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<br>**LIMA E SOARES SERVS E COM ESP. EM AIDC LTDA - 27.546.976/0001-10** | | ENDEREÇO<br>**Av Rejente Feijo 1116** | | |
| NOME DO PACIENTE<br>**STEFANI BARROS ALVES** | | | CART.PROF.<br>**RG: 52.878.997-1** | |
| LOCAL DE NASCIMENTO<br>**SAO PAULO-SP** | DT. NASCIMENTO<br>**09/11/1999** | EST.CIVIL<br>**SOLTEIRO** | SEXO<br>**F** | COR<br>**BRANCO** |
| ENDEREÇO<br>**R BENEDITO GALVAO 104** | | | | |
| DEPARTAMENTO | FUNÇÃO<br>**AUXILIAR ADMINISTRATIVO** | | DT.ADMISSÃO<br>**31/12/1899** | |
| MÉDICO<br>Assinatura<br>ASSINATURA E CARIMBO | | | RESULTADO:<br>**APTO P/ AUXILIAR ADMINISTRATIVO**<br>DATA:<br>**01/05/2024** | |

OBS: **EXAME PERIODICO**

EXAMES: **EXAME CLÍNICO**

RISCOS: **FUNÇÃO: ADMINISTRATIVA QUEIXAS: ASSINTOMATICA NO MOMENTO AP: NEGA MUC: NEGA ALERGIAS: NEGA CIRURGIAS: NEGA ETILISMO: NEGA TABAGISMO: NEGA ACIDENTE DE TRABALHO: NEGA AFASTAMENTO: NEGA FAZ EXAMES DE CONTROLE ANUALMENTE**

Recebi a primeira via em _____ / _____ / _____

EMPREGADO

Depto. Pessoal