

NOVA

saúde & segurança do trabalho

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO:		
Nome: ROBERTO PAULO DA CUNHA		CPF 458.917.966-00
Função: MECÂNICO		CNPJ 04.414.787/0001-99
Data Nas.	13/09/1964	
Empresa:	BETO MONT JUNDIAI 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:

(X) APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER	() INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER
() APTO PARA TRABALHO EM ALTURA	() INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA
() 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



Médico Examinador Assinatura e Carimbo

MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques
CRM SP 89135

RECEBI CÓPIA EM:

18/07/23

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 & segurança do trabalho

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO:		
Nome: ROBERTO PAULO DA CUNHA		CPF 458.917.966-00
Função: MECÂNICO		CNPJ 04.414.787/0001-99
Data Nas.	13/09/1964	
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

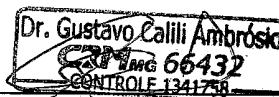
OBS: OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS ENCONTRAM-SE ARQUIVADOS NO PRONTUÁRIO MÉDICO.

CONCLUSÃO:

(<u>0</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

Médico Examinador Assinatura e Carimbo

MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques
CRM SP 89135

RECEBI CÓPIA EM:

18/07/23Roberto Paulo 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 & segurança do trabalho

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO:		
Nome: ROBERTO PAULO DA CUNHA		CPF 458.917.966-00
Função: MECÂNICO		CNPJ 04.414.787/0001-99
Data Nas.	13/09/1964	
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:

(☒) APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER () INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER
(☒) APTO PARA TRABALHO EM ALTURA () INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA
(☒) 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 Caliji Ambrósio
CRM 66432
Médico Coordenador de Saúde e Carimbo

MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques
CRM SP 89135

RECEBI CÓPIA EM:

18/07/23

Roberto Paulo 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

FICHA CLÍNICA

BETO MONT JUNDIAI SERVICOS LTDA

Funcionário (Código / Nome)
1 / ROBERTO PAULO DA CUNHAEmpresa
Beto Mont Jundiai Servicos LtdaUnidade
Beto Mont Jundiai Servicos Ltda

Cargo

MECANICO

Nascimento

13/09/1964

Admissão

26/04/2023

Tipo de Exame

Admissional

Médico(a)/

Setor
OPERACIONAL

Sexo

Masculino

Entrada

RG

633003262

CNPJ

43.155.818/0001-96

Idade

58

Saída

Data Ficha

Exames

Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese e Exame físico),

Parecer do ASO

Anamnese

Medicamentos

CID

Texto Livre

Ficha Clínica

QUESTIONÁRIO AO TRABALHADOR

FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO?

☐ SIM ☒ NÃO

QUAIS? ▸

TEM ALGUM TIPO DE ALERGIA?

☐ SIM ☒ NÃO

QUAL? ▸

JÁ ESTEVE INTERNADO?

☐ SIM ☒ NÃO

QUANDO E PORQUE? ▸

REALIZOU ALGUMA CIRURGIA?

☒ SIM ☐ NÃO

QUANDO E QUAL? ▸

ERNIA

JÁ TEVE/TEM CRISE CONVULSIVA/EPILEPSIA/DESMAIO?

☐ SIM ☒ NÃO

QUANDO? ▸

DORME BEM?

☒ SIM ☐ NÃO

SE NÃO, PORQUE? ▸

FAZ ATIVIDADE FÍSICA?

☒ SIM ☐ NÃO

QUAL E QUANTAS VEZES? ▸

CORRER

INGERE BEBIDA ALCOÓLICA?

☒ SIM ☐ NÃO

QUANTAS VEZES? ▸

1x por semana

FUMA?

☐ SIM ☒ NÃO

QUANTIDADE POR DIA / QUANTO TEMPO? ▸

TEM ALGUM PROBLEMA DE VISÃO?

☐ SIM ☒ NÃO

QUAL? ▸

TEM ALGUM PROBLEMA DE AUDIÇÃO?

☐ SIM ☒ NÃO

QUAL? ▸

POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA?

☐ SIM ☒ NÃO

QUAL? ▸

JÁ TEVE ACIDENTE DE TRABALHO (COM CAT)?

☐ SIM ☒ NÃO

O QUE ACONTECEU? ▸

VOCÊ JÁ FICOU AFASTADO PELO INSS (POR MAIS DE 15 DIAS)?

