

**A S O - ATESTADO DE SAÚDE  
OCUPACIONAL****JSL S/A**

Razão Social:	JSL S/A	CNPJ:	52.548.435/0284-21
Nome da unidade:	WHIRLPOOL CAR	Bairro:	Padre Mathias
Endereço:	Rua África do Sul	CEP:	29157-150
Cidade/UF:	Cariacica / ES		

**Funcionário**

Nome:	<b>EDIVAN BONFIM SANTOS</b>	CPF:	791.553.595-15
RG:	0884688100	Sexo:	Masculino
Nascimento/Idade:	05/01/1982 - 43	Cargo:	OPERADOR DE LOGISTICA I
Sector :	WHIRLPOOL CARIACICA EXPEDIÇÃO - RECEBIMENTO		

**Médico Responsável do PCMSO**

NOME: MANOEL LEITE NASCIMENTO (19114-ES)	UF : ES
CRM: 19114	

**Riscos**

Físicos	Ruído.
Ergonômicos	Levantamento e transporte manual de cargas ou volumes, Frequente ação de puxar ou empurrar cargas ou volumes, Postura inadequada .
Acidentes	Atingido por, Atropelamento, Batida contra, Cortes, ESCORREGAR, Queda de diferença de nível, Retirada de veículo de doca durante o carregamento, Tropeçar.

**EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:**

Admissional	329952842
-------------	-----------

**Avaliação Clínica e Exames Realizados**

10/11/2025	Audiometria Tonal Ocupacional	10/11/2025	Avaliação Clínica
------------	-------------------------------	------------	-------------------

**Parecer**

☒ Apto para função    ☐ Inapto para função

**Observações****Prestador**

Endereço:	Nº:	Complemento:	Tel:
Bairro:	Cidade:	UF:	

DECLARO TER RECEBIDO CÓPIA DESTE ATESTADO

*Dr. Rodrigo Reis Oliveira*  
Médico Examinador com CRM  
CRM: 22431

*Edivan Bonfim Santos*  
EDIVAN BONFIM SANTOS



## FICHA CLÍNICA



JSL S/A

10/11/2025

<b>Funcionário (Código / Nome)</b> 13509 / EDIVAN BONFIM SANTOS		<b>RG</b> 0884688100
<b>Empresa</b> JSL S/A		<b>CNPJ</b> 52.548.435/0284-21
<b>Unidade</b> WHIRLPOOL CAR	<b>Setor</b> WHIRLPOOL CARIACICA EXPEDIÇÃO - RECEBIMENTO	
<b>Cargo</b> OPERADOR DE LOGISTICA I	<b>Sexo</b> Masculino	<b>Idade</b> 43
<b>Nascimento</b> 05/01/1982	<b>Entrada</b> 15:47	<b>Saída</b> 15:47
<b>Tipo de Exame</b> Admissional	<b>Data Ficha</b> 07/11/2025	
<b>Médico(a)/</b>		

## Exames

Audiometria Tonal Ocupacional, Avaliação Clínica,

## Anamnese

## SINAIS VITAIS

<b>Temperatura</b>	<b>Frequência Respiratória (IPM)</b> 17	<b>Pressão Arterial (mmHg)</b> 127 x 86	<b>Frequência de Pulso (BPM)</b> 100
<b>Altura</b> 1.74 m	<b>Biotipo</b>	<b>Peso (Kg)</b> 83 kg	<b>Índice de Massa Corpórea</b>
<b>Perímetro Cintura (cm)</b>		<b>Perímetro Quadril (cm)</b>	

## Texto Livre

## Ficha Clínica

## PREENCHIMENTO DO FUNCIONÁRIO

**ANTECEDENTES FAMILIARES** (Seus Familiares diretos [pai, mãe, irmãos], mesmo já falecido, tem ou tiveram as doenças? Marque com um X em caso afirmativo ou negativo)

Tuberculose

☐ Sim ☒ Não

Em caso de SIM, quem?

Diabete (açúcar no sangue)

☐ Sim ☒ Não

Em caso de SIM, quem?

Pressão Alta

☐ Sim ☒ Não

Em caso de SIM, quem?

Câncer

☐ Sim ☒ Não

Em caso de SIM, quem?

Doença do Coração

☐ Sim ☒ Não

Em caso de SIM, quem?

Doença Mental / Nervosa

☐ Sim ☒ Não

Em caso de SIM, quem?

**ANTECEDENTES PESSOAIS** (Problemas de Saúde - Anteriores e Atuais)

Pressão Alta?

☐ Sim ☒ Não

Doenças do coração?

