



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **MARIA APARECIDA BARCELLOS COSTA**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **GLAUCIA CHAGAS BOFF**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **ROSIMERE NUNES DUARTE**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão : [] Apto [] Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____
1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **ROSANA BARCELOS GOMES MOREIRA**

Identidade: _____

Data de nascimento: _____

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Cargo

Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes

Ausentes

Ruído

Radiação Ioniz.

Gases

Produtos Químicos

Calor

Umidade

Vapores

Acidentes

Vibração

Radiação Não Ioniz.

Poeiras

Ergonômicos

Biológico

Frio

Fumos

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico _____/_____/_____

Hemograma _____/_____/_____

Audiometria _____/_____/_____

V.D.R.L. _____/_____/_____

Acuidade Visual _____/_____/_____

E.A.S - Urina _____/_____/_____

Avaliação fonoaudiológica _____/_____/_____

E.P.F. - Fezes _____/_____/_____

Audiometria Ocupacional _____/_____/_____

Tipagem Sanguínea _____/_____/_____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) _____/_____/_____

RX Coluna _____/_____/_____

Glicose _____/_____/_____

RX Tórax _____/_____/_____

TSH _____/_____/_____

Atestado de Psicólogo _____/_____/_____

Videolaringoscopia _____/_____/_____

Avaliação Otorrinolaringologista _____/_____/_____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: _____/_____/_____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: _____/_____/_____

Data: _____/_____/_____

Assinatura do Servidor _____



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **LUCINEIA PITTELKOW MAURICIO**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Cargo

Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes

Ausentes

Ruído

Radiação Ioniz.

Gases

Produtos Químicos

Calor

Umidade

Vapores

Acidentes

Vibração

Radiação Não Ioniz.

Poeiras

Ergonômicos

Biológico

Frio

Fumos

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico

___/___/___

Hemograma

___/___/___

Audiometria

___/___/___

V.D.R.L.

___/___/___

Acuidade Visual

___/___/___

E.A.S - Urina

___/___/___

Avaliação fonoaudiológica

___/___/___

E.P.F. - Fezes

___/___/___

Audiometria Ocupacional

___/___/___

Tipagem Sanguínea

___/___/___

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos)

___/___/___

RX Coluna

___/___/___

Glicose

___/___/___

RX Tórax

___/___/___

TSH

___/___/___

Atestado de Psicólogo

___/___/___

Videolaringoscopia

___/___/___

Avaliação Otorrinolaringologista

___/___/___

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs:

Data do Próximo Exame: ___/___/___

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

Assinatura do Servidor _____



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **DEUSENI RODRIGUES ALVES SACANI**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **SARA DOS SANTOS MERCIER**

Identidade: _____

Data de nascimento: _____

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **SUELI CRISTINA GARUZZI NARDINI**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **ELIANE DOS SANTOS CORAÇÃO**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **JANAINA DA SILVA GONÇALVES**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão : [] Apto [] Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**01 – Identificação:**Nome: **ROSILDA ROCHA NASCIMENTO DOS REIS**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs:

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador**Médico Examinador**

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **ELIZANGELA GOMES UCELI**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **MARIA DO CARMO ALMEIDA**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **ELAINE REGINA BENFICA EMERICK PORTO**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **ANDREIA CRISTINNY NASCIMENTO RODRIGUES CORREIA**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionnal Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão : [] Apto [] Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **VIVIANY CHAGAS MERCIER**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **MARIA DA PEHA PEREIRA DE MELO BANHOS**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Cargo

Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes

Ausentes

Ruído

Radiação Ioniz.

Gases

Produtos Químicos

Calor

Umidade

Vapores

Acidentes

Vibração

Radiação Não Ioniz.

