



Araucilin Medicina E Segurança Do Trabalho
CNPJ 09.230.435/0001-05
Tel: 41 3643-3336
Rua Doutor Vital Brasil, nº 1403, Estação - Araucária,
Paraná, CEP: 83.705-174

ESTE DOCUMENTO ATENDE ÀS EXIGÊNCIAS DA NR-7, APROVADAS PELA PORTARIA Nº3.214, DE 8 DE JUNHO DE 1978, 3164/82.12/83,24/94 E 08/96 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME.

Atestado de Saúde Ocupacional (Cód. 79525)

Periódico a cada 12 meses

EMPRESA: ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS EIRELI
CNPJ: 10.325.183/0001-79
Endereço: RUA TREMEMBÉS,91
Ramo de Atividade: 8129-0/00 ATIVIDADES DE LIMPEZA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE Grau de Risco: 3

TRABALHADOR(a): COMERINDO FERNANDES DA SILVA
CPF: 559.715.479-68
RG: 39765594
Data de Nascimento: 10/10/1965 Idade: 54 anos
Sexo: Masculino
Função: JARDINEIRO (CBO: 6220-10)
Frente de Trabalho: 1 (MATRIZ rev. 2 Revisão Anual Global / 1 Revisão) GHE (Setor): 20 (IMCOPA ARAUCÁRIA - OPERACIONAL)

RISCOS OCUPACIONAIS

CATEGORIA	TIPO(S)
FÍSICOS	• CALOR • RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE • RUÍDO
QUÍMICOS	• FUNGICIDA, INSETICIDA E ADUBO • POEIRA

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

NOME	DATA
AUDIOMETRIA TONAL	08/01/2020
AVALIAÇÃO CLÍNICA	08/01/2020
EXAME OTOLÓGICO	08/01/2020
SGE - COLINESTERASE PLASMÁTICA	08/01/2020

NOME DO MÉDICO EXAMINADOR COM CRM,
CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Mauricio Cheratzki
CRM Médico
CRM/PR 15.302

NOME DO MÉDICO DO TRABALHO COORDENADOR DO PCMSO,
COM CRM E ESTADO EMISSOR

LUCAS C. C. MARQUEZE CRM 24666 PR

APTIDÃO

APTO PARA A FUNÇÃO]

INAPTO PARA A FUNÇÃO []

TRABALHOS ESPECIAIS

Trabalho em Altura:] APTO [] INAPTO [] N/A
Trabalho em Espaço Confinado: [] APTO [] INAPTO] N/A

ASSINATURA DO EMPREGADO
RECEBI CÓPIA DO ASO NESTA DATA

Comerindo Fernandes da Silva
COMERINDO FERNANDES DA SILVA

DATA DE EMISSÃO DO ASO:
16/01/2020



Prefeitura do Município de Araucária
Secretaria Municipal de Saúde

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr(a)* Agnesinda

Renato de Sales, *

IDENTIDADE OU REGISTRO

foi atendido(a)* UFR

CENTRO DE SAÚDE - AMBULATÓRIO

do*

no dia* 29/6 / 18 às 1000 horas, necessitando de * um (01)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID* M796

* ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

29/6/18

* LOCAL E DATA

* ASSINATURA DO PROFISSIONAL
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO)

[Handwritten signature]
Município de Araucária
Secretaria Municipal de Saúde
Cidade Singelo do Paraná

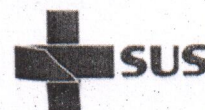
NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 27 da CLPS, e aprovado pelo Decreto nº 89.312 de 13/11/1984, e resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias.
FAVOR ESCREVER EM LETRA LEGÍVEL.

cód 3734

* campos obrigatórios



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAUCARIA
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE ARAUCARIA



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, a pedido, que o(a) Sr.(a) **COMERINDO FERNANDES DA SILVA**, foi atendido(a) no **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE ARAUCARIA** no dia 11/07/2018, às 14:04, necessitando de 1 (um) dias de repouso, por motivo de doença.

