



SEPREV
CAMBÉ
SEGURANÇA E
MEDICINA DO
TRABALHO

Rua: Nossa Sra. do Rocio, 300
Cambé - PR
nathalia10seprev@gmail.com
Atendimento de Segunda a Sexta

ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Em cumprimento a Legislação Trabalhista Art. 168 e 169 da Seção V do Título II da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho e Leis 7855/89 e 6514/77. Portaria 3214/78 (NR-7) e Portaria nº 24 de 29/12/1994 - PCMSO - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional.

Empresa: ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA
Nome: CRISTIANE RIBEIRO DA SILVA
Setor: LIMPEZA I
Data de Nascimento: 10/12/1981

Função: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS
RG: 15553167

Admissional Demissional Periódico Mudança de Função Retorno ao Trabalho Semestral

EXAMES COMPLEMENTARES

PROCEDIMENTOS	DATA	PROCEDIMENTOS	DATA
<input checked="" type="checkbox"/> AVALIAÇÃO CLÍNICA, ABRANGENDO	07/10/2019	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO (COM AVALIAÇÃO DE	07/10/2019

RISCOS OCUPACIONAIS A QUE FOI SUBMETIDO

Químico: Produtos de Limpeza
Biológico: Vírus, Bactérias, Fungos

CONCLUSÃO

APTO INAPTO
Permissão para trabalho em altura: SIM NÃO
Permissão para trabalho confinado: SIM NÃO

OBSERVAÇÕES:

VALIDADE: 07/10/2019 A 07/10/2020

Isabella T. X. Gil
Médica Clínico Geral
CRM-PR 29001

Médico Examinador

Dr Lucas C C Marqueze -
Médico Coordenador

Declaro para fins que fui clinicamente examinado e recebi 2ª via do ASO - Atestado de Saúde Ocupacional Em: ___/___/___

CRISTIANE R. DA SILVA
Assinatura do Funcionário

07/10/2019

09:50:41



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:	<i>Cristiane Ribeiro de Silva</i>	IDENTIDADE:	<i>15553167</i>	IDADE:	<i>37</i>
EMPRESA:	<i>Excel Serviços Terceirizados</i>				
FUNÇÃO:	<i>Aux. Serviços Gerais</i>	SETOR:	<i>Operacional</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> PRÉ-ADMISSIONAL	<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL	<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 <i>17/10/18</i> <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARES				
CONCLUSÃO	<input checked="" type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> APTO P/ TRABALHO EM ALTURA <input type="checkbox"/> ESPAÇO CONFINADO		VALIDADE DO EXAME:		<input type="checkbox"/> INAPTO
			<input type="checkbox"/> 6 meses <input checked="" type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> 2 anos		
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 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 *17/10/18* LOCAL E DATA *17/10/18* ASSINATURA E CARIMBO *Dra. Janda B. B. B. Cristella* Médica CRM 7686

RECEBI A SEGUNDA VIA

DATA *17/10/18* ASSINATURA DO EMPREGADO *Cristiane R. de Silva*