☐ SIM ☒ NÃO

QUANDO? / O QUE ACONTECEU? ▸

POSSUI HISTÓRICO DE DOENÇA FAMILIAR?

☐ SIM ☒ NÃO

QUAL? ▸

ASSINATURA DO TRABALHADOR:

Declaro e Confirmo a veracidade das informações prestadas acima

Roberto Paulo da Cunha

FICHA CLÍNICA			
IQP / HMA: <i>Nega quins</i>		HPP: <i>NDA</i>	
ECTOSCOPIA: <i>BEG, LOTE</i>		APARELHO CARDIOVASCULAR: <i>sucubico</i>	
APARELHO RESPIRATÓRIO: <i>apneico</i>		APARELHO OSTEOMUSCULAR: <i>NDA</i>	
OUTROS:		ROMBERG: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input checked="" 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 <i>▶</i>		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>Audição, Espinha</i>	
2 - CONDUTA FRENTE A(S) ALTERAÇÃO(ÕES): <input type="checkbox"/> APTO PARA A FUNÇÃO <input 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 DATA: <i>18/07/23</i> MÉDICO EXAMINADOR (CRM (carimbo) <i>▶</i>) <i>Dr. Gustavo Cailli Ambrósio</i> <i>CRM MG 66432</i> <i>CONTRÓLE 1341758</i>	
Informações Pessoais			
Dados Peso <i>▶</i> Altura <i>▶</i>			
SINAIS VITAIS			
Temperatura <i>17.0</i>	Frequência Respiratória (IPM) <i>13</i>	Pressão Arterial (mmHg) <i>120x80</i>	Frequência de Pulso (BPM) <i>76</i>
Altura <i>170</i>	Biotipo <i>mamolinia</i>	Peso (Kg) <i>65</i>	Índice de Massa Corpórea <i>23</i>
Perímetro Cintura (cm) <i>48</i>	Perímetro Quadril (cm)		
Texto Livre			

NOVA
saúde & segurança do trabalho

RESULTADO DE EXAMES

BETO MONT JUNDIAI LTDA

AUDIOMETRIA

Funcionário: 1 - ROBERTO PAULO DA CUNHA

Unidade: BETO MONT JUNDIAI LTDA

CNPJ: 04.414.787/0001-99

Setor: OPERACIONAL

Cargo: MECÂNICO

Situação: Ativo

RG: MG - 65.300.326-2

Data Ficha: 18/07/2023

Médico(α):

CPF: 458.917.966-00

Data de Nascimento: 13/09/1964

Admissão: 22/05/2023

Idade: 58

Sexo: Masculino

Tipo de Exame: Admissional

Data do Exame: 18/07/2023

Resultado:

Comentários: Conduto Auditivo: M

Referência:

Ref./Seq.: Sequencial

Aparelho:

Fabricante:

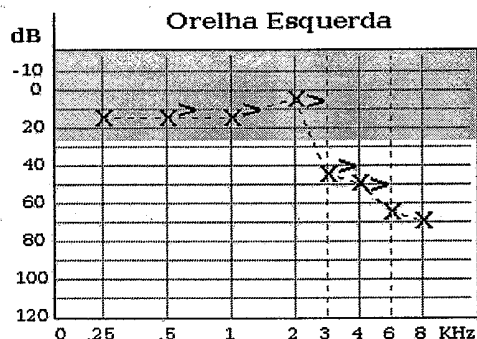
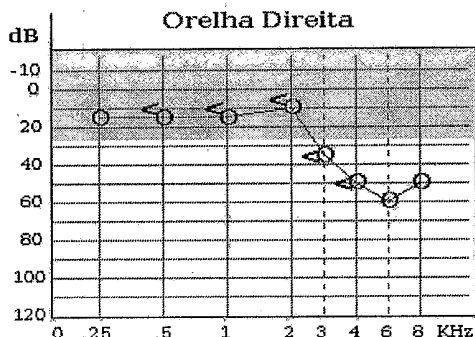
Calibração: 22/06/2023

Repouso Auditivo: 14 Horas

Meatoscopia	Logaudiometria		
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.	15	15	15	10	35	50	60	50
V.O.		10	10	5	35	50		
LLOYD & KAPLAN (1978)	Perda Auditiva sensorineural e configuração descendente em rampa.							
Médias Tritonais .5/1/2 kHz	13.33	Normal						
Médias Tritonais 3/4/6 kHz	48.33	Perda Moderada						

