

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	Ruído
	Químico	Químicos
	Acidente	Trabalho em Altura, Trabalho em Espaço Confinado, Cortes e Perfurações, Exposição acidental a vazamento de produtos químicos proveniente da planta industrial
	Biológico	Sem Riscos Específicos
	Ergonômico	Postural
(<input checked="" type="checkbox"/>) Admissional (<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	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

25/07/23

Dr. Gustavo Cajili Ambrósio
CRM 66432
CONTRÓLE 1341758

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: (1ª) LOCAL DE TRABALHO, (2ª) FUNCIONÁRIO, (3ª) PRONTUÁRIO MÉDICO

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

Tel./Fax: (31) 3821-4236

NOVA

saúde & segurança do trabalho

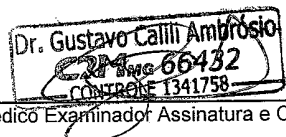
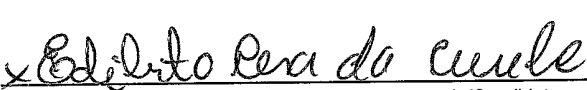
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO:	
Nome: 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
(x) Admissional () Periódico () Retorno ao Trabalho () Mudança de Função () Demissional	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:	
1 Exame Clínico	Data: 18/07/23
2 Audiometria	Data: 18/07/23
3 Eletrocardiograma	Data: 18/07/23
4 Eletroencefalograma	Data: 18/07/23
5 Hemograma Completo com Plaquetas	Data: 18/07/23
6 Glicose em Jejum	Data: 18/07/23
7 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	() INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER
(<input checked="" type="checkbox"/>) APTO PARA TRABALHO EM ALTURA	() INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA
(<input checked="" type="checkbox"/>) APTO P/ TRABALHO ESPAÇO CONFINADO	() INAPTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO
* TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO	* TRABALHO EM ALTURA

OBSERVAÇÃO: USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S

Ipatinga, MG	<u>25/07/23</u>	 Médico Examinador Assinatura e Carimbo
MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques CRM SP 89135		
RECEBI CÓPIA EM: <u>25/07/23</u>	 Assinatura do Empregado/Candidato	

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

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

Tel./Fax: (31) 3821-4236

NOVA

saúde & 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 Ruído
	Químico Químicos
	Acidente Trabalho em Altura, Trabalho em Espaço Confinado, Cortes e Perfurações, Exposição acidental a vazamento de produtos químicos proveniente da planta industrial
	Biológico Sem Riscos Específicos
	Ergonômico Postural
(x) Admissional () Periódico () Retorno ao Trabalho () Mudança de Função () Demissional	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:	
1 Exame Clínico	Data: 18/07/23
2 Audiometria	Data: 18/07/23
3 Eletrocardiograma	Data: 18/07/23
4 Eletroencefalograma	Data: 18/07/23
5 Hemograma Completo com Plaquetas	Data: 18/07/23
6 Glicose em Jejum	Data: 18/07/23
7 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:	
(x) APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER	() INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERCER
(x) APTO PARA TRABALHO EM ALTURA	() INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA
(x) APTO P/ TRABALHO ESPAÇO CONFINADO	() INAPTO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO
* TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO	* TRABALHO EM ALTURA
OBSERVAÇÃO: USO OBRIGATÓRIO DE EPI'S	
<div>Ipatinga, MG <u>25/07/23</u></div> <div><div>Dr. Gustavo Calili Ambrosio CRM-MG 66432 CONTRÓLE 1341758</div><div>Médico Examinador Assinatura e Carimbo</div></div> <div>MÉDICO COORDENADOR : Dr. Paulo Fernandes Marques CRM SP 89135</div> <div>RECEBI CÓPIA EM: <u>25/07/23</u></div> <div><u>Ediberto Cesar da Cunha</u> Assinatura do Empregado/Candidato</div>	
EMITIDO EM 03 (TRÊS) VIAS: (1ª) LOCAL DE TRABALHO, (2ª) FUNCIONÁRIO, (3ª) PRONTUÁRIO MÉDICO	
Endereço: Av. Guido Marliere, 185 - Iguaçu - Ipatinga MG - CEP: 35.162-072 Tel./Fax: (31) 3821-4236	

FICHA CLÍNICA

BETO MONT JUNDIAI SERVICOS LTDA

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

Exames
Audiometria, Avaliação Clínica Ocupacional (Anamnese e Exame físico), Avaliação da acuidade visual, Avaliação Psicossocial, 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),

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

FICHA CLÍNICA

QP / HMA:

Nega queixa

HPP:

NDA

ECTOSCOPIA:

BEG, LOTE

APARELHO CARDIOVASCULAR:

rincárdico

APARELHO RESPIRATÓRIO:

apneia

APARELHO OSTEOMUSCULAR:

NDA

OUTROS:

ROMBERG:

☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐ NÃO SE APLICA

Aspecto da Pele e dos Olhos

NDA

OBSERVAÇÕES

NECESSITA DE ENCAMINHAMENTO APÓS EXAME FÍSICO?

☐ SIM ☐ NÃO

MOTIVO ▶

NECESSITA DE RELATÓRIO DE CONTRA-REFERÊNCIA?

☐ SIM ☐ NÃO

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

EXAMES COMPLEMENTARES

1 - DOS EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS PELA EMPRESA, ALGUM APRESENTA ALTERAÇÃO?

☐ SIM ☐ NÃO

SE SIM, QUAL (IS) EXAME (S)? CITE ALTERAÇÕES ENCONTRADAS:

2 - CONDUTA FRENTE A(S) ALTERAÇÃO(ÕES):

☐ APTO PARA A FUNÇÃO☐ COMUNICAR ALTERAÇÃO AO MÉDICO
COORDENADOR DA EMPRESA PARA
REAVALIAR E ORIENTAR PACIENTE, QUE ESTÁ
APTO PARA FUNÇÃO

CONCLUSÃO:

☒ *APTO ☐ INAPTO

DATA: 25.07.23

MÉDICO EXAMINADOR / CRM (CARTÃO):

Dr. Gustavo Cailli André

CRM-MG 66432

CONTRÔLE 1341758

Informações Pessoais

Dados

Peso ▶

Altura ▶

SINAIS VITAIS

Temperatura

—

Frequência Respiratória (IPM)

13

Pressão Arterial (mmHg)

130x80

Frequência de Pulso (BPM)

70

Altura

1,72

Biotipo

normomênico

Peso (Kg)

69

Índice de Massa Corpórea

Perímetro Cintura (cm)

81

Perímetro Quadril (cm)

90

Texto Livre