CID:

R51 -

Dra. Deborah F. Scarpari
Médica
CRM-PR 36911

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ARAUCARIA(PR), 11 de julho de 2018

Deborah Francisca Scarpari
Médico clínico

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 27 do CLPS, e aprovado pelo Decreto Nº 89.312 de 13/11/84, e resolução CFM 1190/84 e será espedido para justificativa de 1 a 15 dias. FAVOR ESCREVER EM LETRA LEGÍVEL.



Araucilina Medicina E Segurança Do Trabalho
CNPJ 09.230.435/0001-05
Tel: 41 3643-3336
Rua Doutor Vital Brasil, nº 1403, Estação - Araucária,
Paraná, CEP: 83.705-174

Atestado de Saúde Ocupacional (Cód. 57679) Admissional

EMPRESA: ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA-ME
CNPJ: 10.325.183/0001-79
Endereço: RUA TREMEMBÉS,91
Ramo de Atividade: 8129-0/00 ATIVIDADES DE LIMPEZA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE Grau de Risco: 3

TRABALHADOR(a): COMERINDO FERNANDES DA SILVA
CPF: 559.715.479-68
RG: 39765594
Data de Nascimento: 10/10/1965 Idade: 52 anos
Sexo: Masculino
Função: JARDINEIRO (CBO: 6220-10)
Frente de Trabalho: 1 (MATRIZ rev. 4) GHE (Setor): 5 (JARDINAGEM)

RISCOS OCUPACIONAIS

CATEGORIA	TIPO(s)
FÍSICOS	• RUÍDO
QUÍMICOS	• POEIRAS

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

NOME	DATA
AUDIOMETRIA TONAL	11/01/2018
AValiação CLÍNICA	11/01/2018

NOME DO MÉDICO EXAMINADOR COM CRM,
CARIMBO E ASSINATURA

NOME DO MÉDICO DO TRABALHO COORDENADOR DO PCMSO,
COM CRM E ESTADO EMISSOR

CRM *Dr.ª Antonella Vinholi*
MÉDICA
CRM-PR 38.763

LUCAS C. C. MARQUEZE CRM 24666 PR

APTIDÃO

APTO PARA A FUNÇÃO []

INAPTO PARA A FUNÇÃO []

TRABALHOS ESPECIAIS

Trabalho em Altura: [] APTO [] INAPTO [] N/A
Trabalho em Espaço Confinado: [] APTO [] INAPTO [] N/A

ASSINATURA DO EMPREGADO
RECEBI CÓPIA DO ASO NESTA DATA

Comerindo Fernandes da Silva
COMERINDO FERNANDES DA SILVA

DATA DE EMISSÃO DO ASO:

11 JAN. 2018

AUTORIZAÇÃO PARA EXAMES OCUPACIONAIS

Empresa: ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA
Lotação (Contrat)- **ECOL**

Nome do Colaborador: COMERINDO FERNANDES DA SILVA
RG: 3.976.559-4 CPF: 559.715.479-68

Função: Jardineiro
Setor (GHE) Imcopa

Solicitamos o seu comparecimento à **Araucalin Medicina e Segurança do Trabalho Ltda**, situado a Rua Dr. Brasil, 1.403 – Estação – Araucária/Pr., telefone (41) 3643-3336, para realização de exame ocupacional.

Não serão realizados exames de qualquer natureza sem a apresentação do **DOCUMENTO DE IDENTIDADE E CPF** (não apenas o número precisa do documento original com fotografia).

Solicitamos que o colaborador venha com guia de encaminhamento em mãos.

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Pré admissional | <input type="checkbox"/> Consulta |
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Consulta com especialista _____ |
| <input type="checkbox"/> Mudança de Função | <input type="checkbox"/> Revalidação de consulta |
| <input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Demissional | |

-Comunicamos que **O TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA CLÍNICA É DE 3 A 4 HORAS**. O intervalo entre um encaminhamento e outro é de 10 minutos na recepção.

-Para a clínica se faz necessário o preenchimento de todos os dados cadastrais solicitados nesta guia, pois desta forma melhoraremos o fluxo reduzindo assim o tempo de atendimento.

Conforme Artigo 168 da CLT e Portaria 3.214 – NR 7.

Data: 11/01/2018

Assinatura Recursos Humanos
Ritelle Correc Rodrigues