Valores Referência
Leucócitos.....:	5.400	p/mm <sup>3</sup>	( 3.600 a 11.000 p/mm <sup>3</sup> )
Basófilos.....:	0,8	%	( 0 a 200 p/mm <sup>3</sup> )
Eosinófilos.....:	6,2	%	( 20 a 500 p/mm <sup>3</sup> )
Mielócitos.....:	0,0	%	( 0 a 0 p/mm <sup>3</sup> )
Metamielócitos.....:	0,0	%	( 0 a 0 p/mm <sup>3</sup> )
Bastonetes.....:	0,0	%	( 0 a 390 p/mm <sup>3</sup> )
Segmentados.....:	39,1	%	( 1.700 a 7.800 p/mm <sup>3</sup> )
Linfócitos.....:	42,6	%	( 1.000 a 4.500 p/mm <sup>3</sup> )
Monócitos.....:	11,3	%	( 100 a 1.000 p/mm <sup>3</sup> )
Linfócitos Reativos.....:	0,0	%	( 0 a 0 p/mm <sup>3</sup> )
Plaquetas.....:	172	mil/mm <sup>3</sup>	( 140 a 400 mil/mm <sup>3</sup> )
MPV.....:	10,10	Fentolitros	( 6,20 a 11,80 Fentolitros)

ANISOCITOSE (+)

**Liberação: 18/07/2023**





**LABORCENTRO**  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

REFERÊNCIA EM  
TECNOLOGIA E  
QUALIDADE



Paciente.....: EDIBERTO CESAR DA CUNHA  
Data Nascimento: 29/12/1959

Número.: 1444074/2

Convênio.....: NOVA

Local....:BETO MONT JUNDIAI

### GLICEMIA

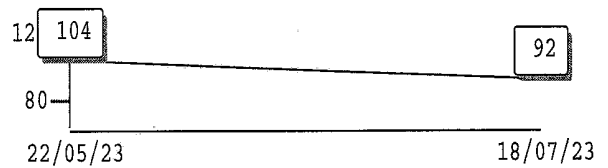
Metodologia:AUTOMATIZADO -ENZIMATICO TRINDER

Amostra.....: SORO

Coleta.: 18/07/2023

07h26min

Resultado.....: 92,0 mg/dl



#### VALOR DE REFERENCIA:

70 A 99 mg/dl (NORMAL)

100 A 125 mg/dl (INTOLERANCIA A GLICOSE)

A PARTIR DE 126 mg/dl (INAPROPRIADA)

Liberação: 18/07/2023