

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: CLAYTON CONTE
Empresa: DGX TERCEIRIZACAO LTDA - ME
Endereço: RUA CAETÉS 192
Cidade: LONDRINA
Função: ENCARREGADO
RG: 97150281

Data de Nascimento: 17/10/1989
CNPJ: 20.596.423/0001-23
Bairro: MATARAZZO
Setor: OPERACIONAL

Tipo do Exame: PERIÓDICO

Matricula:

Data Exame: 16/09/2019

EXAMES COMPLEMENTARES A QUE FOI SUBMETIDO

Procedimentos

Data

AVALIAÇÃO CLÍNICA ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO E MENTAL

16/09/2019

CONCLUSÃO DO EXAME

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

APTO

INAPTO

Conclusão:

Não é portador de doenças profissionais e/ou incapacidade física resultante de acidentes de trabalho, que impossibilite de trabalhar na função indicada.

Observações:
VIDE PCMSO

Dra Gabriela de Melo Branco - CRM/PR 41.940
Ass. e carimbo do médico examinador

Dra. Gabriela M. Branco
CRM - PR 41940

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 Funcionario Examinado

Clayton Conte



SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

VIVER MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO

Kolben Segurança e Medicina do Trabalho
Av. Brasil, 1777 - 2º Andar Sala-8 - CENTRO

CEP: 85.851-000 - FOZ DO IGUAÇU PR

TEL: 45 3029-6444

E-mail: contato@sindseg.com.br

Atestado de Saúde Ocupacional - ASO Nº 7628

Nome da Empresa: DGX TERCEIRIZACAO LTDA - ME

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

Funcionário: CLAYTON CONTE

Função: ENCARREGADO

RG: 97150281

Série:

CTPS Nº:

- Admissão (checked)
Demissão
Periódico
Retorno ao Trabalho
Mudança de Função

Exames Complementares

- Acuidade Visual...
Audiometria...
Hemograma...
Outro:
Glicemia...
Coprocultura...
Parasitológico...
Eletrocardiograma
Eletroencefalograma
TGO/TGP...
Clínico...
VDRL...

Resultado:

Data: 27/07/2016

Periodicidade dos Exames

- Semestral
Anual (checked)
A cada dois anos

Riscos Específicos a Função

- Ergonômico
Biológico
Acidente
Físico
Químico
Outros

Portador(a) da investigação clínica nesta data, foi considerado(a):

- APTO(a) (checked)
INAPTO(a)
APTO(a) PARA TRABALHO EM ALTURAS
INAPTO(a) PARA TRABALHO EM ALTURAS

Recebi via em: 27/07/16

Ass. do funcionário:

Handwritten signature of Clayton Conte

Handwritten signature of Dr. Silvio G. Filho

Médico Coordenador

DR. SILVIO G. FILHO - CRM 35349
Médico Examinador

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: CLAYTON CONTE	Data de Nascimento: 17/10/1989		
Empresa: DGX TERCEIRIZACAO LTDA - ME	CNPJ: 20.596.423/0001-23		
Endereço: RUA CAETÉS 192	Bairro: MATARAZZO		
Cidade: LONDRINA	Setor: OPERACIONAL		
Função: ENCARREGADO			
RG: 97150281	Tipo do Exame: PERIÓDICO	Matrícula:	Data Exame: 11/07/2018
EXAMES COMPLEMENTARES A QUE FOI SUBMETIDO			
Procedimentos			Data
<input checked="" type="checkbox"/>	AVALIAÇÃO CLÍNICA, ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO E MENTAL		11/07/2018
CONCLUSÃO DO EXAME			
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	
Conclusão: Não é portador de doenças profissionais e/ou incapacidade física resultante de acidentes de trabalho, que impossibilite de trabalhar na função indicada.	Observações: Não apresentou Pcmso.		
<p><i>Bruna K. Borges</i> Medica CRM-PR 30.617</p> <p>_____ DRA BRUNA K. BORGES CRM-PR 30.617 Ass. e carimbo do médico examinador</p>			
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		<i>Clayton ConTE</i> Assinatura do Funcionario 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

EXAMES				
<input type="checkbox"/> Admissional	<input checked="" type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Mudança de Função	<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> Demissional
Nome	CLAYTON CONTE		RG	97150281
Cargo/Função	ENCARREGADO		CTPS	

RISCOS OCUPACIONAIS							
RISCOS FÍSICOS	<input type="checkbox"/> Ruídos	RISCOS QUÍMICOS	<input type="checkbox"/> Poeira Vegetal	RISCOS BIOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> Vírus	RISCOS ERGONÔMICOS	<input type="checkbox"/> Esforço Físico Intenso
	<input type="checkbox"/> Vibrações		<input type="checkbox"/> Poeira Mineral		<input type="checkbox"/> Bactérias		<input type="checkbox"/> Levantam. e transp. manual de peso
	<input type="checkbox"/> Rad. Não Ionizantes		<input type="checkbox"/> Fumos Metálicos		<input type="checkbox"/> Protozoários		<input type="checkbox"/> Exigência de postura inadequada
	<input type="checkbox"/> Frio		<input type="checkbox"/> Névoas		<input type="checkbox"/> Fungos		<input type="checkbox"/> Controle rígido de produtividade
	<input type="checkbox"/> Calor		<input type="checkbox"/> Neblinas		<input type="checkbox"/> Parasitas		<input type="checkbox"/> Imposição de ritmos excessivos
	<input type="checkbox"/> Rad. Ionizantes		<input type="checkbox"/> Gases		<input type="checkbox"/> Bacilos		<input type="checkbox"/> Trabalho em turno e noturno
	<input type="checkbox"/> Pressões Anormais		<input type="checkbox"/> Vapores		<input type="checkbox"/> Outros (Descrever)		<input type="checkbox"/> Jornadas de Trabalho prolongadas
	<input type="checkbox"/> Umidade		<input type="checkbox"/> Substâncias, compostos ou produtos químicos em geral				<input type="checkbox"/> Outras situações causadoras de stress físico e/ou psíquico
	<input type="checkbox"/> Outros (Descrever)		<input type="checkbox"/> Outros (Descrever)				<input type="checkbox"/> Outros (Descrever)

RISCOS DE ACIDENTES - (Descrição conforme função)

Exames Complementares	Data da Realização	Submeteu-se ao exame médico abaixo conforme Art. 168 e seus parágrafos 1º e 3º da Consolidação das Leis do Trabalho bem como a portaria 3214/78 - NR7 do Ministério do Trabalho e encontra-se:	Observações
AValiação CLÍNICA, ABRANGENDO ANAMNESE	09/08/2017	<input checked="" type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> INAPTO	

Permissão para trabalho em altura: SIM NÃO

RECEBI A 2ª VIA DESTE ATESTADO

<i>Foz do Iguaçu 09/08/17</i> (Local e Data)	<i>Clayton Conte</i> (Assinatura)
_____ (Rúbrica) MÉDICO COORDENADOR	<i>[Carimbo]</i> (Rúbrica e Carimbo) MÉDICO EXAMINADOR