

NOME E ENDEREÇO

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

Tipo de exame:

☐ Admissional

☐ 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 1ª via deste atestado deverá ficar arquivada no local de trabalho à disposição da fiscalização do trabalho, sendo que a 2ª 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 2ª via deste documento.

Em ____/____/____

Ass. empregado