

NOVA

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

saudade & segurança do trabalho

IDENTIFICAÇÃO:

IDENTIFICAÇÃO:		
Nome: ROBERTO PAULO DA CUNHA		
CPF 458.917.966-00		
Funcção: 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
<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 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:

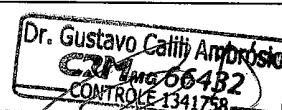
(X) APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER () INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER
(F) APTO PARA TRABALHO EM ALTURA () INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA
(I) APTO P/ TRABALHO ESPAÇO CONFINADO () INAPTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO

* 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:

181 07 123

Probado Paulo da Cunha

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: 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	

() 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.

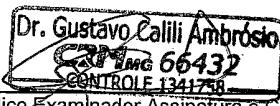
CONCLUSÃO:

(<input checked="" type="checkbox"/>) APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER	(<input type="checkbox"/>) INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER
(<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:
18/07/23


Assinatura do Empregado/Candidato

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

Endereço: Av. Guido Mariere, 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	

() 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:

(<input checked="" type="checkbox"/>) APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCI	(<input type="checkbox"/>) INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCI
(<input 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

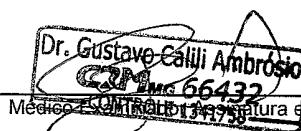
* TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO

* TRABALHO EM ALTURA

OBSERVAÇÃO: USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S

Ipatinga, MG

18/07/23



MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques
CRM SP 89135

RECEBI CÓPIA EM:

18/07/23

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 <small>Variedade & Segurança em Produtos</small>		FICHA CLÍNICA	
BETO MONT JUNDIAI SERVICOS LTDA			
Funcionário (Código / Nome) 1 / ROBERTO PAULO DA CUNHA		RG 633003262	
Empresa Beto Mont Jundiai Servicos Ltda		CNPJ 43.155.818/0001-96	
Unidade Beto Mont Jundiai Servicos Ltda		Setor OPERACIONAL	
Cargo MECANICO		Sexo Masculino	
Nascimento 13/09/1964		Idade 58	
Tipo de Exame Admisional		Entrada Saída	
Médico(a)/		Data Ficha	
Exames Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese e Exame físico),			
Parecer do ASO			
Anamnese			
Medicamentos			
CID			
Texto Livre		Texto Livre	
Ficha Clínica QUESTIONÁRIO AO TRABALHADOR			
FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAIS? ► <hr/> <hr/> <hr/>		TEM ALGUM TIPO DE ALÉRGIA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? ► <hr/> <hr/> <hr/>	
JÁ ESTEVE INTERNADO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO E PORQUE? ► <hr/> <hr/> <hr/>		REALIZOU ALGUMA CIRURGIA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANDO E QUAL? ► <p style="text-align: center;"><i>ERMITA</i></p> <hr/> <hr/> <hr/>	
JÁ TEVE/TEM CRISE CONVULSIVA/EPILEPSIA/DESMAIO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO? ► <hr/> <hr/> <hr/>		DORME BEM? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE NÃO, PORQUE? ► <hr/> <hr/> <hr/>	
FAZ ATIVIDADE FÍSICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL E QUANTAS VEZES? ► <p style="text-align: center;"><i>CORRER</i></p> <hr/> <hr/> <hr/>		INGERE BEBIDA ALCOÓLICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUANTAS VEZES? ► <p style="text-align: center;"><i>RIM DE SEXTA NA</i></p> <hr/> <hr/> <hr/>	
FUMA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANTIDADE POR DIA / QUANTO TEMPO? ► <hr/> <hr/> <hr/>		TEM ALGUM PROBLEMA DE VISÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? ► <hr/> <hr/> <hr/>	
TEM ALGUM PROBLEMA DE AUDIÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? ► <hr/> <hr/> <hr/>		POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? ► <hr/> <hr/> <hr/>	
JÁ TEVE ACIDENTE DE TRABALHO (COM CAT)? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO O QUE ACONTEceu? ► <hr/> <hr/> <hr/>		VOCÊ JÁ FICOU AFASTADO PELO INSS (POR MAIS DE 15 DIAS)? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANDO? / O QUE ACONTEceu? ► <hr/> <hr/> <hr/>	
POSSUI HISTÓRICO DE DOENÇA FAMILIAR? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL? ► <hr/> <hr/> <hr/>			
ASSINATURA DO TRABALHADO: <i>x Roberto Paulo da Cunha</i> <small>Declaro e Fiz as Verdadeiras Informações Prestadas Acima</small>			

