

NOVA

saúde & 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			
<input checked="" type="checkbox"/> Admisional <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho <input type="checkbox"/> Mudança de Função <input type="checkbox"/> 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 Jejun				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 type="checkbox"/> APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERÇER			<input type="checkbox"/> INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERÇER		
<input type="checkbox"/> APTO PARA TRABALHO EM ALTURA			<input type="checkbox"/> INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA		
<input type="checkbox"/> APTO P/ TRABALHO ESPAÇO CONFINADO			<input type="checkbox"/> INAPTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO		
* TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO			* TRABALHO EM ALTURA		
OBSERVAÇÃO: USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S					
Ipatinga, MG <u>18/07/23</u> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> Dr. Gustavo Calili Ambrósio  CRM MG 66432 CONTROLE 1341759 Médico Examinador Assinatura e Carimbo </div>					
MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques CRM SP 89135					
RECEBI CÓPIA EM: <u>18/07/23</u> <u><i>Edilberto Cesar da Cunha</i></u> Assinatura do Empregado/Candidato					
EMITIDO EM 03 (TRÊS) VIAS: (1 ^a) LOCAL DE TRABALHO, (2 ^a) FUNCIONÁRIO, (3 ^a) PRONTUÁRIO MÉDICO					
Endereço: Av. Guido Marliere, 185 - Iguacu - Ipatinga MG - CEP: 35.162-072			Tel./Fax: (31) 3821-4236		

NOVA

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

saúde & segurança do trabalho

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: EDIBERTO CESAR DA CUNHA CPF 307.313.646-00

Funcão: 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) Admisional () 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:

() APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERÇER () INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERÇER
() APTO PARA TRABALHO EM ALTURA () INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA
INAPTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONTINUO () INAPTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO

* TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO

* TRABALHO EM ALTURA

OBSERVAÇÃO: USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S

Dr. Gustavo Salil Ambrósio
CRM MG 66432
CONTROLE 1341758

Márcos Examinador Assinatura e Carimbo

MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques
CRM SP 89135

RECEBI CÓPIA EM:

18 / 07 1 23

~~Edilite cerca da cerca~~

Assinatura do Empregado/Candidato

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

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

Tel./Fax: (31) 3821-4236

NOVA

saúde & 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

() Admisional () 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 Psicosocial	Data:	18/07/23

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

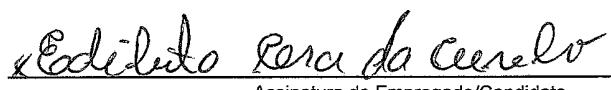
CONCLUSÃO:

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

* TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO

* TRABALHO EM ALTURA

OBSERVAÇÃO: USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S

Ipatinga, MG	<u>18/07/23</u>	 Médico Examinador Assinatura e Carimbo
MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques CRM SP 89135		
RECEBI CÓPIA EM: <u>18/07/23</u>  Assinatura do Empregado/Candidato		
EMITIDO EM 03 (TRÊS) VIAS: (1º) LOCAL DE TRABALHO, (2º) FUNCIONÁRIO, (3º) PRONTUÁRIO MÉDICO		