Poeiras

Ergonômicos

Biológico

Frio

Fumos

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico _____/_____/_____

Hemograma _____/_____/_____

Audiometria _____/_____/_____

V.D.R.L. _____/_____/_____

Acuidade Visual _____/_____/_____

E.A.S - Urina _____/_____/_____

Avaliação fonoaudiológica _____/_____/_____

E.P.F. - Fezes _____/_____/_____

Audiometria Ocupacional _____/_____/_____

Tipagem Sanguínea _____/_____/_____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) _____/_____/_____

RX Coluna _____/_____/_____

Glicose _____/_____/_____

RX Tórax _____/_____/_____

TSH _____/_____/_____

Atestado de Psicólogo _____/_____/_____

Videolaringoscopia _____/_____/_____

Avaliação Otorrinolaringologista _____/_____/_____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: _____/_____/_____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: _____/_____/_____

Data: _____/_____/_____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **SIMONI SANTANA TEIXEIRA FRANCISCO**

Identidade: _____

Data de nascimento: _____

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **KARIME FAUSTINE DOS SANTOS**

Identidade: _____

Data de nascimento: _____

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Cargo

Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes

Ausentes

Ruído

Radiação Ioniz.

Gases

Produtos Químicos

Calor

Umidade

Vapores

Acidentes

Vibração

Radiação Não Ioniz.

Poeiras

Ergonômicos

Biológico

Frio

Fumos

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico _____/_____/_____

Hemograma _____/_____/_____

Audiometria _____/_____/_____

V.D.R.L. _____/_____/_____

Acuidade Visual _____/_____/_____

E.A.S - Urina _____/_____/_____

Avaliação fonoaudiológica _____/_____/_____

E.P.F. - Fezes _____/_____/_____

Audiometria Ocupacional _____/_____/_____

Tipagem Sanguínea _____/_____/_____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) _____/_____/_____

RX Coluna _____/_____/_____

Glicose _____/_____/_____

RX Tórax _____/_____/_____

TSH _____/_____/_____

Atestado de Psicólogo _____/_____/_____

Videolaringoscopia _____/_____/_____

Avaliação Otorrinolaringologista _____/_____/_____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: _____/_____/_____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: _____/_____/_____

Data: _____/_____/_____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **VALDICEIA NUNES RAMOS MATHEUS**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 - Identificação:

Nome: **SILVANA APARECIDA SECOMANDI ALVES**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Adicional Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 - Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 - Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 - Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **GISELE FAVARO**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **ELISANGELA BRAVO**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admⁱⁿissional Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**01 – Identificação:**Nome: **ADRIANA RAMOS BAZON**

Identidade: _____

Data de nascimento: _____

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**Cargo: **Professor de Educação Infantil** Admisional Demissional Retorno ao Trabalho Periódico Mudança de Cargo Especial**02 – Riscos Operacionais:** Presentes Ausentes Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos Calor Umidade Vapores Acidentes Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos Biológico Frio Fumos _____**03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados** Exame Clínico _____/_____/_____ Hemograma _____/_____/_____ Audiometria _____/_____/_____ V.D.R.L. _____/_____/_____ Acuidade Visual _____/_____/_____ E.A.S - Urina _____/_____/_____ Avaliação fonoaudiológica _____/_____/_____ E.P.F. - Fezes _____/_____/_____ Audiometria Ocupacional _____/_____/_____ Tipagem Sanguínea _____/_____/_____ Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) _____/_____/_____ RX Coluna _____/_____/_____ Glicose _____/_____/_____ RX Tórax _____/_____/_____ TSH _____/_____/_____ Atestado de Psicólogo _____/_____/_____ Videolaringoscopia _____/_____/_____ Avaliação Otorrinolaringologista _____/_____/_____**04 – Conclusão :** Apto Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: _____/_____/_____

Médico Coordenador**Médico Examinador**

Carimbo / CRM _____

Carimbo / CRM Médico Examinador _____

Data: _____/_____/_____

Data: _____/_____/_____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **JUCELENIA DEUS DE MATOS**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Cargo

Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes

Ausentes

Ruído

Radiação Ioniz.

