


**A S O - ATESTADO DE SAÚDE
OCCUPACIONAL**
**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: | EDIVAN BONFIM SANTOS | CPF: | 791.553.595-15 |
| RG: | 0884688100 | Sexo: | Masculino |
| Nascimento/Idade: | 05/01/1982 - 43 | | |
| Setor : | WHIRLPOOL CARIACICA EXPEDIÇÃO - RECEBIMENTO | Cargo: | OPERADOR DE LOGISTICA I |

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, Frequentes ações 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 N°S 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

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Apto para função | <input type="checkbox"/> Inapto para função |
|--|---|

Observações**Prestador**

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

DECLARO TER RECEBIDO CÓPIA DESTE ATESTADO

Dr. Rodrigo Reis Oliveira
 Médico CRM: 19114-ES
 Médico Examinador com CRM:
 CRM:

Edivan Bonfim Santos
 EDIVAN BONFIM SANTOS



FICHA CLÍNICA

RH MED - RH VIDA

JSL S/A

10/11/2025

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

Anamnese

SINAIS VITAIS

| | | | |
|------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Temperatura | Frequência Respiratória (IPM) <i>17</i> | Pressão Arterial (mmHg) <i>127x86</i> | Frequência de Pulso (BPM) <i>80</i> |
| Altura <i>1.79 m</i> | Biotipo | Peso (Kg) <i>83kg</i> | Índice de Massa Corpórea |
| Perímetro Cintura (cm) | | Perímetro Quadril (cm) | |

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) | Câncer ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Em caso de SIM, quem? ▶ |
| Tuberculose ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Em caso de SIM, quem? ▶ | Doença do Coração ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Em caso de SIM, quem? ▶ |
| Diabete (açúcar no sangue) ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Em caso de SIM, quem? ▶ | Doença Mental/Neurose ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Em caso de SIM, quem? ▶ |
| Pressão Alta ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Em caso de SIM, quem? ▶ | Varizes? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES PESSOAIS (Problemas de Saúde - Anteriores e Atuais) | Tonturas ou desmaios? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Pressão Alta? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Dor de cabeça frequente? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Doenças do coração? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Vacina antitetânica atualizada (a cada 10 anos)? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Problemas respiratórios (bronquite, asma, tuberculose)? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Possui vacina para Hepatite B atualizada (3 doses)? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Doenças nos rins? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Possui alguma deficiência? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Doenças no fígado? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Qual? ▶ |
| Epilepsia, convulsões? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Sofreu alguma doença não mencionada? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Doenças no estômago (úlcera, gastrite)? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Qual? ▶ |
| Alteração no Sangue (anemia, leucopenia)? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Já esteve internado alguma vez? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Problemas de Visão? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Motivo: ▶ |
| Problemas de audição (otite, zumbido, perda)? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Cirurgias realizadas ou programadas? ▶ |
| Depressão, melancolia, nervosismo, pânico? ▶ <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | |

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, eserotá, 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?

ESTILO DE VIDA (Em caso afirmativo, responda)

Atividade Física Regular? Diariamente 3 ou 4 vezes Finais de Semana
Não realizaFuma? 1 a 3 cigarros/dia de 4 a 20 cigarros/dia
Acima de 20 cigarros/dia NãoBebidas alcoólicas? Finais de Semana 3 a 4 vezes na semana Diariamente
 NãoProblemas com o sono? Insônia, mas acorda bem disposto(a) Insônia, e acordo cansado(a)
 NãoExame de Colesterol em 12 meses? Resultado Normal Resultado Alterado

Uso regular de medicamentos?