Endereço: Av. Guido Marliere, 185 - Iguaçu - 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 Saída
Tipo de Exame Admissional		Data Ficha
Médico(a)/		
Exames Audiometria, Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese e Exame físico), Avaliação da acuidade visual, Avaliação Psicosocial, 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		
Textos Livres		
Ficha Clínica		
QUESTIONÁRIO AO TRABALHADOR		
FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não QUAIS? 		TEM ALGUM TIPO DE ALÉRGIA? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não QUAL?
JÁ ESTEVE INTERNADO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO E PORQUE? 		REALIZOU ALGUMA CIRURGIA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO E QUAL?
JÁ TEVE/TEM CRISE CONVULSIVA/EPLEPSIA/DESMAIO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO? 		DORME BEM? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE NÃO, PORQUE?
FAZ ATIVIDADE FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL E QUANTAS VEZES? 		INGERE BEBIDA ALCOÓLICA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANTAS VEZES?
FUMA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANTIDADE POR DIA / QUANTO TEMPO? 		TEM ALGUM PROBLEMA DE VISÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL?
TEM ALGUM PROBLEMA DE AUDIÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? 		POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL?
JÁ TEVE ACIDENTE DE TRABALHO (COM CAT)? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO O QUE ACONTECEU? 		VOÇÊ JÁ FICOU AFASTADO PELO INSS (POR MAIS DE 15 DIAS)? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO? / O QUE ACONTECEU?
POSSUI HISTÓRICO DE DOENÇA FAMILIAR? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? 		ASSINATURA DO TRABALHADO: Declaro e Firmo Verdadeiras as Informações Prestadas Acima <i>Ediberto Cesar da Cunha</i>

FICHA CLÍNICA

QP / HMA: <i>Nuga guisa</i>	HPP: <i>NDA</i>		
ECTOSCOPIA: <i>B66, LOTE</i>	APARELHO CARDIOVASCULAR: <i>pacádia</i>		
APARELHO RESPIRATÓRIO: <i>espiração</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 <hr/> <hr/>	NECESSITA DE RELATÓRIO DE CONTRA-REFERÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
OUTRAS OBSERVAÇÕES: <hr/> <hr/>			
EXAMES COMPLEMENTARES			
1 - DOS EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS PELA EMPRESA, ALGUM APRESENTA ALTERAÇÃO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE SIM, QUAL (S) EXAME (S)? CITE ALTERAÇÕES ENCONTRADAS: <i>Judeo, Ecl, Espin</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: <i>Gustavo Callili Ambrósio</i> *APTO <input type="checkbox"/> INAPTO DATA: 10/05/2024 MÉDICO EXAMINADOR / CRÉDITO PROFISSIONAL CONTROLE 1341758		
Informações Pessoais			
Dados Peso Altura			
SINAIS VITAIS			
Temperatura <i>17,7</i>	Frequência Respiratória (IPM) <i>13</i>	Pressão Arterial (mmHg) <i>130/90</i>	Frequência de Pulso (BPM) <i>40</i>
Altura <i>177</i>	Biotipo <i>MONOMÓDICA</i>	Peso (Kg) <i>69</i>	Índice de Massa Corpórea
Perímetro Cintura (cm) <i>81</i>		Perímetro Quadril (cm) <i>90</i>	
Texto Livre			

NOVA
Saúde & Segurança do trabalho

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:

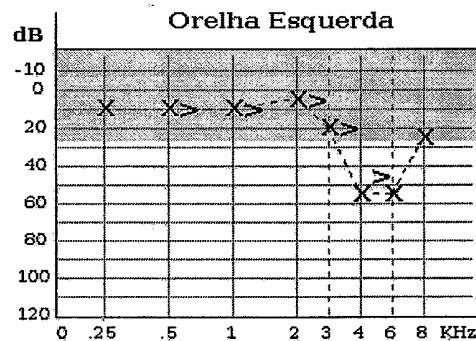
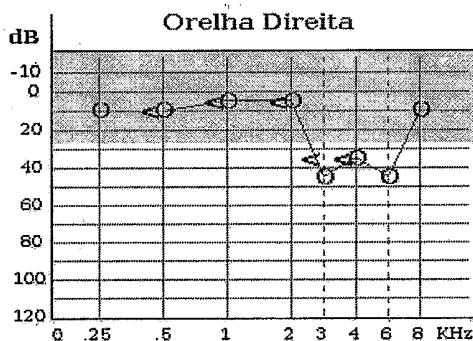
Calibração: **22/06/2023**

Reposo Auditivo:

Meatoscopia		Logoaudiometria						
Meatoscopia(OD):	Normal	SRT(OD) :				IRF(OD):	LAF(OD):	
Meatoscopia(OE):	Normal	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	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						