Gases

Produtos Químicos

Calor

Umidade

Vapores

Acidentes

Vibração

Radiação Não Ioniz.

Poeiras

Ergonômicos

Biológico

Frio

Fumos

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico _____/_____/____

Hemograma _____/_____/____

Audiometria _____/_____/____

V.D.R.L. _____/_____/____

Acuidade Visual _____/_____/____

E.A.S - Urina _____/_____/____

Avaliação fonoaudiológica _____/_____/____

E.P.F. - Fezes _____/_____/____

Audiometria Ocupacional _____/_____/____

Tipagem Sanguínea _____/_____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) _____/_____/____

RX Coluna _____/_____/____

Glicose _____/_____/____

RX Tórax _____/_____/____

TSH _____/_____/____

Atestado de Psicólogo _____/_____/____

Videolaringoscopia _____/_____/____

Avaliação Otorrinolaringologista _____/_____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: _____/_____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: _____/_____/____

Data: _____/_____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **MIZAN ARAUJO DA SILVA RODRIGUES**

Identidade: _____

Data de nascimento: _____

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Cargo

Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes

Ausentes

Ruído

Radiação Ioniz.

Gases

Produtos Químicos

Calor

Umidade

Vapores

Acidentes

Vibração

Radiação Não Ioniz.

Poeiras

Ergonômicos

Biológico

Frio

Fumos

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico

____/____/____

Hemograma

____/____/____

Audiometria

____/____/____

V.D.R.L.

____/____/____

Acuidade Visual

____/____/____

E.A.S - Urina

____/____/____

Avaliação fonoaudiológica

____/____/____

E.P.F. - Fezes

____/____/____

Audiometria Ocupacional

____/____/____

Tipagem Sanguínea

____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos)

____/____/____

RX Coluna

____/____/____

Glicose

____/____/____

RX Tórax

____/____/____

TSH

____/____/____

Atestado de Psicólogo

____/____/____

Videolaringoscopia

____/____/____

Avaliação Otorrinolaringologista

____/____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **JOVINIANA CRISTINA VASSOLER**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Cargo

Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes

Ausentes

Ruído

Radiação Ioniz.

Gases

Produtos Químicos

Calor

Umidade

Vapores

Acidentes

Vibração

Radiação Não Ioniz.

Poeiras

Ergonômicos

Biológico

Frio

Fumos

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico

___/___/___

Hemograma

___/___/___

Audiometria

___/___/___

V.D.R.L.

___/___/___

Acuidade Visual

___/___/___

E.A.S - Urina

___/___/___

Avaliação fonoaudiológica

___/___/___

E.P.F. - Fezes

___/___/___

Audiometria Ocupacional

___/___/___

Tipagem Sanguínea

___/___/___

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos)

___/___/___

RX Coluna

___/___/___

Glicose

___/___/___

RX Tórax

___/___/___

TSH

___/___/___

Atestado de Psicólogo

___/___/___

Videolaringoscopia

___/___/___

Avaliação Otorrinolaringologista

___/___/___

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ___/___/___

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **RITA FERREIRA DA CONCEIÇÃO**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Cargo

Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes

Ausentes

Ruído

Radiação Ioniz.

Gases

Produtos Químicos

Calor

Umidade

Vapores

Acidentes

Vibração

Radiação Não Ioniz.

