logo

Dr. RENATO DE PAULA RICARDO DE CARVALHO
CRM 131971 RQE Nº. 53128

MEDICINA DO TRABALHO
ATESTADO MÉDICO NR-07
EXAME MÉDICO ADMISSIONAL/DEMISSIONAL
PERIÓDICO/DE RETORNO/MUDANÇA DE FUNÇÃO

EMPRESA **HOTEL COSTA LESTE LTDA - 07.023.779/0001-00**		ENDEREÇO **AV. ALVARO RAMOS 2361/2365**		
NOME DO PACIENTE **CLEONES MARIA DA SILVA**			CART.PROF. **RG: 44.735.215**	
LOCAL DE NASCIMENTO **ALAGOAS**	DT. NASCIMENTO **01/01/1989**	EST.CIVIL **SOLTEIRO**	SEXO **F**	COR **BRANCO**
ENDEREÇO **R DR. JOAO LEAL DA COSTA 72 - JD SAO PAULO - GUAIANAZES**				
DEPARTAMENTO	FUNÇÃO **RECEPCIONISTA**		DT.ADMISSÃO **31/12/1899**	
MÉDICO Assinatura ASSINATURA E CARIMBO			RESULTADO: **APTO P/ RECEPCIONISTA** DATA: **29/03/2024**	

OBS: **EXAME PERIODICO**
EXAMES: **EXAME CLÍNICO**
RISCOS:

Recebi a primeira via em _____ / _____ / _____

EMPREGADO

Depto. Pessoal