Nome do Paciente:

Data de Nascimento: / / Idade:

RG: Função:/Setor

Med Coordenador PCMSO:

Med Encarregado do Exame:

CRM

CRM

# TIPO DE EXAME

Admissional Periódico Demissional

Retorno ao Trabalho Mudança de Função

# RISCOS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A) Físicos** | **B) Químicos** | **C) Biológicos** | **D) Ergonômicos** | **E) Outros** |
| Calor | Fumos metálicos | Bactérias | Esforço físico intenso |  |
| Frio | Gases | Fungos | Levantamento peso |
| Radiações Ion. | Hidrocarbonetos | Parasitas | Movimento repetitivo |
| Radiações Não-Ion. | Neblinas | Protozoários | Postura inadequada |
| Ruídos | Névoas | Vírus | Trabalho em turno |
| Umidade | Poeiras Minerais |  |  |
| Vibrações | Solventes |  |  |
|  | Vapores Orgânicos |  |  |
|  | Fumos Plásticos |  |  |
| Não existem riscos específicos para a função desempenhada | | | | |

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Acuidade visual Anamnese Audiometria

Eletrocardiograma Eletroencefalograma Espirometria

Glicemia Hemograma Raio X (tórax)

PA mmhG Parasitológico

Urina

Observações quanto aos exames realizados:

# CONCLUSÃO FINAL

Em cumprimento ao que determina a Norma Regulamentadora nº 7, (Texto dado pela Portaria SSST n.º 24, de 29 de dezembro de 1994 e alterações subsequentes) emito o parecer:

## APTO PARA A FUNÇÃO

APTO COM RESTRIÇÃO PARA:

APTO CLINICAMENTE, aguardando resultado de exames complementares INAPTO PARA A FUNÇÃO

INAPTO TEMPORARIAMENTE, avaliação de especialidades

Observações: Local , / /

Ass. Médico do Trabalho Ass. Paciente