Claudiane Verônica de Almeida

Fonoaudióloga

CRFa 6 10988


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

Ediberto Cesar da Cunha

EDIBERTO CESAR DA CUNHA
RG: 1590797



TI-V3FLFG29

PACIENTE - Exame: 1454174

NOME: EDIBERTO CESAR DA CUNHA

EMPRESA: BETO MONT

RG: 1590797

SEXO: Masculino

MÉDICO SOLICITANTE: GUSTAVO CALILI AMBRÓSIO CRM: 66432

DATA DO EXAME: 18/07/2023

NASC.: 29.12.1959

IDADE: 63 anos

MOTIVO: ADMISSIONAL

LAUDO - 18/07/2023 10:44

Ritmo: SINUSAL
Frequência: 60 bpm

Conclusão, ECG com traçado sugestivo de:

• **SINAIS DE SOBRECARGA VENTRICULAR ESQUERDA**

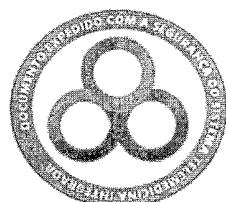
**Alterações no eletrocardiograma não configuram necessariamente a presença de doenças cardíacas e necessitam de correlação clínica



Documento eletrônico assinado digitalmente por
DR FABRÍCIO PELUCCI MACHADO
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.

Fábio Pelucci Machado

Dr. Fábio 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 notável eletroencefalograma, com auxílio de histogramas e tabelas correspondentes, apresentando 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

		FOLHA DE LEITURA RADIOLÓGICA - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE RADIOGRAFIAS DE PNEUMOCONIOSE - OIT 2011				CÓDIGO PARA VERIFICAÇÃO: QQDCDSQC
NOME EDIBERTO CESAR CUNHA - ADM- BETO MONT Nº DO RX		EMPRESA RX DIGITAL NÃO		DATA DO RX 18/07/2023 07:51 LEITURA EM NEGATOSCÓPIO NÃO		
1A QUALIDADE TÉCNICA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Comentário		1B RADIOGRAFIA NORMAL: <input type="checkbox"/> SIM (finalizar a leitura) <input type="checkbox"/> NÃO (passe p/ a seção 2)				
2A ALGUMA ANORMALIDADE DE PARÊNQUIMA CONSISTENTE COM PNEUMOCONIOSE:		<input type="checkbox"/> SIM (complete 2B e 2C)		<input type="checkbox"/> NÃO (passe para a seção 3)		
2B PEQUENAS OPACIDADES: a) Forma / tamanho		b) Zonas	c) Profusão	2C PEQUENAS OPACIDADES: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		
3A ALGUMA ANORMALIDADE PLEURAL CONSISTENTE COM PNEUMOCONIOSE:		<input type="checkbox"/> SIM (complete 3B, 3C e 3D)		<input type="checkbox"/> NÃO (passe para a seção 4)		
3B PLACAS PLEURAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		LOCAL CALCIFICAÇÃO 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"/> E Frontal <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E Diafragma <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E Outros Locais <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3 Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação) <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c 3 a 5mm = a 5 a 10mm = b > 10mm = c		
3C OBLITERAÇÃO DO SEIO COSTOFRÉNICO:		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E				
3D ESPESSAMENTO PLEURAL DIFUSO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		LOCAL CALCIFICAÇÃO 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"/> E Frontal <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3 Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação) <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c 3 a 5mm = a 5 a 10mm = b > 10mm = c		
4A OUTRAS ANORMALIDADES:		<input type="checkbox"/> SIM (complete 4B)		<input type="checkbox"/> NÃO (finalizar a leitura)		
4B SÍMBOLOS (VIDE LEGENDA NO VERSO):		<input type="checkbox"/> aa <input type="checkbox"/> at <input type="checkbox"/> ax <input type="checkbox"/> bu <input type="checkbox"/> ca <input type="checkbox"/> cg <input type="checkbox"/> cn <input type="checkbox"/> co <input type="checkbox"/> cp <input type="checkbox"/> cv <input type="checkbox"/> di <input type="checkbox"/> ef <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> es <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> hi <input type="checkbox"/> ho <input type="checkbox"/> id <input type="checkbox"/> ih <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> me <input type="checkbox"/> pa <input type="checkbox"/> pb <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> px <input type="checkbox"/> ra <input type="checkbox"/> rp <input type="checkbox"/> tb <input type="checkbox"/> od*				
4C COMENTÁRIOS: DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE						
DATA DA LEITURA 18/07/2023 10:58		ASSINATURA				
		Documento eletrônico assinado digitalmente por DRA MARIA CLARA MENEZES RUIZ COSTA - 18/07/2023 10:58. A validação da assinatura poderá ser feita diretamente no site do ITC, tendo em posse o arquivo original do laudo.		Dra. Maria Clara Menezes Ruiz Costa Médica Radiologista CRM-MG: 17.240 RQE: 9836		

