

NOME DA CLÍNICA MÉDICA

Endereço: Av. D. Pedro II; Nº. 00. CEP: 00000-000

Telefone/Fax: (00) 111 2222 / (01) 000 1111

E-mail: emaildaclinica@clinica.com

Site: www.websitelinica.com.br

[Nome da Empresa]

ATESTADO MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

Nome:		Data de Admissão: ___/___/___
Sexo: () Masculino () Feminino	Data de Nascimento: ___/___/___	Idade:
Identidade:	Órgão Expedidor:	CPF:
Função:	Local de Trabalho:	
Tipo de Exame Médico: () Admissional () Periódico () Demissional () Mudança de função () Retorno ao Trabalho		

RISCOS

Físicos	Químicos	Biológicos	Ergonômicos
() Ruídos () Calor () Vibrações () Umidade () Radiações não-ionizantes () Radiações ionizantes () Outros: _____	() Poeiras () Fumos () Névoas () Neblinas () Gases () Vapores () Produtos Químicos () Outros: _____	() Vírus () Bactérias () Parasitas () Bacilos () Protozoários () Fungos () Outros: _____	() Esforço físico intenso () Levantamento/Transporte manual de peso () Postura inadequada () Trabalho em turnos e/ou noturno () Monotonia e repetitividade () Situações de Stress () Outros: _____

Acidentes

() Arranjo físico inadequado () Máquinas e equipamentos sem proteção () Ferramentas inadequadas/defeituosas
() Iluminação inadequada () Eletricidade/Eletrocussão () Probabilidade de incêndio/explosão () Outros: _____

Exames Complementares:

Observações quanto ao(s) exame(s) realizado(s):

Conclusão sobre a capacidade Laborativa:

Declaramos que após investigação clínica, o candidato(a) à função acima declarada foi considerado(a):

() Apto(a) para a função que irá exercer. () Apto(a) para a função que exerce.
() Apto(a) para a função que exerceu. () Inapto(a).

Assinatura e Carimbo com CRM

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME
C.R.M - XXXXX

Assinatura e Carimbo com CRM

NOME DO MÉDICO COORDENADOR DO PCMSO
C.R.M - YYYY

Recebi a 2ª via do ASO em: ___/___/___ - _____

ASSINATURA DO EMPREGADO SUBMETIDO AO EXAME