



## ATESTADO

ELISABETH SOBRINHO LISS DE

OLIVEIRA

- Esteve em consulta hoje às 12 horas
- Esteve em tratamento médico das 12 às 18 horas
- Em bom estado geral de saúde
- Necessita afastar-se de suas funções habituais no(s) dia(s)  
  /  /   à   /  /   por motivo de saúde

**C.I.D. (Não obrigatório segundo portaria 3.270/84 de M.P.A.S. e resolução 1190/84 de C.F.M.)**

Cambé, 22 / 10 / 15  
Alexandre A. Mairano /  
CLINICO GERAL  
CRM-PR 21061

Carimbo e Assinatura



**SEG MED - Segurança e Medicina do Trabalho S/S Ltda.**

Rua Rio Grande do Sul, 139 - Tel: (43) 3323-7772 - Londrina - PR - E-mail: segmed.smt@gmail.com

**PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO**  
NR-7 - PORTARIA MTE 3214/78  
**ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

NOME: <u>Elaine Severgnini Lin</u>		IDENTIDADE: <u>613207142</u>	IDADE:
EMPRESA: <u>Scil</u>			
FUNÇÃO: <u>Aux. Limpeza</u>		SETOR:	
<input type="checkbox"/> PRÉ-ADMISSÃO	<input type="checkbox"/> DEMISSÃO	<input type="checkbox"/> RETORNO / TRABALHO	
<input checked="" type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO	<input type="checkbox"/>	
EXAMES REALIZADOS			
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <u>19/03/16</u>		<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARES	
CONCLUSÃO		VALIDADE DO EXAME:	
<input checked="" type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> APTO P/ TRABALHO EM ALTURA	<input type="checkbox"/> ESPAÇO CONFINADO	<input type="checkbox"/> 6 meses <input checked="" type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> INAPTO
RISCOS:	<input checked="" type="checkbox"/> ERGONÔMICO _____	<input type="checkbox"/> FÍSICO _____	
	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE _____	<input type="checkbox"/> QUÍMICO _____	
		<input type="checkbox"/> BIOLÓGICO _____	

**EXAMES COMPLEMENTARES**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA         | <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA      |
| <input type="checkbox"/> ECG                 | <input type="checkbox"/> GLICEMIA       |
| <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> GAMA GT        |
| <input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA        | <input type="checkbox"/> ÁCIDO HIPÚRICO |
| <input type="checkbox"/> TESTE DE VISÃO      | <input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> RX TÓRAX            | <input type="checkbox"/> ROTINA URINA   |
| <input type="checkbox"/> RX COLUNA TOTAL     | <input type="checkbox"/> COPROCULTURA   |
| <input type="checkbox"/> RX COL. LOMBO SACRA | <input type="checkbox"/> _____          |
| <input type="checkbox"/> _____               | <input type="checkbox"/> _____          |

MÉDICO COORDENADOR: **Dr. Lucas C. C. Marqueze - CRM 24666-PR**

**MÉDICO EXAMINADOR**

NOME \_\_\_\_\_

19/02/16

LOCAL E DATA

**CRM**  
Dra. Vanda Battistella  
Médica  
CRM 7686

ASSINATURA E CARIMBO

RECEBI A SEGUNDA VIA

DATA \_\_\_\_\_

Elaine Severgnini Lin  
ASSINATURA DO EMPREGADO



**SEG MED - Segurança e Medicina do Trabalho S/S Ltda.**

Rua Rio Grande do Sul, 139 - Tel: (43) 3323-7772 - Londrina - PR - E-mail: segmed.smt@gmail.com

**PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO**  
NR-7 - PORTARIA MTE 3214/78  
**ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

NOME: <u>Elaine J. de Oliveira</u>		IDENTIDADE: <u>6.132.114-2</u>	IDADE:
EMPRESA: <u>Coel</u>			
FUNÇÃO: <u>Aux Limpeza</u>		SETOR:	
<input checked="" type="checkbox"/> PRÉ-ADMISSÃO:	<input type="checkbox"/> DEMISSÃO:	<input type="checkbox"/> RETORNO / TRABALHO:	
<input type="checkbox"/> PERIÓDICO:	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO:	<input type="checkbox"/>	
EXAMES REALIZADOS:			
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <u>23.06.15</u>		<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARES	
CONCLUSÃO:			VALIDADE DO EXAME:
<input checked="" type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> APTO P/ TRABALHO EM ALTURA	<input type="checkbox"/> ESPAÇO CONFINADO	<input type="checkbox"/> 6 meses <input checked="" type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> INAPTO
RISCOS:	<input checked="" type="checkbox"/> ERGONÔMICO _____	<input type="checkbox"/> FÍSICO _____	
	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE _____	<input type="checkbox"/> QUÍMICO _____	
		<input type="checkbox"/> BIOLÓGICO _____	

**EXAMES COMPLEMENTARES**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA         | <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA      |
| <input type="checkbox"/> ECG                 | <input type="checkbox"/> GLICEMIA       |
| <input type="checkbox"/> EEG                 | <input type="checkbox"/> GAMA GT        |
| <input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA        | <input type="checkbox"/> ÁCIDO HIPÚRICO |
| <input type="checkbox"/> TESTE DE VISÃO      | <input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> RX TÓRAX            | <input type="checkbox"/> ROTINA URINA   |
| <input type="checkbox"/> RX COLUNA TOTAL     | <input type="checkbox"/> COPROCULTURA   |
| <input type="checkbox"/> RX COL. LOMBO SACRA | <input type="checkbox"/> _____          |
| <input type="checkbox"/> _____               | <input type="checkbox"/> _____          |

**MÉDICO COORDENADOR: Dr. Lucas C. C. Marqueze - CRM 24666-PR**

**MÉDICO EXAMINADOR**

NOME \_\_\_\_\_

23.06.15

LOCAL E DATA

Drª Tiessa Tagliari  
CRM  
Médica  
CRM 29040

ASSINATURA E CARIMBO

RECEBI A SEGUNDA VIA

DATA 23, 06, 15

v Elaine J. de Oliveira  
ASSINATURA DO EMPREGADO



OK  
SEG MED - Segurança e Medicina do Trabalho S/S Ltda.