Limiares Tonais - Orelha Esquerda								
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8
V.A.	15	15	15	5	45	50	65	70
V.O.		10	10	5	40	50		
LLOYD & KAPLAN (1978)	Perda Auditiva sensorineural e configuração descendente em rampa.							
Médias Tritonais .5/1/2 kHz	11.67	Normal						
Médias Tritonais 3/4/6 kHz	53.33	Perda Moderada						



Roberto Paulo da Cunha
ROBERTO PAULO DA CUNHA
RG: 65.300.326-2

Claudiane Verônica de Almeida
Fonoaudióloga

CRFa 6 10988

Claudiane Verônica de Almeida
Claudiane Verônica de Almeida
CRFa CRFa-6-10988 / MG
(Examinador)



LAUDO DE ECG - OCUPACIONAL

PACIENTE - Exame: 1453404

NOME: ROBERTO PAULO DA CUNHA

EMPRESA: BETO MONT

NASC.: 13.09.1964

IDADE: 58 anos

RG: 653003262

SEXO: Masculino

MÉDICO SOLICITANTE: GUSTAVO CALILI AMBRÓSIO CRM: 66432

MOTIVO: ADMISSIONAL

DATA DO EXAME: 18/07/2023

LAUDO - 18/07/2023 08:17

Ritmo: SINUSAL
Frequência: 80 bpm

Conclusão, ECG com traçado sugestivo de:

- Intervalos PR, QRS e QT normais.
Sem alterações morfológicas.

CONCLUSÃO:

ECG dentro dos limites da normalidade.

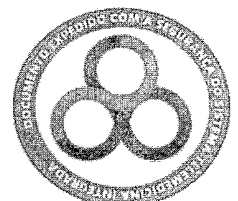
**Alterações no eletrocardiograma não configuram necessariamente a presença de doenças cardíacas e necessitam de correlação clínica



Documento eletrônico assinado digitalmente por
DR FABRICIO PELUCCI MACHADO às
18/07/2023 08:17. 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: **ROBERTO PAULO DA CUNHA** EMPRESA: BETO MONT IDADE: 58 anos
SEXO: MASCULINO NASC : 13.09.1964

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 74389

Eletroencefalografia Quantitativa
Mapeamento de Atividade Elétrica Cerebral

		FOLHA DE LEITURA RADIOLÓGICA - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE RADIOGRAFIAS DE PNEUMOCONIOSE - OIT 2011		CÓDIGO PARA VERIFICAÇÃO: 0LJWUAYC																																																											
NOME ROBERTO PAULO DA CUNHA - ADM - BETO MONT			EMPRESA		DATA DO RX 18/07/2023 07:51																																																										
Nº DO RX		LEITOR (INICIAIS) MCMRC		RX DIGITAL NÃO	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 checked="" 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 <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr><th colspan="2">Primária</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> p</td><td><input type="checkbox"/> s</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> q</td><td><input type="checkbox"/> t</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> r</td><td><input type="checkbox"/> u</td></tr> </table> b) Zonas <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr><th>D</th><th>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="display: inline-table;"> <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		<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> s	<input type="checkbox"/> q	<input type="checkbox"/> t	<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/+	2C PEQUENAS OPACIDADES: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C																														
Primária																																																															
<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> s																																																														
<input type="checkbox"/> q	<input type="checkbox"/> t																																																														
<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/+																																																													
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 PLACASPLEURAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>LOCAL</th> <th>CALCIFICAÇÃO</th> <th>Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)</th> <th>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"/> E</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</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 > 1/2 da parede lateral = 3</td> <td>3 a 5mm = a 5 a 10mm = b > 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"/> E	<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"/> 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"/> E	<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"/> 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																																																														
3C OBLITERAÇÃO DO SEIO COSTOFRENICO: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E																																																															
3D ESPESSAMENTO PLEURAL DIFUSO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>LOCAL</th> <th>CALCIFICAÇÃO</th> <th>Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)</th> <th>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"/> E</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</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 > 1/2 da parede lateral = 3</td> <td>3 a 5mm = a 5 a 10mm = b > 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"/> E	<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"/> 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"/> E	<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"/> 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																																																												
4A OUTRAS ANORMALIDADES: <input type="checkbox"/> SIM (complete 4B) <input type="checkbox"/> NÃO (finalizar a leitura)																																																															
4B SÍMBOLOS (VIDE LEGENDA NO VERSO): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> (*) od: 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"/>																																			
4C COMENTÁRIOS: DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE																																																															
DATA DA LEITURA 18/07/2023 10:58		ASSINATURA <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p>Documento eletrônico assinado digitalmente por</p> <p>DRA MARIA CLARA MENEZES RUIZ COSTA às</p> <p>18/07/2023 10:58. A validação da assinatura</p> <p>poderá ser feita diretamente no site do ICP, tendo</p> <p>em posse o arquivo original do laudo.</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>Dra. Maria Clara Menezes Ruiz Costa</p> <p>Médica Radiologista</p> <p>CRM-MG: 17.240 RQE: 9836</p> </div> </div>																																																													

