

**NOVA**

saúde & segurança do trabalho

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

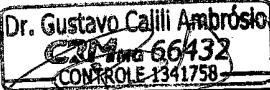
IDENTIFICAÇÃO:			
Nome: EDIBERTO CESAR DA CUNHA			CPF 307.313.646-00
Função: MECÂNICO			CNPJ 43.155.818/0001-96
Data Nas.	02/12/1959		
Empresa:	BETO MONT JUNDIAÍ SERVIÇOS LTDA		
Riscos:	Físico	Ruido	
	Químico	Químicos	
	Acidente	Trabalho em Altura, Trabalho em Espaço Confinado, Cortes e Perfurações, Exposição acidental a vazamento de produtos químicos proveniente da planta industrial	
	Biológico	Sem Riscos Específicos	
	Ergonômico	Postural	
<input checked="" type="checkbox"/> Admisional <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho <input type="checkbox"/> Mudança de Função <input type="checkbox"/> Demissional			
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:			
1	Exame Clínico	Data:	18/07/23
2	Audiometria	Data:	18/07/23
3	Eletrocardiograma	Data:	18/07/23
4	Eletroencefalograma	Data:	18/07/23
5	Hemograma Completo com Plaquetas	Data:	18/07/23
6	Glicose em Jejun	Data:	18/07/23
7	Acuidade Visual	Data:	18/07/23
8	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>25/07/23</u>	 Médico Examinador Assinatura e Carimbo
--------------	-----------------	--

MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques  
CRM SP 89135

RECEBI CÓPIA EM:  
25/07/23

Ediberto Cesar da Cunha

Assinatura do Empregado/Candidato

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

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

Tel./Fax: (31) 3821-4236

# NOVA

## **ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

saúde & segurança do trabalho

## **IDENTIFICAÇÃO:**

		<b>IDENTIFICAÇÃO:</b>	
Nome: EDIBERTO CESAR DA CUNHA		CPF 307.313.646-00	
Função: MECÂNICO		CNPJ 43.155.818/0001-96	
Data Nas.	02/12/1959		
Empresa:	BETO MONT JUNDIAÍ SERVIÇOS 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			

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

**PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:**

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Data:	18/07/23
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	Acuidade Visual	Data:	18/07/23
8	Avaliação Psicossocial	Data:	18/07/23

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

#### **CONCLUSÃO:**

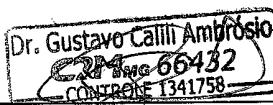
() APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER      () INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER  
() APTO PARA TRABALHO EM ALTURA      () INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA  
() APTO P/ TRABALHO ESPAÇO CONFINADO      () INAPTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO

\* TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO      \* TRABALHO EM ALTURA

OBSERVAÇÃO: USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S

Ipatinga, MG

25 107 123



Médico Examinador Assinatura e Carimbo

MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques  
CRM SP 89135

**RECEBI CÓPIA EM:**

25/07/123

## Edicto Real do Ceu

Assinatura do Empregado/Candidato

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

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

Tel./Fax: (31) 3821-4236

**NOVA**

saúde & segurança do trabalho

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO:			
Nome: EDIBERTO CESAR DA CUNHA			CPF 307.313.646-00
Função: MECÂNICO			CNPJ 43.155.818/0001-96
Data Nas.	02/12/1959		
Empresa:	BETO MONT JUNDIAÍ SERVIÇOS LTDA		
Riscos:	Físico	Ruido	
	Químico	Químicos	
	Acidente	Trabalho em Altura, Trabalho em Espaço Confinado, Cortes e Perfurações, Exposição acidental a vazamento de produtos químicos proveniente da planta industrial	
	Biológico	Sem Riscos Específicos	
	Ergonômico	Postural	
<input checked="" type="checkbox"/> Admisional <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho <input type="checkbox"/> Mudança de Função <input type="checkbox"/> Demissional			
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:			
1	Exame Clínico	Data:	18/07/23
2	Audiometria	Data:	18/07/23
3	Eletrocardiograma	Data:	18/07/23
4	Eletroencefalograma	Data:	18/07/23
5	Hemograma Completo com Plaquetas	Data:	18/07/23
6	Glicose em Jejun	Data:	18/07/23
7	Acuidade Visual	Data:	18/07/23
8	Avaliação Psicossocial	Data:	18/07/23

