

### ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, \_\_\_\_\_ que o(a) Sr(a).

Claudio Aparicio Noqueira ..portador do documento

nº \_\_\_\_\_, foi atendido(a) USF. Ponto Belo

submetendo-se a Consulta Odontológica nesta data,

no horário das 7:30 horas. Em decorrência deverá permanecer afastado

de suas atividades laborativas por um período de 01 (um) dia(s) a

partir desta data.

CID: \_\_\_\_\_

Foz do Iguaçu, 14 de Novembro de 2017.

Rodrigo Otavio Antonino Dutra  
CRO 7675  
Cirurgião Dentista  
Secretaria Mun. da Saúde

Assinatura do médico/odontólogo  
(Carimbo contendo nome completo e CRM/CRO)

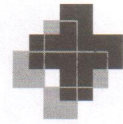
### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento nº \_\_\_\_\_,

autorizo o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico

(codificado - C/D - ou por extenso) neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



### ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, \_\_\_\_\_ que o(a) Sr(a).  
LAURO APARECIDO ROBEIM, portador do documento  
nº \_\_\_\_\_, foi atendido(a) na UPA  
submetendo-se a consulta médica nesta data,  
no horário das \_\_\_\_\_ horas. Em decorrência deverá permanecer afastado  
de suas atividades laborativas por um período de 01 (um) dia(s) a  
partir desta data.

CID: \_\_\_\_\_

Foz do Iguaçu, 13 de novembro de 2017.

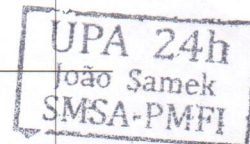
Dr. Pollecio M. Lacerda  
MÉDICO  
CRM PR: 36.844

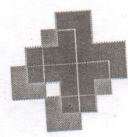
Assinatura do médico/odontólogo  
(Carimbo contendo nome completo e CRM/CRO)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento nº \_\_\_\_\_  
autorizo o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
(codificado - C/D - ou por extenso) neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável





**ATESTADO**

*cancelado*

Atesto, para os devidos fins, \_\_\_\_\_ que o(a) Sr(a).  
*Mauro Aparecido*, portador do documento

nº \_\_\_\_\_, foi atendido(a) \_\_\_\_\_  
*conulta* nesta data,

submetendo-se a \_\_\_\_\_ horas. Em decorrência deverá permanecer afastado  
de sua atividades laborativas por um período de *01* (*um*) dia(s) a  
partir desta data.

CID: \_\_\_\_\_

Foz do Iguaçu, *28* de *Agosto* de *2018*

*[Signature]*  
Dr. Edgar Daniel Servin López  
Médico de Família  
e Comunidade SBMEC  
CRM - PR 36720

Assinatura do médico/odontólogo  
(Carimbo contendo nome completo e CRM/CRO)

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento nº \_\_\_\_\_,  
autorizo o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
(codificado - C/D - ou por extenso) neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável

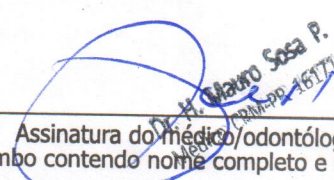


### ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, \_\_\_\_\_ que o(a) Sr(a).  
CLAUDIO APARECIDO ROQUEIRA, portador do documento  
nº \_\_\_\_\_, foi atendido(a) \_\_\_\_\_  
submetendo-se a CURSO DE MEDICA nesta data,  
no horário das \_\_\_\_\_ horas. Em decorrência deverá permanecer afastado  
de sua atividades laborativas por um período de 02 (dois) dia(s) a  
partir desta data.

CID: \_\_\_\_\_

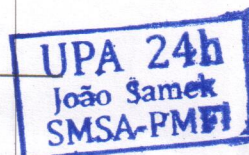
Foz do Iguaçu, 05 de OUTUBRO de 2016

  
Assinatura do médico/odontólogo  
(Carimbo contendo nome completo e CRM/CRO)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento nº \_\_\_\_\_,  
autorizo o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
(codificado - C/D - ou por extenso) neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável





**ATESTADO**

Atesto, para os devidos fins, que o(a) Sr(a). Cláudia Aparecida Noqueira, portador do documento nº \_\_\_\_\_, foi atendido(a) 3 - pelo Saneamento comprometendo-se a consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_ horas. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de 02 (dois) dia (s) a partir desta data.