☐ Sim ☒ Não

Problemas respiratórios (bronquite, asma, tuberculose)?

☐ Sim ☒ Não

Doenças nos rins?

☐ Sim ☒ Não

Doenças no fígado?

☐ Sim ☒ Não

Epilepsia, convulsão?

☐ Sim ☒ Não

Doenças no estômago (úlceras, gastrite)?

☐ Sim ☒ Não

Alteração no Sangue (anemia, leucopenia)?

☐ Sim ☒ Não

Problemas de Visão?

☐ Sim ☒ Não

Problemas de audição (otite, zumbido, perda)?

☐ Sim ☒ Não

Depressão, melancolia, nervosismo, pânico?

Varizes?

☐ Sim ☒ Não

Tonturas ou desmaios?

☐ Sim ☒ Não

Dor de cabeça frequente?

☐ Sim ☒ Não

Vacina antitetânica atualizada (a cada 10 anos)?

☒ Sim ☐ Não

Possui vacina para Hepatite B atualizada (3 doses)?

☒ Sim ☐ Não

Possui alguma deficiência?

☐ Sim ☒ Não

Qual?

Sofreu alguma doença não mencionada?

☐ Sim ☒ Não

Qual?

Já esteve internado alguma vez?

☐ Sim ☒ Não

Motivo:

Cirurgias realizadas ou programadas?



☒ Sim ☐ Não  
Câncer? ☒ Sim ☐ Não  
Diabetes (açúcar no sangue)? ☒ Sim ☐ Não  
Doenças de pele? ☒ Sim ☐ Não  
Reumatismo? ☒ Sim ☐ Não  
Doenças de coluna, hérnia de disco? ☒ Sim ☐ Não  
Hérnia inguinal, esrotal, umbilical? ☒ Sim ☐ Não  
Problemas com a voz (rouquidão, fenda, calo)? ☒ Sim ☐ Não  
Dor nas articulações da mão, punho ou braços? ☒ Sim ☐ Não  
Alterações na tireoide? ☒ Sim ☐ Não  
Fraturas? ☒ Sim ☐ Não  
Antecedentes de Alergia? ☒ SIM ☐ NÃO  
Se sim, qual?

☒ Sim ☐ Não

Motivo:

Faz algum acompanhamento médico? ☒ Sim ☐ Não

Qual a especialidade?

Você possui alguma limitação/restrrição ao trabalho? ☒ Sim ☐ Não

Motivo:

Esteve afastado pelo INSS? ☒ Sim ☐ Não

Motivo:

OBS:

#### ESTILO DE VIDA (Em caso afirmativo, responda)

Atividade Física Regular? ☒ Diariamente ☐ 3 ou 4 vezes ☐ Finais de Semana  
Não realiza ☐  
Fuma? ☒ 1 a 3 cigarros/dia ☐ de 4 a 20 cigarros/dia  
Acima de 20 cigarros/dia ☐ Não ☐  
Bebidas alcoólicas? ☒ Finais de Semana ☐ 3 a 4 vezes na semana ☐ Diariamente  
Não ☐  
Problemas com o sono? ☒ Insônia, mas acorda bem disposto(a) ☐ Insônia, e acordo cansado(a)  
Não ☐  
Exame de Colesterol em 12 meses? ☒ Resultado Normal ☐ Resultado Alterado  
Uso regular de medicamentos? ☐ Tranquilizantes ☐ Antialérgicos  
☐ Antidepressivos ☐ Anticonvulsivantes  
☐ Antihipertensivos ☐ Analgésicos/Antiinflamatórios  
Encontra-se estressado(a)? ☐ Baixo Estresse ☐ Médio Estresse ☐ Alto Estresse ☒ Não  
Motivo do estresse?   
☐ Familiar ☐ Trabalho ☐ Familiar e Trabalho

Como considera sua alimentação? ☒ Saudável ☐ Regular ☐ Não saudável

Consumo de água/líquidos? ☒ Acima de 9 copos/dia ☐ de 5 a 8 copos/dia ☐ Até 4 copos/dia

Dentista - revisão/tratamento ☒ Nos últimos 12 meses ☐ de 12 a 24 meses

Há mais de 24 meses ☐

Próstata - exame (toque) nos últimos 12 meses? ☒ Sim ☐ Não

Próstata - exame de sangue (PSA) nos últimos 12 meses? ☒ Sim ☐ Não

Hidrocele/Varicocele? ☒ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

#### ANTECEDENTES OCUPACIONAIS - No caso de Exame ADMISSÃO, marque um X como era o seu local de trabalho anterior

☐ Local muito barulhento? ☐ Local com muita poeira?  
☐ Manipulação de produtos químicos? ☐ Local muito frio?  
☐ Local com muito calor?