NOVA

saúde & segurança do trabalho

LAUDODEESP-ESPIROMETRIA

PACIENTE

NOME: ROBERTO PAULO DA CUNHA

NASC: 13.09.1964

IDADE : 58 ANOS

EMPRESA: BETO MONT

SEXO: MASCULINO

DATADO EXAME: 18/07/2023


SOLICITANTE: DRA MARCELA CALILI AMBROSIO MENEZES

CRM: 47896

LAUDO

Provável distúrbio ventilatório restritivo moderado

****Todoexamecomplementarnecessitadecorrelaçãoclínica**


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

**RESULTADO DE EXAMES**
BETO MONT JUNDIAI LTDA**AValiação DA ACUIDADE VISUAL****Funcionário: 1 - ROBERTO PAULO DA CUNHA**Unidade: **BETO MONT JUNDIAI LTDA**CNPJ: **04.414.787/0001-99**Setor: **OPERACIONAL**Cargo: **MECÂNICO**Situação: **Ativo**RG: **MG - 65.300.326-2**Data Ficha: **18/07/2023**

Médico(a):

Data de Nascimento: **13/09/1964**Admissão: **22/05/2023**Idade: **58**Sexo: **Masculino**Tipo de Exame: **Admissional****Data do Exame: 18/07/2023**

Resultado:

A.V LONGE:**OD 20 / 25P****OE 20 / 30****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**ROBERTO PAULO DA CUNHA
RG: 65.300.326-2
Dr. Gustavo Calili Ambrósio
CRM 66432
CONTROLE 1341758Gustavo Calili Ambrósio
CRM 66432 / MG
(Examinador)

QUESTIONÁRIO PSICOSSOCIAL

BETO MONT JUNDIAI LTDA

22/05/2023

Sequencial da Ficha

Funcionário (Código / Nome)
1 / ROBERTO PAULO DA CUNHARG
65.300.326-2Empresa
BETO MONT JUNDIAI LTDACNPJ
04.414.787/0001-99Unidade
BETO MONT JUNDIAI LTDASetor
OPERACIONALCargo
MECÂNICONascimento
13/09/1964Admissão
22/05/2023

Entrada

Idade
58

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 de 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 Questionnaire (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? ▮

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

É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida? ▶

☐ Sim ☒ Não

Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? ▶

☐ Sim ☒ Não

☐ Sim ☐ Não

Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades? ▶

☐ Sim ☒ Não

Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? ▶

☐ Sim ☒ Não

Distúrbio de Uso de Alcool (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 uma 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

Médico Examinador Assinatura e Carimbo ▶

Dr. Gustavo Calili Ambrósio

CRM 66432

CONTROLE 1341758

Assinaturas

Assinatura do (a) Trabalhador (a) ▶

X Roberto Paulo da Cunha

Paciente.....: ROBERTO PAULO DA CUNHA
Data Nascimento: 13/09/1964 CPF: 45891796600
Médico Dr(a):

Número.: 1444075/2

Convênio.....: NOVA Local...:BETO MONT JUNDIAI

GLICEMIA

Metodologia:AUTOMATIZADO -ENZIMATICO TRINDER

Amostra.....: SORO

Coleta.: 18/07/2023 07h27min

Resultado.....: 76,0 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

Dr. Clevison Rômulo Santana Pereira
Farmacêutico Bioquímico - CRF-MG 12802

Dr. Diogo Wallace de Souza
Farmacêutico Bioquímico - CRF-MG 27439


Dr. Monaliza Santana Pereira
Farmacêutica Bioquímica - CRF-MG 22059

Praça Alaide Quintela Soares, 29 - Centro - Inhapi - MG - CEP 35330-000

Telefone (33) 3315-1011
www.laboratoriolaborcentro.com.br