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tranquilizantes | <input type="checkbox"/> Antialérgicos |
| <input type="checkbox"/> Antidepressivos | <input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes |
| <input type="checkbox"/> Antihipertensivos | <input type="checkbox"/> Analgésicos/Antiinflamatórios |

Encontra-se estressado(a)? Baixo Estresse Médio Estresse Alto Estresse NãoMotivo do estresse? Familiar Trabalho Familiar e Trabalho

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

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Local muito barulhento? | <input type="checkbox"/> Local com muita poeira? |
| <input type="checkbox"/> Manipulação de produtos químicos? | <input type="checkbox"/> Local muito frio? |
| <input type="checkbox"/> Local com muito calor? | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Digitação contínua? | <input type="checkbox"/> Esforço físico intenso? |
| <input type="checkbox"/> Telemarketing/Call center? | |

Outros? OBS:

Data: ____/____/____

Assinatura do Funcionário: *Edson B. Santos*

PREENCHIMENTO MÉDICO (Para uso exclusivo do médico examinador)

EXAME FÍSICO

Cabeça e PESCOÇO
 Normal AlteradoCoração
 Normal AlteradoPulmões
 Normal AlteradoPele Músculo Esquelético - Membros Inferiores Normal Alterado11 - Músculo Esquelético - Membros Superiores Normal AlteradoMúsculo Esquelético - Coluna Vertebral Normal AlteradoManobras Tinel

| | |
|--|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Alterado |
| Inspecção Dentária (NR 30) ▶ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Alterado |
| Teste de Roonberg ▶ | |
| <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 |
| Inspecção 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 Fikenstein ▶ | |
| <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo |
| É deficiente físico? | |
| Qual deficiência? ▶ | |

OBS MÉDICAS ▶

Rodrigo Reis Oliveira
CRM-RJ 22431

Médico Examinador/ Carimbo CRM-RJ CRM-ES 22431

Conclusão ▶

Apto Inapto

Medicamentos**CID****Texto Livre**

CID

Texto Livre



Pedido de Exames



JSL S/A

10/11/2025

**RHMED CONSULTORES
ASSOCIADOS**

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 | Reposo 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, Frequentes ações 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 Kels Oliveira
Médico
CRM-RS 22431

Edivan Bonfim Santos

EDIVAN BONFIM SANTOS

CRM -

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 LOGÍSTICA 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**

Calibração: **17/02/2025**

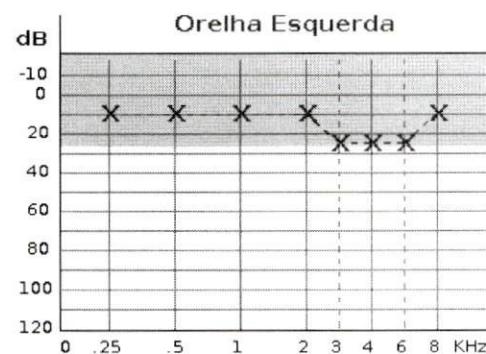
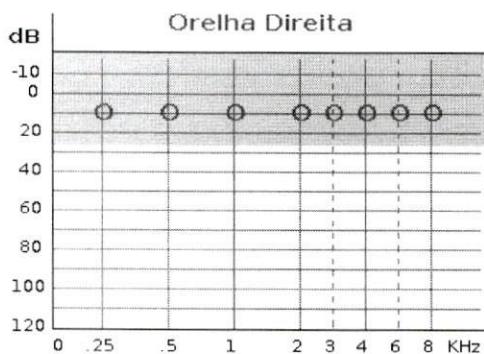
Fabricante: **VIBRASOM**

Reposo Auditivo: **14 horas**

| Meatoscopia | | Logoaudiometria | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|------------------------|--|--|--|----------|----------|--|--|--|
| Meatoscopia(OD): Normal | | SRT(OD): | | | | IRF(OD): | LAF(OD): | | | |
| Meatoscopia(OE): Normal | | 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 | 25 | |
| 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 LOGÍSTICA 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 - 8839

EDIVAN BONFIM SANTOS
RG: 0884688100

Juliana Silva Dias Gomes
CRFa 9939 / ES
(Fonoaudiologia)