FICHA CLÍNICA			
QP / HMA: <i>Nega queing</i>	HPP: <i>NDL</i>	ECTOSCOPIA: <i>B66, LOTE</i>	APARELHO CARDIOVASCULAR: <i>cardiácia</i>
APARELHO RESPIRATÓRIO: <i>supravíscia</i>	APARELHO OSTEOMUSCULAR: <i>NDL</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>NDL</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 (S) EXAME (S)? CITE ALTERAÇÕES ENCONTRADAS: <i>Arteria, Espina</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>15/07/23</i> MÉDICO EXAMINADOR CRM (carimbo): <i>Dr. Gustavo Celli Ambrosio</i> <i>CRM 66432</i> <i>CONTROLE 1341758</i>		
Informações Pessoais			
Dados Peso: _____ Altura: _____			
SINAIS VITAIS			
Temperatura: _____	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>Morfológica</i>	Peso (Kg): <i>65</i>	Índice de Massa Corpórea
Perímetro Cintura (cm): <i>48</i>		Perímetro Quadril (cm): <i>83</i>	
Texto Livre			

NOVA
segurança no trabalho

RESULTADO DE EXAMES

BETO MONT JUNDIAI LTDA

AUDIOMÉTRIA

Funcionário: 1 - ROBERTO PAULO DA CUNHA

Unidade: **BETO MONT JUNDIAI LTDA**
 CNP: **04.414.787/0001-99**
 Setor: **OPERACIONAL**
 Cargo: **MECÂNICO**
 Situação: **Ativo**
 RG: **MG - 65.300.326-2**
 Data Ficha: **18/07/2023**
 Médico(.,):

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**

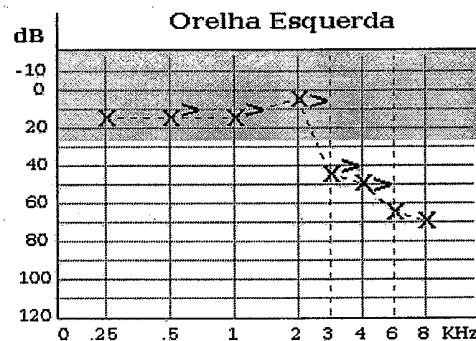
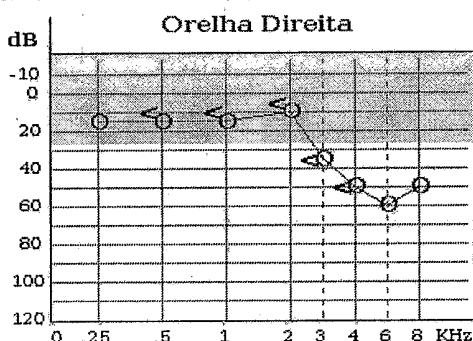
Aparelho:
 Fabricante:

Calibração: **22/06/2023**
 Repouso Auditivo: **14 Horas**

Meatoscopia		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.	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
 RG: 65.300.326-2

Claudiane Verônica de Almeida

Fonoaudióloga

CRFa-6 10988

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



Código para verificação: V6GOWKDH



TI-V6GOWKDH

LAUDO DE ECG - OCUPACIONAL

PACIENTE - Exame: 1453404

NOME: ROBERTO PAULO DA CUNHA

EMPRESA: BETO MONT

RG: 653003262

SEXO: Masculino

MÉDICO SOLICITANTE: GUSTAVO CALILI AMBRÓSIO CRM: 66432

DATA DO EXAME: 18/07/2023

NASC.: 13.09.1964

IDADE: 58 anos

MOTIVO: ADMISSIONAL

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.

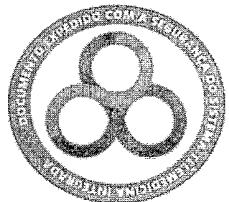
**Alterações no eletrocardiograma não configuram necessariamente a presença de doenças cardíacas e necessitam de correlação clínica



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.

Fábio Pelucci Machado

Dr. Fabricio 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, apresenta-se ritmos em faixas clássicas de frequência, com distribuição relativamente simétrica em todos os quadrantes de ambos os hemisférios cerebrais, com predomínio de ondas na freqüência alfa.