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

****Todo exame complementar necessita de correlação clínica**


Dr. Sérgio Renato Nahid
Médico Pneumologista - Leitor OIT
CRM-MG: 37.928 RQE: 11.763

NOVA
Saúde & Segurança do Trabalho

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:

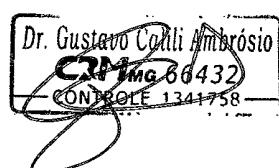
20/1 , 20/20 , 20/25 , 20/30 , J1 , J2 = Boa visão

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 da Cunha
EDIBERTO CESAR DA CUNHA
RG: 1590797



Gustavo Callili Ambrósio
CRM 66432 / MG
(Examinador)

NOVA

QUESTIONÁRIO PSICOSSOCIAL

BETO MONT JUNDIAI LTDA

Sequencial da Ficha			
Funcionário (Código / Nome) 2 / EDIBERTO CESAR DA CUNHA		RG 1590797	
Empresa BETO MONT JUNDIAI LTDA		CNPJ 04.414.767/0001-99	
Unidade BETO MONT JUNDIAI LTDA	Setor OPERACIONAL		Idade 63
Cargo MECÂNICO	Entrada		Saída
Nascimento 29/12/1959	Admissão 22/05/2023		
Tipo de Exame Questionário Psicosocial			Data Ficha
Exames			
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO			
Responda SIM ou NÃO para as seguintes questões:		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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Tem dificuldades para levantar de manhã? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Você acorda muitas vezes durante a noite? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Sente-se cansado(a) ao longo do dia, a ponto de prejudicar a atenção e o rendimento no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
E quando acorda, demora muito tempo para voltar a dormir? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Já sofreu algum acidente ou esteve perto disso, por dormir pouco? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Seu sono é agitado, inquieto? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Cochila diante da TV ou enquanto lê um livro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Precisa de um despertador para acordar? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Dorme mais nos finais de semana do que nos outros dias? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
AVALIAÇÃO DA SONOLENCIA DIURNA (Escala de sonolência EPWORTH)			
Marque a opção que melhor descreve sua chance de cochilar:		Marque a opção que melhor descreve sua chance de cochilar:	
Sentado e lendo <input type="checkbox"/> Sem Chance <input type="checkbox"/> Pouca Chance <input type="checkbox"/> Média Chance <input type="checkbox"/> Grande Chance		Sentado Conversando com alguém? <input type="checkbox"/> Sem Chance <input type="checkbox"/> Pouca Chance <input type="checkbox"/> Média Chance <input type="checkbox"/> Grande Chance	
Assistindo TV <input type="checkbox"/> Sem Chance <input type="checkbox"/> Pouca Chance <input checked="" type="checkbox"/> Média Chance <input type="checkbox"/> Grande Chance		Sentado Calmamente, após almoço sem álcool? <input type="checkbox"/> Sem Chance <input type="checkbox"/> Pouca Chance <input checked="" type="checkbox"/> Média Chance <input type="checkbox"/> Grande Chance	
Sentado em algum lugar público (Ex: Sala de Espera, Igrejas, etc...) <input type="checkbox"/> Sem Chance <input type="checkbox"/> Pouca Chance <input type="checkbox"/> Média Chance <input type="checkbox"/> Grande Chance		Ditando-se para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem? <input type="checkbox"/> Sem Chance <input type="checkbox"/> Pouca Chance <input checked="" type="checkbox"/> Média Chance <input type="checkbox"/> Grande Chance	
Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar? <input type="checkbox"/> Sem Chance <input checked="" type="checkbox"/> Pouca Chance <input type="checkbox"/> Média Chance <input type="checkbox"/> Grande Chance		Dentro do Carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso? <input type="checkbox"/> Sem Chance <input type="checkbox"/> Pouca Chance <input type="checkbox"/> Média Chance <input type="checkbox"/> Grande Chance	
Escala de fadiga de Chalder			
Sintomas Físicos		Sintomas Mentais	
Você tem problema com cansaço? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal		Você perdeu o interesse em coisas que você costumava fazer? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal	
Você precisa descansar mais? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal		Você se sente fraco? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Você se sente com sono ou sonolência? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal		Você tem dificuldade de concentração? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal	
