



Atestado de Saúde Ocupacional - ASO

Tipo de Exame:

PROCESSO Nº 329331219
DATA 16/04/2019
Folha nº 16

() ADMISSIONAL () PERIÓDICO () DEMISSIONAL () RETORNO AO TRABALHO

Atesto que o/a Sr (a) _____

CPF _____

Foi clinicamente examinado (a), na data ____/____/____ estando exposto aos seguintes riscos ocupacionais:

() Agente Físico

() Agente Químico

() Agente Biológico

() Ergonômico

() Ausência de Riscos Específicos

Realizou os seguintes exames complementares:

() Hemograma/Plaquetas Data ____/____/____
 () Audiometria Data ____/____/____
 () Acuidade Visual Data ____/____/____
 () RX Torax PA Data ____/____/____
 () Espirometria Data ____/____/____
 () Trabalho em Altura: () APTO () INAPTO

Para exercer a função de _____

Secretaria _____

Setor _____

OBS: _____

Declaro ter recebido a 2ª via deste atestado e que o médico examinador me informou das minhas condições de saúde.

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura Servidor