Poeiras

Ergonômicos

Biológico

Frio

Fumos

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico _____/_____/_____

Hemograma _____/_____/_____

Audiometria _____/_____/_____

V.D.R.L. _____/_____/_____

Acuidade Visual _____/_____/_____

E.A.S - Urina _____/_____/_____

Avaliação fonoaudiológica _____/_____/_____

E.P.F. - Fezes _____/_____/_____

Audiometria Ocupacional _____/_____/_____

Tipagem Sanguínea _____/_____/_____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) _____/_____/_____

RX Coluna _____/_____/_____

Glicose _____/_____/_____

RX Tórax _____/_____/_____

TSH _____/_____/_____

Atestado de Psicólogo _____/_____/_____

Videolaringoscopia _____/_____/_____

Avaliação Otorrinolaringologista _____/_____/_____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: _____/_____/_____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: _____/_____/_____

Data: _____/_____/_____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **LIDIANY CASOTTO JULIÃO**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico ____/____/____ Hemograma ____/____/____

Audiometria ____/____/____ V.D.R.L. ____/____/____

Acuidade Visual ____/____/____ E.A.S - Urina ____/____/____

Avaliação fonoaudiológica ____/____/____ E.P.F. - Fezes ____/____/____

Audiometria Ocupacional ____/____/____ Tipagem Sanguínea ____/____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____ RX Coluna ____/____/____

Glicose ____/____/____ RX Tórax ____/____/____

TSH ____/____/____ Atestado de Psicólogo ____/____/____

Videolaringoscopia ____/____/____ Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão : [] Apto [] Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **TANIA LUCIA GIACOMIN DEL PUPO DEOCLECIO**

Identidade: _____

Data de nascimento: _____

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Adm. inicial

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Cargo

Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes

Ausentes

Ruído

Radiação Ioniz.

Gases

Produtos Químicos

Calor

Umidade

Vapores

Acidentes

Vibração

Radiação Não Ioniz.

Poeiras

Ergonômicos

Biológico

Frio

Fumos

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico _____/_____/____

Hemograma _____/_____/____

Audiometria _____/_____/____

V.D.R.L. _____/_____/____

Acuidade Visual _____/_____/____

E.A.S - Urina _____/_____/____

Avaliação fonoaudiológica _____/_____/____

E.P.F. - Fezes _____/_____/____

Audiometria Ocupacional _____/_____/____

Tipagem Sanguínea _____/_____/____

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) _____/_____/____

RX Coluna _____/_____/____

Glicose _____/_____/____

RX Tórax _____/_____/____

TSH _____/_____/____

Atestado de Psicólogo _____/_____/____

Videolaringoscopia _____/_____/____

Avaliação Otorrinolaringologista _____/_____/____

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: _____/_____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM _____

Carimbo / CRM Médico Examinador _____

Data: _____/_____/____

Data: _____/_____/____

Assinatura do Servidor _____



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **ELIANE BARROS FRAGA**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisional

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Cargo

Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes

Ausentes

Ruído

Radiação Ioniz.

Gases

Produtos Químicos

Calor

Umidade

Vapores

Acidentes

Vibração

Radiação Não Ioniz.

Poeiras

Ergonômicos

Biológico

Frio

Fumos

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

Exame Clínico

___/___/___

Hemograma

___/___/___

Audiometria

___/___/___

V.D.R.L.

___/___/___

Acuidade Visual

___/___/___

E.A.S - Urina

___/___/___

Avaliação fonoaudiológica

___/___/___

E.P.F. - Fezes

___/___/___

Audiometria Ocupacional

___/___/___

Tipagem Sanguínea

___/___/___

Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos)

___/___/___

RX Coluna

___/___/___

Glicose

___/___/___

RX Tórax

___/___/___

TSH

___/___/___

Atestado de Psicólogo

___/___/___

Videolaringoscopia

___/___/___

Avaliação Otorrinolaringologista

___/___/___

04 – Conclusão :

Apto

Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ___/___/___

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **LENY LOMBARDI**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Adm. inicial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

<input checked="" type="checkbox"/> Exame Clínico	____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Audiometria	____/____/____	<input type="checkbox"/> V.D.R.L.	____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Acuidade Visual	____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> E.A.S - Urina	____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação fonoaudiológica	____/____/____	<input type="checkbox"/> E.P.F. - Fezes	____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Audiometria Ocupacional	____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos)	____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> RX Coluna	____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Glicose	____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> RX Tórax	____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> TSH	____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Atestado de Psicólogo	____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Videolaringoscopia	____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação Otorrinolaringologista	____/____/____