Rua Andirá, 154 - Tel: (43) 3323-7772 - Londrina - PR - E-mail: segmed.smt@gmail.com

**PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO**  
NR-7 - PORTARIA MTE 3214/78  
**ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

NOME: <i>Elizang S. Liss de Oliveira</i>		IDENTIDADE: <i>6.132.714-2</i>	IDADE:
EMPRESA: <i>LOG X Incisização Girli - ME</i>			
FUNÇÃO: <i>Aux. de Limpeza</i>		SETOR:	
<input type="checkbox"/> PRÉ-ADMISSIONAL	<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL	<input type="checkbox"/> RETORNO / TRABALHO	
<input checked="" type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO	<input type="checkbox"/>	
EXAMES REALIZADOS			
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <i>13/12/18</i>		<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARES	
CONCLUSÃO			
<input checked="" type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> APTO P/ TRABALHO EM ALTURA	<input type="checkbox"/> ESPAÇO CONFINADO	VALIDADE DO EXAME: <input type="checkbox"/> 6 meses <input checked="" type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> INAPTO
RISCOS:	<input checked="" type="checkbox"/> ERGONÔMICO	<input type="checkbox"/> FÍSICO	<i>N/A</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE	<input type="checkbox"/> QUÍMICO	<i>N/A</i>
		<input type="checkbox"/> BIOLÓGICO	<i>N/A</i>

**EXAMES COMPLEMENTARES**

<input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> GLICEMIA
<input type="checkbox"/> EEG	<input type="checkbox"/> GAMA GT
<input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/> ÁCIDO HIPÚRICO
<input type="checkbox"/> TESTE DE VISÃO	<input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO
<input type="checkbox"/> RX TÓRAX	<input type="checkbox"/> ROTINA URINA
<input type="checkbox"/> RX COLUNA TOTAL	<input type="checkbox"/> COPROCULTURA
<input type="checkbox"/> RX COL. LOMBO SACRA	<input type="checkbox"/> ÁCIDO METIL HIPÚRICO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RETICULÓCITOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÉDICO COORDENADOR: **Dr. Lucas C. C. Marqueze - CRM 24666-PR**

MÉDICO EXAMINADOR

NOME

*Lond. 13/12/18*  
LOCAL E DATA

CRM  
*Dra. Vanda Battistella*  
Médica  
CRM 7686  
ASSINATURA E CARIMBO

RECEBI A SEGUNDA VIA

DATA *13/12/18*

*Elizang S. Liss de Oliveira*  
ASSINATURA DO EMPREGADO

# Med Line Segurança e Medicina do Trabalho

## ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

### **EMPRESA: DGX TERCEIRIZACAO LTDA - ME**

Atesto que a Sra. ELIANE SEVERGNINI LISS DE OLIVEIRA portadora do RG 61327142 funcionário do setor SERVICOS GERAIS com a função de AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS sob os riscos ocupacionais

( ) Físico ( ) Biológico ( ) Acidentes ( ) Químico ( X ) Ergonômicos

Agente(s) de Risco: \_\_\_\_\_

Foi submetido a exame: ( ) PRÉ-ADMISSÃO ( X ) PERIÓDICO ( ) DEMISSÃO

( ) TROCA DE FUNÇÃO ( ) RETORNO AO TRABALHO após afastamento (superior a 30 dias)

SENDO CONSIDERADO: ( X ) Apto(a) a exercer a sua função ( ) Inapto(a) a exercer a sua função

Avaliação Clínica: 25/08/2017

Exames Comp.: \_\_\_\_\_

**Médico Coordenador: Dr. Nelson Sato - CRM 18.118 PR**

End.: Av. Paraná, 453 8o. andar Sala 805 - CEP 86010-922 - Londrina - PR

Recebi a Segunda Via

Data: 25 AGO 2017 / \_\_\_\_\_

*Eliane S. Bin de Oliveira*

Assinatura do Funcionário

*Dr. Nelson Sato*  
Médico do Trabalho  
Médico do Trabalho  
CRM - PR 18.118

\* A MedLine não coordena o PCMSO desta Empresa.

Clinica  
**Di Pedrani**

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Eliane Severgnini L. de Oliveira esteve acompanhando sua filha Beatriz Liss de Oliveira em consulta no período da manhã.

*Dr. Antonio Angelo Pedrão*  
Pediatra  
CRM 6582-PR

Antonio Angelo Pedrão  
CRM 6582


Londrina, 06/10/2015



Fones: (43) 3341-1767 (43) 3322-6295

Fone/fax (43) 3322-6967

dipedrani@gmail.com - clinicaestetica\_dipedrani@hotmail.com

 Clinica Di Pedrani