CID: \_\_\_\_\_

Foz do Iguaçu, 07 de Outubro de 2016.

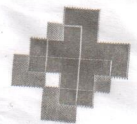
Drª Marilene Ourives  
Médica

Assinatura do médico/dentólogo 19471  
(Carimbo contendo nome completo e CRM/CRO)

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento nº \_\_\_\_\_ autorizo o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico (codificado - CID - ou por extenso) neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



**ATESTADO**

Atesto, para os devidos fins, \_\_\_\_\_ que o(a) Sr(a).  
Claudio Graciano Nogueira, portador do documento  
 nº \_\_\_\_\_, foi atendido(a) USF Porto Belo  
 submetendo-se a consulta nesta data,  
 no horário das \_\_\_\_\_ horas. Em decorrência deverá permanecer afastado  
 de suas atividades laborativas por um período de 01 (um) dia(s) a  
 partir desta data.

CID: \_\_\_\_\_

Foz do Iguaçu, 10 de outubro de 2016.

Dr.ª Jamile Ibrahim  
 Médica

RMS: 4100894/PR

Assinatura do médico/odontólogo  
 (Carimbo contendo nome completo e CRM/CRO)

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento nº \_\_\_\_\_  
 autorizo o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
 (codificado - C/D - ou por extenso) neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável

Empresa: DGX TERCEIRIZACAO LTDA - ME  
CNPJ: 20.596.423/0001-23

Atestamos, de conformidade com disposto na legislação em vigor pela secretaria de Relações do Trabalho, Saúde e Segurança do Trabalhador

Funcionário: CLAUDIO APARECIDO NOGUEIRA	Data de Nascimento: 21/07/1974
Empresa: DGX TERCEIRIZACAO LTDA - ME	CNPJ: 20.596.423/0001-23
Endereço: RUA CAETÉS 192	Bairro: MATARAZZO
Cidade: LONDRINA	Sector: OPERACIONAL
Função: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	
RG: 9.926.170-6	
Tipo do Exame: PERIÓDICO	Matrícula:
	Data Exame: 12/09/2019

**EXAMES COMPLEMENTARES A QUE FOI SUBMETIDO**

Procedimentos	Data
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAÇÃO CLINICA ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL E EXAME FISICO E MENTAL	12/09/2019
<input checked="" type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	12/09/2019
<input checked="" type="checkbox"/> ELETROENCEFALOGRAMA	12/09/2019
<input checked="" type="checkbox"/> GLICOSE	12/09/2019
<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVALIAÇÃO DE PLAQUETAS)	12/09/2019

**CONCLUSÃO DO EXAME**

Atesto, em cumprimento à NR 7, que o funcionário abaixo assinado, foi examinado nesta data, sendo o resultado de avaliação considerado:

Permissão para trabalho em altura:  APTO  INAPTO  
 SIM  NÃO

Conclusão:

Observações:  
VIDE PCMSO

*Dr(a) Patrícia do F. Acevedo*  
Médica  
CRM-PR 40859

Ass. e carimbo do médico examinador

**RECIBO**

Declaro para fins de direitos que fui clinicamente examinado e recebi a 2ª via do ASO -- Atestado de Saúde Ocupacional - Nesta Data.

FOZ DO IGUAÇU



Local

*Cláudio*

Assinatura do Funcionario Examinado

Empresa: DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA - ME  
CNPJ: 20.596.423/0001-23


Atestamos, de conformidade com disposto na legislação em vigor pela secretaria de Relações do Trabalho, Saúde e Segurança do Trabalhador