04 – Conclusão : [] Apto [] Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____
1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **ELIZETE DE ALMEIDA NETO**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Adm. inicial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

<input checked="" type="checkbox"/> Exame Clínico ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Audiometria ____/____/____	<input type="checkbox"/> V.D.R.L. ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Acuidade Visual ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> E.A.S - Urina ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação fonoaudiológica ____/____/____	<input type="checkbox"/> E.P.F. - Fezes ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Audiometria Ocupacional ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> RX Coluna ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Glicose ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> RX Tórax ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> TSH ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Atestado de Psicólogo ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Videolaringoscopia ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão : [] Apto [] Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____
1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **ELISANGELA BARROS FRAGA DE ARAUJO**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Admisionnal Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

<input checked="" type="checkbox"/> Exame Clínico ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Audiometria ____/____/____	<input type="checkbox"/> V.D.R.L. ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Acuidade Visual ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> E.A.S - Urina ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação fonoaudiológica ____/____/____	<input type="checkbox"/> E.P.F. - Fezes ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Audiometria Ocupacional ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> RX Coluna ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Glicose ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> RX Tórax ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> TSH ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Atestado de Psicólogo ____/____/____
<input checked="" type="checkbox"/> Videolaringoscopia ____/____/____	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação Otorrinolaringologista ____/____/____

04 – Conclusão : [] Apto [] Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ____/____/____

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor _____
1ª via empregador

2ª via servidor



Av. Morobá s/nº - Bairro Morobá – Aracruz/ES – CEP: 29192-733
(27) 3296-3755 / (27) 3296-3926



Rua Jose Guidetti, nº20 - Bairro Vila Rica – Aracruz/ES
(027)9 9602-2173 / 3111-2707

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

01 – Identificação:

Nome: **MARILZA LOPES**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Educação Infantil**

Adm. inicial Demissional Retorno ao Trabalho

Periódico Mudança de Cargo Especial

02 – Riscos Operacionais:

Presentes Ausentes

Ruído Radiação Ioniz. Gases Produtos Químicos

Calor Umidade Vapores Acidentes

Vibração Radiação Não Ioniz. Poeiras Ergonômicos

Biológico Frio Fumos _____

03 – Procedimentos e Exames Complementares Realizados

<input checked="" type="checkbox"/> Exame Clínico ___/___/___	<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma ___/___/___
<input checked="" type="checkbox"/> Audiometria ___/___/___	<input type="checkbox"/> V.D.R.L. ___/___/___
<input checked="" type="checkbox"/> Acuidade Visual ___/___/___	<input checked="" type="checkbox"/> E.A.S - Urina ___/___/___
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação fonoaudiológica ___/___/___	<input type="checkbox"/> E.P.F. - Fezes ___/___/___
<input checked="" type="checkbox"/> Audiometria Ocupacional ___/___/___	<input checked="" type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea ___/___/___
<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma (somente acima de 45 anos) ___/___/___	<input checked="" type="checkbox"/> RX Coluna ___/___/___
<input checked="" type="checkbox"/> Glicose ___/___/___	<input checked="" type="checkbox"/> RX Tórax ___/___/___
<input checked="" type="checkbox"/> TSH ___/___/___	<input checked="" type="checkbox"/> Atestado de Psicólogo ___/___/___
<input checked="" type="checkbox"/> Videolaringoscopia ___/___/___	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliação Otorrinolaringologista ___/___/___

04 – Conclusão : [] Apto [] Inapto

Obs: _____

Data do Próximo Exame: ___/___/___

Médico Coordenador

Médico Examinador

Carimbo / CRM

Carimbo / CRM Médico Examinador

Data: ___/___/___

Data: ___/___/___

Assinatura do Servidor _____

1ª via empregador

2ª via servidor