Você tem problema para começar a fazer as coisas? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal		Você tem problemas em pensar claramente? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal	
Você come coisas com dificuldade mas fica cansado quando você continua? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal		Você comete erros, sem intenção, na sua língua (Português) quando você acha mais difícil de encontrar a palavra correta? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal	
Você está perdendo energia? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal		Como está sua memória? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal	
Você tem menos força em seus músculos? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Igual ao normal <input type="checkbox"/> Mais do que normal <input type="checkbox"/> Muito mais do que normal			
Avaliação Psicológica			
Responda Sim ou Não		Responda Sim ou Não	
Você tem medo de altura? <input type="checkbox"/> Sim Detalhar: <input checked="" type="checkbox"/> Não		Você tem ou teve familiar com doença mental? <input type="checkbox"/> Sim Detalhar: <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Você tem medo a espaços confinados? <input type="checkbox"/> Sim Detalhar: <input checked="" type="checkbox"/> Não		Você faz uso de medicamento controlado? <input type="checkbox"/> Sim Detalhar: <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Você tem ou teve Síndrome do pânico? <input type="checkbox"/> Sim Detalhar: <input checked="" type="checkbox"/> Não		Você tem ou teve crise convulsiva? <input type="checkbox"/> Sim Detalhar: <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Você tem ou teve familiar com Síndrome do pânico? <input type="checkbox"/> Sim Detalhar: <input checked="" type="checkbox"/> Não		Você tem Tonturas? Labirintite? <input type="checkbox"/> Sim Detalhar: <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Você tem ou teve depressão? <input type="checkbox"/> Sim Detalhar: <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Self Report Questionnaire (SRQ)			
Tem dores de cabeça frequentes? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Tem falta de apetite? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Assusta com facilidade? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Dorme mal? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Tem tremores de mãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Tem perdidão de interesse pelas coisas? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Tem má digestão? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Você cansa com facilidade? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Você tem se sentido triste ultimamente? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Tem tido ideias de acabar com a própria vida? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Você tem chorado mais do que de costume? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Sente-se cansado (a) o tempo todo? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Tem dificuldade de pensar com clareza? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Tem sensações desagradáveis no estômago? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Tem dificuldade para tomar decisões? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Sim Não
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? ▶
 Sim Não

Sim Não
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? ▶
 Sim Não

Distúrbio de Uso de Álcool (AUDIT)

Responda as Questões:
Com qual frequência você utiliza bebidas com álcool? ▶
 Não Bebo Mensalmente ou Menos 2-4 vezes ao mês 2-4 vezes por semana
 4 ou mais vezes por semana
Quantas bebidas alcoólicas você costuma tomar nesses dias? ▶
 1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7 a 9 10 ou mais
Com que frequência você toma mais que 06 drinks em uma única ocasião? ▶
 Nunca Menos que Mensalmente Mensalmente Semanalmente
 Quase Diária
Com que frequência no último ano você se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou? ▶
 Nunca Menos que Mensalmente Mensalmente Semanalmente
 Quase Diária
Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo por causa da bebida? ▶
 Nunca Menos que Mensalmente Mensalmente Semanalmente
 Quase Diária