CONCLUSÃO:

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

Dr. Flávio Mori
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:
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				b) Zonas	c) Profusão	2C PEQUENAS OPACIDADES: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Primária		Secundária		<table border="1"><tr><td>D</td><td>E</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><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>	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0/-</td><td>0/0</td><td>0/1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0/-	0/0	0/1	<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"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
0/-	0/0	0/1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<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"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
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				<table border="1"> <tr> <td>LOCAL</td> <td>CALCIFICAÇÃO</td> <td colspan="3">Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)</td> <td colspan="3">Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)</td> </tr> <tr> <td>Parede em Perfil</td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>D</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>Frontal</td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>E</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>Diaphragma</td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Outros Locais</td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">3C OBLITERAÇÃO DO SEIO COSTOFRÉNICO:</td> <td colspan="2"><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">3D ESPESSAMENTO PLEURAL DIFUSO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</td> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>LOCAL</td> <td>CALCIFICAÇÃO</td> <td colspan="3">Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)</td> <td colspan="3">Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)</td> </tr> <tr> <td>Parede em Perfil</td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>D</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>Frontal</td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>E</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">4A OUTRAS ANORMALIDADES:</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> SIM (complete 4B)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> NÃO (finalizar a leitura)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">4B SÍMBOLOS (VIDE LEGENDA NO VERSO):</td> <td colspan="4"> <table border="1"> <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></tr> </table> <p>(*): od: Necessário um comentário.</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">4C COMENTÁRIOS: DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>				LOCAL	CALCIFICAÇÃO	Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)			Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)			Parede em Perfil	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>D</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	D	a	b	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frontal	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	E		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>E</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	E	a	b	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diaphragma	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Outros Locais	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						3C OBLITERAÇÃO DO SEIO COSTOFRÉNICO:				<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			3D ESPESSAMENTO PLEURAL DIFUSO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				<table border="1"> <tr> <td>LOCAL</td> <td>CALCIFICAÇÃO</td> <td colspan="3">Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)</td> <td colspan="3">Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)</td> </tr> <tr> <td>Parede em Perfil</td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>D</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>Frontal</td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>E</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>				LOCAL	CALCIFICAÇÃO	Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)			Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)			Parede em Perfil	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>D</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	D	a	b	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frontal	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	E		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>E</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	E	a	b	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3								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"> <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></tr> </table> <p>(*): od: Necessário um comentário.</p>				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"/>	4C COMENTÁRIOS: DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE																																		
LOCAL	CALCIFICAÇÃO	Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)			Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Parede em Perfil	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>D</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	D	a	b	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	D																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
1	2	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
D	a	b	c																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Frontal	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	E		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>E</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	E	a	b	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
1	2	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
E	a	b	c																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Diaphragma	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Outros Locais	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
3C OBLITERAÇÃO DO SEIO COSTOFRÉNICO:				<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
3D ESPESSAMENTO PLEURAL DIFUSO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				<table border="1"> <tr> <td>LOCAL</td> <td>CALCIFICAÇÃO</td> <td colspan="3">Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)</td> <td colspan="3">Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)</td> </tr> <tr> <td>Parede em Perfil</td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>D</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>Frontal</td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>0</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> <td><table border="1"><tr><td>E</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>				LOCAL	CALCIFICAÇÃO	Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)			Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)			Parede em Perfil	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>D</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	D	a	b	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frontal	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	E		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>E</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	E	a	b	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3																																																																																																																																																																																																																																										
LOCAL	CALCIFICAÇÃO	Extensão: Parede (Combinado em perfil e frontal)			Largura: Opcional (Mínimo de 3mm para marcação)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Parede em Perfil	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>D</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	D	a	b	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	D																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
1	2	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
D	a	b	c																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Frontal	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	D	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>0</td><td>E</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	0	E		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"><tr><td>E</td><td>a</td><td>b</td><td>c</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	E	a	b	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	D	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
0	E																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
1	2	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
E	a	b	c																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Até 1/4 da parede lateral = 1 1/4 a 1/2 da parede lateral = 2 > 1/2 da parede lateral = 3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
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"> <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></tr> </table> <p>(*): od: Necessário um comentário.</p>				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"/>																																																																																																																																																																																																																																																																						
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"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
4C COMENTÁRIOS: DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

DATA DA LEITURA 18/07/2023 10:58	ASSINATURA	
 ICP Brasil	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.	<hr/> Dra. Maria Clara Menezes Ruiz Costa Médica Radiologista CRM-MG: 17.240 RQE: 9836

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

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

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

NOVA
Saúde & Segurança do trabalho

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

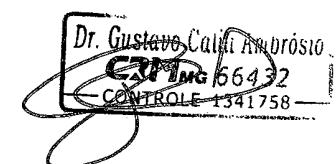
20/40 , 20/60 , 20/100 , 20/200 , J3 , J4, J5 , J6 = Recomenda-se procurar um oftalmologista.
Exame realizado sem correção.

Referência:

Ref./Seq.: **Sequencial**



ROBERTO PAULO DA CUNHA
RG: 65.300.326-2



Gustavo Callili Ambrósio
CRM 66432 / MG
(Examinador)

NOVA

QUESTIONÁRIO PSICOSOCIAL

BETO MONT JUNDIAI LTDA

22/05/2023

Seqüencial da Ficha

Funcionário (Código / Nome)		RG
1 / ROBERTO PAULO DA CUNHA		65.300.326-2
Empresa		CNPJ
BETO MONT JUNDIAI LTDA		04.414.787/0001-99
Unidade		Setor
BETO MONT JUNDIAI LTDA		OPERACIONAL
Cargo		Idade
MECÂNICO		58
Nascimento	Admissão	Saída
13/09/1964	22/05/2023	
Entrada		Data Ficha
Tipo de Exame		
Questionário Psicosocial		
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
 Você tem dificuldade para se concentrar? 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? Não Igual ao normal Mais do que normal Muito mais do que normal
 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

Resposta Sim ou Não

- Você tem medo de altura?
 Sim Detalhar: Não
 Você tem medo a espacos 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

Resposta 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?

- 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?

<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida? ↵	
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? ↵	
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades? ↵	
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? ↵	
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

Distúrbio de Uso de Álcool (AUDIT)

Responda as Questões:

Com qual frequência você utiliza bebidas com álcool? ↵

<input type="checkbox"/> Não Bebo	<input type="checkbox"/> Mensalmente ou Menos	<input checked="" type="checkbox"/> 2-4 vezes ao mês	<input type="checkbox"/> 2-4 vezes por semana	
4 ou mais vezes por semana				
Quantas bebidas alcoólicas você costuma tomar nesses dias? ↵				
<input checked="" 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"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> Menos que Mensalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	
Quase Diária				
Com que frequência no último ano você se sentiu incapaz de parar de beber depois que começou? ↵				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input checked="" type="checkbox"/> Menos que Mensalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	
Quase Diária				
Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo por causa da bebida? ↵				
<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos que Mensalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	
Quase Diária				

Com qual frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebedeira? ↵

<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos que Mensalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	
Quase Diária				
Com qual frequência no último ano você sentiu remorso após beber? ↵				
<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos que Mensalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	
Quase Diária				
Com qual frequência no último ano você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? ↵				
<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos que Mensalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	
Quase Diária				
Você já se machucou ou machucou alguém com resultado do uso de álcool? ↵				
<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"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não			

TESTE DE NICOTINA DE FAGERSTROM

Responda as Questões:

1. Depois de quanto tempo, após acordar, você acende o primeiro cigarro? ↵

<input 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	
mais de 60 minutos				
Atualmente Quantos Cigarros você fuma por dia? ↵				
<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"/> 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"/> manhã	<input type="checkbox"/> resto do dia
--------------------------------	---------------------------------------

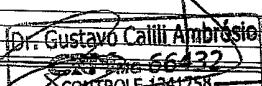
Você fumaría se estivesse doente ou a ponto de ficar de cama a maior parte do tempo? ↵

<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
É difícil ficar sem fumar em locais proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc? ↵	
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

Assinaturas

Assinaturas

Médico Examinador Assinatura e Carimbo ↵


Dr. Gustavo Calili Ambrosio
CRM 66432
CONTROLE 1341758

Assinatura do (a) Trabalhador (a) ↵



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

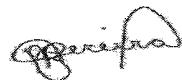
VALOR DE REFERENCIA:

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. Cleiston Rômulo Santana Pereira
Farmacêutico Biológico - CRF-MG 12602

Dr. Diego Wallace de Souza
Farmacêutico Biológico - CRF-MG 27339

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

Praça Alfaide Quintela Soares, 29 - Centro - Inhapim - MG - CEP 36330-000

Telefone ☎ (33) 3315-1011
www.laboratoriosborcentro.com.br