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

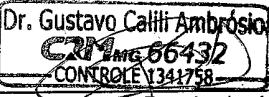
### CONCLUSÃO:

<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 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>25/07/23</u>	 Médico Examinador Assinatura e Carimbo
--------------	-----------------	--

MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques  
CRM SP 89135

RECEBI CÓPIA EM:  
25/07/23

*Ediberto Cesar da Cunha*

Assinatura do Empregado/Candidato

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

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

Tel./Fax: (31) 3821-4236

FICHA CLÍNICA

BETO MONT JUNDIAI SERVICOS Ltda

<b>Funcionário (Código / Nome)</b> 2 / EDIBERTO CESAR DA CUNHA		<b>RG</b> 1590797
<b>Empresa</b> Beto Mont Jundiai Servicos Ltda		<b>CNPJ</b> 43.155.818/0001-96
<b>Unidade</b> Beto Mont Jundiai Servicos Ltda	<b>Setor</b> OPERACIONAL	
<b>Cargo</b> MECANICO	<b>Sexo</b> Masculino	<b>Idade</b> 63
<b>Nascimento</b> 29/12/1959	<b>Admissão</b> 22/05/2023	<b>Entrada</b> 00:00
		<b>Saída</b> 00:00
<b>Tipo de Exame</b> Admissional		<b>Data Ficha</b> 22/05/2023
<b>Médico(a)/</b>		

**Exames**  
Audiometria, Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese e Exame físico), Avaliação da acuidade visual, Avaliação Psicosocial, ECG convencional de até 12 derivações, Eletroencefalograma , GAMA GT, Glicemia, Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritrograma, leucograma, plaquetas), Prova de função pulmonar completa (ou espirometria), RX - Tórax (OIT).

**Parceria do ASO****Anamnese****Medicamentos****CID****Texto Livre****Texto Livre****Ficha Clínica****QUESTIONÁRIO AO TRABALHADOR**

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

FICHA CLÍNICA

QP / HMA: <i>Nega guixa</i>	HPP: <i>NDA</i>		
ECTOSCOPIA: <i>BEG, LOTE</i>	APARELHO CARDIOVASCULAR: <i>sucânico</i>		
APARELHO RESPIRATÓRIO: <i>expansivo</i>	APARELHO OSTEOMUSCULAR: <i>NDA</i>		
OUTROS:	ROMBERG: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
Aspecto da Pele e dos Olhos ► <i>NDA</i>			
<b>OBSERVAÇÕES</b>			
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: _____			
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>			
1 - DOS EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS PELA EMPRESA, ALGUM APRESENTA ALTERAÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SE SIM, QUAL (IS) EXAME (S)? CITE ALTERAÇÕES ENCONTRADAS: _____		
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: <i>Ci *APTO INAPTO</i> DATA: <i>25/07/23</i> MÉDICO EXAMINADOR / CRM (código): <i>Dr. Gustavo Calli Amoroso</i> CRM/RG <i>66432</i> CONTROLE <i>141788</i>		
<b>Informações Pessoais</b>			
Dados Peso ► Altura ►			
<b>SINAIS VITAIS</b>			
Temperatura <i>36.5</i>	Frequência Respiratória (IPM) <i>13</i>	Pressão Arterial (mmHg) <i>130x80</i>	Frequência de Pulso (BPM) <i>70</i>
Altura <i>1,72</i>	Biotipo <i>Morundum</i>	Peso (Kg) <i>69</i>	Índice de Massa Corpórea
Perímetro Cintura (cm) <i>81</i>		Perímetro Quadril (cm) <i>90</i>	
Texto Livre			