



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>Ilamiano Mechado de Oliveira</u>		IDENTIDADE: <u>132064202</u>	IDADE:
EMPRESA: <u>Scal</u>			
FUNÇÃO: <u>Prete de Compras</u>		SETOR:	
<input type="checkbox"/> PRÉ-ADMISSINAL	<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL	<input type="checkbox"/> RETORNO / TRABALHO	
<input type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input checked="" type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO	<input type="checkbox"/>	
EXAMES REALIZADOS			
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <u>23/08/16</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"/> EEG | <input type="checkbox"/> GAMA GT |
| <input checked="" 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	<u>Teresa Magliani</u>
LOCAL E DATA	<u>23/08/16</u>
RECEBI A SEGUNDA VIA	ASSINATURA E CARIMBO
DATA <u>23/08/16</u>	<u>Teresa Magliani</u> CRM 29040
	<u>Danieli Alves</u> ASSINATURA DO EMPREGADO



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: <u>Damião machodo de Oliv.</u>		IDENTIDADE: <u>13.206.420.2</u>	IDADE:
EMPRESA: <u>Ocol Suíça Terciarizada Lda-me</u>			
FUNÇÃO: <u>Comproder</u>		SETOR: <u>Compras</u>	
<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>13/12/18</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	<u>n/a</u>
	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE	<input type="checkbox"/> QUÍMICO	<u>n/a</u>
		<input type="checkbox"/> BIOLÓGICO	<u>n/a</u>

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

cond. 13/12/18
LOCAL E DATA

Dra. Vanda Battistella
CRM
Médica
CRM 7686

ASSINATURA E CARIMBO

RECEBI A SEGUNDA VIA

DATA 13/12/18

ASSINATURA DO EMPREGADO