

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

TIPO DE EXAME:

() ADMISSIONAL () PERIÓDICO () DEMISSIONAL () ESPECIAL
 () MUDANÇA DE FUNÇÃO () RETORNO AO TRABALHO () OUTROS _____

ATESTO QUE:

NOME: _____

RG: _____ **IDADE:** _____ **ANOS** **DATA DE NASCIMENTO** ____/____/____

ESTADO CIVIL: _____ **SEXO:** M () F ()

FOI CLINICAMENTE EXAMINADO E CONSIDERADO:

() APTO () APTO COM RESTRIÇÕES _____
 () INAPTO TEMPORÁRIO () INAPTO DEFINITIVO

PARA EXERCER A FUNÇÃO DE: _____

EXISTE RISCO OCUPACIONAL () SIM () NÃO

TIPO DE RISCO EXISTENTE

QUÍMICOS

() GASES () POEIRAS () NÉVOAS () VAPORES () FUMOS () SOLVENTES
 () HIDROCARBONETOS () CIMENTO () ÁCIDOS () ÁLCALIS

FÍSICOS

() RUÍDOS () RADIAÇÕES IONIZANTES () RADIAÇÕES NÃO IONIZANTES () VIBRAÇÕES
 () FRIO () CALOR () UMIDADE

BIOLÓGICOS

() VÍRUS () FUNGOS () BACTÉRIAS () PROTOZOÁRIOS () PARASITAS

EXAMES COMPLEMENTARES DE ACORDO COM O SOLICITADO PELO MÉDICO, INERENTES À FUNÇÃO.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: _____

CIDADE OCIDENTAL - GO ____/____/____

MÉDICO ENCARREGADO: _____

MÉDICO COORDENADOR: _____

DECLARO TER RECEBIDO A SEGUNDA VIA DESTE ATESTADO NA DATA ABAIXO:

DATA ____/____/____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO