



Jacareacanga, 18 de Fevereiro de 2016.

Valério Ebornofaur

A Cleide Santos

Coord. Meio Ambiente

A/C Edmilson Giardone

Enfermeiro

Empresa de Energia São Manoel

Assunto: Ações Saúde – Identificação e Controle Esquistossomose

Prezado(a) Sr.(a),

Em atenção a vossa solicitação, em reunião realizada em 17/02/2016 às 15:30hrs, o Consórcio Constran-UTC São Manoel, vem por meio desta, esclarecer que Ações de Saúde são realizadas para detecção, investigação e caso necessário tratamento da Esquistossomose.

Nos exames pré-admissionais e periódicos, durante a Anamnese (Anexo I), através de perguntas específicas e exame Clínico o Médico Examinador identificada indivíduos residente e/ou procedente de área endêmica para Esquistossomose, com quadro clínico sugestivo a forma crônica, ectópicas ou assintomática. Caso haja suspeita, o candidato é encaminhado para ser submetido a Exame Parasitológico de Fezes para confirmação.

Conforme Ofício no Anexo II, informamos que no período de 01/07/2015 a 31/12/2015 foram realizados 139 exames Parasitológico de Fezes, Método de Pesquisa da Esquistossomose, de pessoas assintomáticas. Colocamo-nos à disposição para mais informações ou esclarecimentos que porventura se façam necessárias.

Atenciosamente,

Dr. Rogério Barcelos
Médico - CRM-PA 12773
CONSTRAN UTEC
CONSÓRCIO UHE SÃO MANOEL

ROGÉRIO BARCELOS

Médico Coordenador do Consórcio Constran-UTC São Manoel
CRM 12773/PA

8/02/16

ANEXO I - FICHA CLINICA OCUPACIONAL (Frente)

PRONTUÁRIO CLÍNICO INDIVIDUAL

Admissional
 Periférico
 Demissional
 Retorno ao Trabalho
 Mudança de Função
 Complementar ao ASO

NOME COMPLETO _____
CPF: _____
DATA DE NASCIMENTO DIA _____ MÊS _____ ANO _____
ESCOLARIDADE (ESTUDOU ATÉ QUE SÉRIE) _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL _____
ENDERÇO RESIDENCIAL _____
SEXO M F RG _____
DATA ADMISSÃO _____
FUNÇÃO _____
SETOR _____

CABEÇA E PESCOÇO SIM NÃO
 Tontura
 Dor de Cabeça
 Erupções
 Vertigem
 Dor de garganta
 Epilepsia
 Dor de ouvido
 Sinusite
 Deficiência Visual
 Deficiência Auditiva
 Labirintite
 Doenças de Típicos
 Cirurgia / Trauma

SISTEMA RESPIRATÓRIO SIM NÃO
 Falta de Ar ou Chateira
 Amigdalite / Faringite
 Tosse Crônica
 Escarro com Sangue
 Restrição Freqüente
 Asma (obstrutiva)
 Bronquite ou Asma
 Síndrome Patológica
 Pneumonia
 Tuberculose
 Rinite ou Faringite
 Cirurgia

SISTEMA CARDIOVASCULAR SIM NÃO
 Pressão Alta
 Dor no Peito - Angina - Infarto
 Doença de Chagas
 Papulose - Batidura
 Doença de Chagas
 Infarto nos Pernas
 Coronária - Doença
 Angina em Casa de Barro
 Trombose nos Membros
 Doença nos Membros
 Acorda com Falta de Ar à noite
 Cansaço quando anda
 Cirurgia

SISTEMA DIGESTIVO SIM NÃO
 Azia, Náusea, Vômitos
 Gastrite, Úlcera
 Hemorroidas
 Problemas de Digestão
 Hemorroidas
 Doença de Crohn
 Doença de Colite
 Hepatite - Pancreatite
 Fístula com sangue
 Cirurgia (Amarelado)
 Cirurgia

SISTEMA URINÁRIO SIM NÃO
 Infecção na urina
 Urina com sangue
 Dor para urinar
 Úlcera renal
 DST
 Úlcera bem
 Outras (Cite-os abaixo)
 Cirurgia

A FAMÍLIA (TEM OU TEVE) SIM NÃO
 Reumatismo
 Alergia ou Asma
 Epilepsia - Desmaio
 Sífilis
 Câncer
 Pressão Alta ou Doença Cardíaca
 Tuberculose
 Hanseníase
 Úlcera de Cálculo ou Dúodenal
 Alcoolismo

OUTROS SIM NÃO
 Menstruação
 Anorexia
 Depressão
 Perda de Memória
 Alergia a Remédios
 Esta engravidando
 Está engravidando
 Diabetes Mellitus
 Tumor ou Cisto
 Doença de Pele

BRAÇOS, PERNAS E COLUNA SIM NÃO
 Dores nos braços
 Dores nas costas
 Bico de papagaio
 Artrose ou Reumatismo
 Varizes
 Outras (Cite-os abaixo)
 Fratura
 Cirurgia
 Problemas coluna
 Dor na coluna

SOMENTE PARA MULHERES SIM NÃO
 Ciclo menstrual regular Sim Não
 Data da última menstruação _____
 Claxs (Mestrax)
 As vezes Sempre Não
 Instabilidade de Cálcio
 Usa algum método para evitar gravidez
 G Sim Não
 P Sim Não
 C Sim Não
 A Sim Não
 Lactação

HÁBITOS DE VIDA
 Usa cigarro? Sim Não Não sabe
 Bebe álcool? Sim Não Não sabe
 Tem alimentação regular? Sim Não Não sabe
 Faz exercícios físicos? Sim Não Não sabe
 Faz atividade física? Sim Não Não sabe
 Faz uso de medicamentos? Sim Não Não sabe
 Faz uso de contraceptivos? Sim Não Não sabe

HISTÓRICO OCUPACIONAL
 Atualmente por ocasião de trabalho? Sim Não Não sabe
 Último emprego em qual empresa? _____
 Último salário em qual empresa? _____
 Último cargo em qual empresa? _____
 Último tempo em qual empresa? _____
 Último motivo de afastamento? _____
 Último tempo de afastamento? _____
 Último motivo de afastamento? _____
 Último tempo de afastamento? _____
 Último motivo de afastamento? _____

DECLARAÇÃO
 Declaro sob as penas da lei que as informações acima prestadas são verdadeiras e completas, nada sendo omitido.
 Assinatura: _____
 Paraatila-NT

EXAME CLINICO
 DATA / / ANOS PESO / KG ALTURA / CM TEMPO / TEMPO

CON	MACULAS	AP. DENTRO LINGUAL	OROFARINGE	LABIA	AP. DENTARIO
<input type="checkbox"/> Alter. <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal
PERICARDIO	ARTERIA CORONARIA	AP. DENTARIO LINGUAL	OROFARINGE	LABIA	AP. DENTARIO
<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal
VEIAS	ARTERIA VEIAL	ARTERIA VEIAL	ARTERIA VEIAL	ARTERIA VEIAL	ARTERIA VEIAL
<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal
COLUNA VERTEBRAL	TRONCO	TRONCO	TRONCO	TRONCO	TRONCO
<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal
CARTELA	OMOLITO	OMOLITO	OMOLITO	OMOLITO	OMOLITO
<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal
SISTEMA NERVOSO	SISTEMA NERVOSO	SISTEMA NERVOSO	SISTEMA NERVOSO	SISTEMA NERVOSO	SISTEMA NERVOSO
<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal
ABDOMEN	ABDOMEN	ABDOMEN	ABDOMEN	ABDOMEN	ABDOMEN
<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Dano <input type="checkbox"/> Anormal
CONCLUSÃO					
<input type="checkbox"/> Adequado para a função <input type="checkbox"/> Adequado para a função					
RECURSO EXAMINADOR: _____ C. O. Nº: _____ / _____ F. O. Nº: _____ / _____					
Assinatura / observação: _____					

ANEXO II – Relatório Labital

Technical Informática
71 3276.2918
fci@tecnologia@fci.com.br
www.fci.com.br

LABITAL Laboratório de A. Clínicas
Faturamento por Exame
[01/07/2015 - 31/12/2015] Convenio: (COSTR) CONSORCIO CONSTRAN-UTC SÃO
MANOEL Perfil: (PAR) PARASITOLOGIA

Código	Código CONTRA	Exame	Quantidade	Valor
--------	---------------	-------	------------	-------

PARASITOLOGIA
PARASITOLOGICO DE FEZES
PFHF 139

ZEUS - Software Laboratorial
Data: 18/02/2016
Hora: 10:31:48
Página: 1

