

NOME E ENDEREÇO

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

Tipo de exame:

[] Admisional [] Periódico [] Demissional

[] De retorno ao trabalho [] De mudança de função

Atestamos que o(a) Sr(a) , identidade nº
submeteu-se a avaliação de saúde em conformidade com a NR-7 da Portaria nº
3214/78, sendo o (a) mesmo (a) considerado (a) [] apto (a) [] inapto (a) para
a função de:

A presente avaliação constou dos procedimentos abaixo discriminados:

Exames realizados	Data

Riscos ocupacionais específicos existentes na atividade do empregado:

Observações:

1. A 1^a via deste atestado deverá ficar arquivada no local de trabalho à disposição da fiscalização do trabalho, sendo que a 2^a via deverá ser obrigatoriamente entregue ao trabalhador;
2. Os dados obtidos na presente avaliação estão registrados em prontuário clínico individual sob responsabilidade do médico encarregado do exame.

Nome e CRM do médico-coordenador do PCMSO:

, de de

DR.
CRM nº

Declaro que recebi a 2^a via deste documento.
Em ___/___/___

Ass. empregado