



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>Denise Talita da Silva</u>		IDENTIDADE: <u>12.024.735-4</u>	IDADE: <u>25</u>
EMPRESA: <u>Galtano Comércio e Distribuidora de Prod. de Limp.</u>			
FUNÇÃO: <u>Analista de RH Júnior</u>		SETOR: <u>Adm.</u>	
<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>08/04/19</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"/> EXAME OTOLÓGICO	<input type="checkbox"/> GLICEMIA
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> GAMA GT
<input type="checkbox"/> EEG	<input type="checkbox"/> ÁCIDO HIPÚRICO
<input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO
<input type="checkbox"/> TESTE DE VISÃO	<input type="checkbox"/> ROTINA URINA
<input type="checkbox"/> RX TÓRAX	<input type="checkbox"/> COPRO CULTURA
<input type="checkbox"/> RX COLUNA TOTAL	<input type="checkbox"/> ÁCIDO METIL HIPÚRICO
<input type="checkbox"/> RX COL. LOMBO SACRA	<input type="checkbox"/> RETICULÓCITOS
<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL	<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 _____ CRM _____

Lond 08/04/19 LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dra. Natália Cavalari
Médica
CRM-PR: 41066

RECEBI A SEGUNDA VIA

DATA _____

Denise Talita da Silva
ASSINATURA DO EMPREGADO