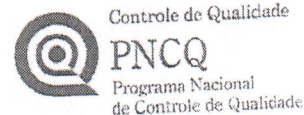
Funcionário: GLAUDIO APARECIDO NOGUEIRA	Data de Nascimento: 21/07/1974
Empresa: DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA - ME	CNPJ: 20.596.423/0001-23
Endereço: RUA CAETÉS 192	Bairro: MATARAZZO
Cidade: LONDRINA	Sector: OPERACIONAL
Função: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	Matrícula:
RG: 9.926.170-6	Data Exame: 12/09/2019
Tipo do Exame: PERIÓDICO	
EXAMES COMPLEMENTARES A QUE FOI SUBMETIDO	
Procedimentos	Data
X AVALIAÇÃO CLÍNICA ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO E MENTAL	12/09/2019
X ELETROCARDIOGRAMA	12/09/2019
X ELETROENCEFALOGRAMA	12/09/2019
X GLICOSE	12/09/2019
X HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVALIAÇÃO DE PLAQUETAS)	12/09/2019
CONCLUSÃO DO EXAME	
Atesto, em cumprimento à NR 7, que o funcionário abaixo assinado, foi examinado nesta data, sendo o resultado de avaliação considerado:	
Permissão para trabalho em altura:	<input checked="" type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> INAPTO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Conclusão:	Observações: VIDE PCMSO
	
Ass. e carimbo do médico examinador	
RECIBO	
Declaro para fins de direitos que fui clinicamente examinado e recebi a 2ª via do ASO -- Atestado de Saúde Ocupacional - Nesta Data.	
FOZ DO IGUAÇU Local	 Assinatura do Funcionário Examinado



Empresa: DGX TERCEIRIZACAO LTDA - ME  
CNPJ: 20.596.423/0001-23

Atestamos, de conformidade com disposto na legislação em vigor pela secretaria de Relações do Trabalho, Saúde e Segurança do Trabalhador

Funcionário: CLAUDIO APARECIDO NOGUEIRA	Data de Nascimento: 21/07/1974		
Empresa: DGX TERCEIRIZACAO LTDA - ME	CNPJ: 20.596.423/0001-23		
Endereço: RUA CAETÉS 192	Bairro: MATARAZZO		
Cidade: LONDRINA	Setor: OPERACIONAL		
Função: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS			
RG: 9.926.170-6	Tipo do Exame: PERIÓDICO	Matrícula:	Data Exame: 12/09/2019
<b>EXAMES COMPLEMENTARES A QUE FOI SUBMETIDO</b>			
Procedimentos			Data
<input checked="" type="checkbox"/>	AVALIAÇÃO CLÍNICA ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO E MENTAL		12/09/2019
<input checked="" type="checkbox"/>	ELETROCARDIOGRAMA		12/09/2019
<input checked="" type="checkbox"/>	ELETROENCEFALOGRAMA		12/09/2019
<input checked="" type="checkbox"/>	GLICOSE		12/09/2019
<input checked="" type="checkbox"/>	HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVALIAÇÃO DE PLAQUETAS)		12/09/2019
<b>CONCLUSÃO DO EXAME</b>			
Atesto, em cumprimento à NR 7, que o funcionário abaixo assinado, foi examinado nesta data, sendo o resultado de avaliação considerado:			
<input checked="" type="checkbox"/> APTO		<input type="checkbox"/> INAPTO	
<b>Conclusão:</b> Não é portador de doenças profissionais e/ou incapacidade física resultante de acidentes de trabalho, que impossibilite de trabalhar na função indicada.		<b>Observações:</b> VIDE PCMSO	
<b>RECIBO</b>			
Declaro para fins de direitos que fui clinicamente examinado e recebi a 2ª via do ASO -- Atestado de Saúde Ocupacional - Nesta Data.			
FOZ DO IGUAÇU Local		 Assinatura do Funcionario Examinado	



Paciente.....: CLAUDIO APARECIDO NOGUEIRA  
 Solicitante.: SOLICITAÇÃO PRÓPRIA  
 Convenio.....: 75-GENUSCLIN  
 Entrada.....: 13/09/2019

Requisição...: 015560  
 Local Coleta: LABORATORIO  
 Idade.....: 45 Ano(s) 1 Mes(es) 23 Dia(s)  
 Impresso em.: 17/09/2019 17:44

Pág.: 1 / 2

### HEMOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue com EDTA Coletado em: 13/09/2019 07:38 Método: ABX Micros ES 60

#### Valores de Referência


#### ERITROGRAMA

HEMÁCIAS.....:	4,70 milhões/mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA.....:	14,30 g/dL	13,5 a 17,5 g/dL
HEMATÓCRITO.....:	42,10 %	41,0 a 53,0 %
VCM.....:	89,6 fL	80,0 a 100,0 fL
HCM.....:	30,4 pg	26,0 a 34,0 pg
CHCM.....:	34,0 %	31,0 a 37,0 g/dL
RDW.....:	11,3 %	11,2 a 15,6 %

#### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....:	5.100 /mm <sup>3</sup>	5.000 a 10.000/mm <sup>3</sup>	
BASTÕES.....:	2,00 %	102 /mm <sup>3</sup> 0 a 5%	0 a 500/mm <sup>3</sup>
SEGMENTADOS.....:	58,00 %	2.958 /mm <sup>3</sup> 36 a 70%	1.800 a 7.000/mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS TÍPICOS.....:	35,00 %	1.785 /mm <sup>3</sup> 20 a 40%	1.000 a 4.000/mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS ATÍPICOS.....:	0,00 %	0 /mm <sup>3</sup>	0 a 400 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS.....:	1,00 %	51 /mm <sup>3</sup> 0 a 6%	0 a 600/mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS.....:	4,00 %	204,0 /mm <sup>3</sup> 1 a 10%	50 a 1.000/mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS.....:	0,00 %	0 /mm <sup>3</sup> 0 a 2%	0 a 200/mm <sup>3</sup>
TOTAL %.....:	100,0 %	100%	
PLAQUETAS.....:	241.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 450.000/mm <sup>3</sup>	

Liberado Eletronicamente em: 13/09/2019 16:00 por DR. TEHCIN EL WANNI CRF: 10.111

  
 DR. TEHCIN EL WANNI  
 CRF: 10.111

"O médico(a) é o profissional habilitado(a) para realizar a interpretação do resultado correlacionado com outros fatores clínicos. Leve o laudo para análise do(a) seu/sua médico(a)."

CNPJ 78.094.274/0001-05 - INSC. EST. ISENTA  
 VIGILANCIA SANITARIA 301934/2019  
 RESP. TEC DR. PAULO ROBERTO MORATELI RIBEIRO - CRF 1692  
 REG. CONS. REG. DE FARMACIA 003161/0

RUA BENJAMIM CONSTANT, 268  
 FONE: (45) 3523-1210 / FONE/FAX: (45)  
 3523-1210  
 CEP 85851-380 - FOZ DO IGUAÇU - PARANÁ



Paciente....: **CLAUDIO APARECIDO NOGUEIRA**  
Solicitante.: **SOLICITAÇÃO PRÓPRIA**  
Convenio....: **75-GENUSCLIN**  
Entrada.....: **13/09/2019**

Requisição...: **015560**  
Local Coleta: **LABORATORIO**  
Idade.....: **45 Ano(s) 1 Mes(es) 23 Dia(s)**  
Impresso em.: **17/09/2019 17:44**

Pág.: 2 / 2

## GLICOSE


Material: Plasma com Fluoreto Coletado em: 13/09/2019 07:38 Método: Enzimático colorimétrico Tecnologia: Cobas Mira Plus

Valores de Referência

Normal .....: 65 a 99 mg/dL

GLICOSE.....: 96,0 mg/dL

Liberado Eletronicamente em: 13/09/2019 16:00 por DR. TEHCIN EL WANNI CRF: 10.111

  
DR. TEHCIN EL WANNI  
CRF: 10.111

"O médico(a) é o profissional habilitado(a) para realizar a interpretação do resultado correlacionado com outros fatores clínicos.  
Leve o laudo para análise do(a) seu/sua médico(a)."

Laudo de Eletroencefalograma

Nome: CLAUDIO APARECIDO NOGUEIRA

Data de nascimento: 21/07/1974 (45 a. 1 m.)

Sexo: MASCULINO

Indicação: PERIÓDICO

Data do exame: 13/09/2019

Empresa: DGX TERCERIZAÇÃO LTDA-ME

Conclusões:

A) ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO EXAME

Utilizado o sistema 10-20 de colocação de eletrodos.

B) RESULTADOS OBTIDOS

Ritmo de base regular, simétrico, sincrônico, organizado;

Atenuado pela abertura ocular.

A hiperpneia não modifica essencialmente o traçado;

Não observamos grafo elementos específicos da serie comicial ou assimetrias permanentes.

Com artefatos.

C) CONCLUSÃO

Dentro dos limites da normalidade.



Cascavel, 13 de setembro de 2019.

*Eduardo Jorge Custódio da Silva*

Dr. Eduardo Jorge Custódio da Silva  
CRM: RJ 524598 / RQE: 24514 - Neurologista

Assinado eletronicamente

