



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: **SILVIA DE OLIVEIRA MACHADO ESPINDULA**

Identidade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Empresa: *Prefeitura Municipal de Aracruz*

Cargo: **Professor de Suporte Pedagógico**

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: **JOANA D'ARC BUSSULAR DINIZ**

Identidade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Empresa: **Prefeitura Municipal de Aracruz**

Cargo: **Professor de Suporte Pedagógico**

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: **THYARA ALVES GREGORIO**

Identidade:

Data de nascimento:

Empresa: *Prefeitura Municipal de Aracruz*

Cargo: **Professor de Suporte Pedagógico**

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 \_\_\_\_\_