Com qual frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebedeira? ▶
 Nunca Menos que Mensalmente Mensalmente Semanalmente
 Quase Diária
Com qual frequência no último ano você sentiu remorso após beber? ▶
 Nunca Menos que Mensalmente Mensalmente Semanalmente
 Quase Diária
Com qual frequência no último ano você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? ▶
 Nunca Menos que Mensalmente Mensalmente Semanalmente
 Quase Diária
Você já se machucou ou machucou alguém com resultado do uso de álcool? ▶
 Sim Não
Algum parente ou amigo ou médico ou outro profissional da saúde de preocupou com o seu hábito ou sugeriu que parasse? ▶
 Sim Não

TESTE DE NICOTINA DE FAGERSTROM

Responda as Questões:
1. Depois de quanto tempo, após acordar, você acende o primeiro cigarro? ▶
 Não Fumo menos de 3 minutos de 6 a 30 minutos de 31 a 60 minutos
 mais de 60 minutos
Atualmente Quantos Cigarros você fuma por dia? ▶
 Mais de 31 de 20 a 30 de 10 a 19 menos de 10
Qual cigarro do dia que você acha que seria mais difícil de largar? ▶
 o primeiro da manhã qualquer um

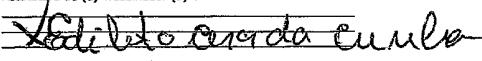
Você fuma com mais frequência cigarros no período da manhã ou o resto do dia? ▶
 manhã resto do dia
Você fumaria se estivesse doente ou a ponto de ficar de cama a maior parte do tempo? ▶
 Sim Não
É difícil ficar sem fumar em locais proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc? ▶
 Sim Não

Assinaturas

Assinaturas
Médico Examinador Assinatura e Carimbo ▶


Dr. Gustavo Callili Ambrosio
CRM-SP 432
CONTROLE 1341758

Assinatura do (a) Trabalhador (a) ▶





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

HEMOGRAMA COM PLAQUETAS

Metodologia: CONTAGEM AUTOMATIZADA ATRAVÉS DE CITOMETRIA DE FLUXO.

Amostra....: SANGUE TOTAL (EDTA)

Coleta.: 18/07/2023

07h26min

ERITROGRAMA

			Valores de Referência
Hemácias.....	5,1	milhões/mm ³	(4,3 a 6,0 milhões/mm ³)
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 ³	(3.600 a 11.000 p/mm ³)
Basófilos.....	0,8	%	(0 a 200 p/mm ³)
Eosinófilos.....	6,2	%	(20 a 500 p/mm ³)
Mielócitos.....	0,0	%	(0 a 0 p/mm ³)
Metamielócitos.....	0,0	%	(0 a 0 p/mm ³)
Bastonetes.....	0,0	%	(0 a 390 p/mm ³)
Segmentados.....	39,1	%	(1.700 a 7.800 p/mm ³)
Linfócitos.....	42,6	%	(1.000 a 4.500 p/mm ³)
Monócitos.....	11,3	%	(100 a 1.000 p/mm ³)
Linfócitos Reativos.....	0,0	%	(0 a 0 p/mm ³)
Plaquetas.....	172	mil/mm ³	(140 a 400 mil/mm ³)
MPV.....	10,10	Fentolitros	(6,20 a 11,80 Fentolitros)

ANISOCITOSE (+)

Liberação: 18/07/2023

Assinatura



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

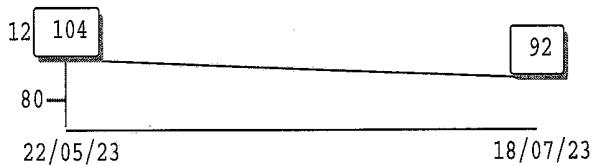
GLICEMIA

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