☐ Digitação contínua? ☐ Esforço físico intenso?  
☐ Telemarketing/Call center?

Outros?

OBS:

Data

Assinatura do funcionário

#### PREENCHIMENTO MÉDICO (Para uso exclusivo do médico examinador)

##### EXAME FÍSICO


Cabeça e Pescoço ☒ Normal ☐ Alterado  
Coração ☒ Normal ☐ Alterado  
Pulmão ☒ Normal ☐ Alterado  
Pele ☐

Músculo Esquelético - Membros Inferiores ☒ Normal ☐ Alterado

11 - Músculo Esquelético - Membros Superiores ☒ Normal ☐ Alterado

Músculo Esquelético - Coluna Vertebral ☒ Normal ☐ Alterado

Manobras Tinel ☐

<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Inspeção Dentária (NR 30) ▶ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Teste de Roomberg ▶ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Abdômen ▶ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Visão ▶ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Inspeção Mental ▶ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Audição ▶ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Manobra Phalen ▶ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Manobra Filkenstein ▶ <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> É deficiente físico? Qual deficiência? ▶ OBS MÉDICAS ▶  Médico Examinador/ Carimbo CRM <div> Rodrigo Reis Oliveira Médico CRM-ES 22431</div> Conclusão ▶ <input checked="" type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Inapto
<b>Medicamentos</b>	
<b>CID</b>	
CID	
<b>Texto Livre</b>	
Texto Livre	

Pedido de Exames

JSL S/A

RHMED CONSULTORES  
ASSOCIADOS

10/11/2025

CNPJ: 01.430.943/0001-17

Prestador: PROVIDER MEDICINA

Endereço: Avenida Paulino Muller Nº: 885

Bairro: Jucutuquara

Cidade: Vitória UF: ES

Telefone: (27) 3223-3130

Tipo de atendimento: Ordem de Chegada

Sequência: 329952842

Data Ficha

07/11/2025

Funcionário

13509 - EDIVAN BONFIM SANTOS

Matrícula

RG

0884688100

Data de Nascimento

05/01/1982

Idade

43

Data de Admissão

17/11/2025

Empresa

1563611 - WHIRLPOOL CAR

Unidade

WHIRLPOOL CAR

CNPJ

52.548.435/0284-21

Nome do Cargo

OPERADOR DE LOGISTICA I

Nome do Setor

WHIRLPOOL CARIACICA

EXPEDIÇÃO - RECEBIMENTO

Nome Médico

Tipo de Exame

Admissional

## Exames

Nome do Exame	Recomendação	Data	Hora
Avaliação Clínica	Não tem preparo.	10/11/2025	07:00
Audiometria Tonal Ocupacional	Repouso auditivo de 14 horas. Evitar qualquer tipo de barulho (fone de ouvido, música, moto, etc) anterior ao exame. Não pingar álcool ou utilizar cotonetes nos ouvidos.	10/11/2025	07:00

## Perigos/Fatores de Risco do Funcionário

Acidentes	Atingido por, Atropelamento, Batida contra, Cortes, ESCORREGAR, Queda de diferença de nível, Retirada de veículo de doca durante o carregamento, Tropeçar.
Ergonômicos	Levantamento e transporte manual de cargas ou volumes, Frequente ação de puxar ou empurrar cargas ou volumes, Postura inadequada.
Físicos	Ruído.

ESTE PEDIDO DE EXAMES TEM VALIDADE DE 30 DIAS A PARTIR DA DATA 07/11/2025

Dr. Rodrigo Reis Oliveira  
Médico  
CRM-ES 22431

CRM -

Edivan Bonfim Santos

EDIVAN BONFIM SANTOS

RG: 0884688100





# RESULTADO DE EXAMES

JSL S/A

## AUDIOMETRIA TONAL OCUPACIONAL

**Funcionário: 13509 - EDIVAN BONFIM SANTOS**

Unidade: **WHIRLPOOL CAR**

CNPJ: **52.548.435/0284-21**

Setor: **WHIRLPOOL CARIACICA EXPEDIÇÃO - RECEBIMENTO**

Cargo: **OPERADOR DE LOGISTICA I**

Situação: **Pendente**

RG: **BA - 0884688100**

Data Ficha: **07/11/2025**

Médico(a): **Dr. Fernando Cesar dos Anjos Sad**

CPF: **791.553.595-15**

Data de Nascimento: **05/01/1982**

Idade: **43**

Sexo: **Masculino**

Tipo de Exame: **Admissional**

**Data do Exame: 10/11/2025**

Resultado:

Comentários: **sem queixas otológicas.**

Referência:

Ref./Seq.: **Referencial**

Aparelho: **AVS 500 - SERIE 4324 - CARIACICA**

Fabricante: **VIBRASOM**

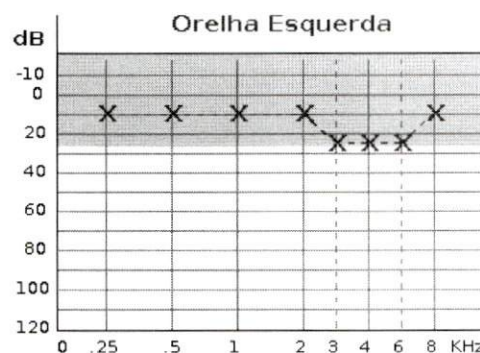
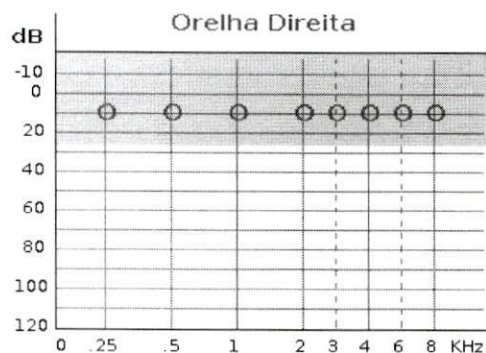
Calibração: **17/02/2025**

Repouso Auditivo: **14 horas**

Meatoscopia	Logaudiometria		
Meatoscopia(OD): <b>Normal</b>	SRT(OD):	IRF(OD):	LAF(OD):
Meatoscopia(OE): <b>Normal</b>	SRT(OE):	IRF(OE):	LAF(OE):

Limiares Tonais - Orelha Direita								
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8
V.A.	10	10	10	10	10	10	10	10
V.O.								
NR-7	Limites aceitáveis							
Por Frequência	Limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade							

Limiares Tonais - Orelha Esquerda								
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8
V.A.	10	10	10	10	25	25	25	10
V.O.								
NR-7	Limites aceitáveis							
Por Frequência	Limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade							



**Juliana S. Dias Gomes**  
Fonoaudióloga  
CRFa 6 - 9939

EDIVAN BONFIM SANTOS  
RG: 0884688100

Juliana Silva Dias Gomes  
CRFa 9939 / ES  
(Fonoaudiologia)

**RESULTADO DE EXAMES****JSL S/A****AUDIOMETRIA TONAL OCUPACIONAL****Funcionário: 13509 - EDIVAN BONFIM SANTOS**Unidade: **WHIRLPOOL CAR**CNPJ: **52.548.435/0284-21**Setor: **WHIRLPOOL CARIACICA EXPEDIÇÃO - RECEBIMENTO**Cargo: **OPERADOR DE LOGISTICA I**Situação: **Pendente**RG: **BA - 0884688100**Data Ficha: **07/11/2025**Médico(a): **Dr. Fernando Cesar dos Anjos Sad**Data de Nascimento: **05/01/1982**Idade: **43**Sexo: **Masculino**Tipo de Exame: **Admissional****Data do Exame: 10/11/2025**

Resultado:

Comentários: **sem queixas otológicas.**

Referência:

Ref./Seq.: **Referencial****Anamnese****ANAMNESE AUDIOMÉTRICA**

Tem dificuldade para ouvir?	NÃO
Encontra-se gripado?	SIM
Tem zumbidos?	NÃO
Já se submeteu a cirurgia auditiva?	NÃO
Já sofreu trauma nos ouvidos?	NÃO
Tem casos de surdez na família?	NÃO
Tem Hábitos ou/e Hobbies de usar fone de ouvido?	NÃO
em Hábitos ou/e Hobbies de praticar mergulho?	NÃO
Tem Hábitos ou/e Hobbies de frequentar ambientes com sons alto?	NÃO
Trabalha em local ruidoso	NUNCA
Usa protetor auricular?	ÁS VEZES
Tem quadro de tontura?	NÃO

**Juliana S. Dias Gomes**  
**Fonoaudióloga**  
**CRFa 6 - 9939**

EDIVAN BONFIM SANTOS  
RG: 0884688100

Juliana Silva Dias Gomes  
CRFa 9939 / ES  
(Fonoaudiologia)