

ASO-ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

1º Via - Empresa 2º Via - Funcionário 3º Via - Med Clare

EMPRESA: AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SUS - AgSUS CNPJ: 37.318.510/0001-11

IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR

FUNCIONARIO:	VITOR CASTRO DA SILVA	IDADE:	28 ANOS
CPF:	023.040.212-71	RG:	2826887-3
FUNÇÃO:	ENFERMEIRO		DATA NASCIMENTO: 31/05/1996

Em cumprimento a portaria SEPRT N° 6734, de 09 de março de 2020

FINALIDADE DO EXAME

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| (X) Admisional | () Demissional | () Periódico |
| () Mudança de Função | () Licença Maternidade | () Doença Ocupacional |
| () Acidente de Trabalho | () Auxilio Doença | () Retorno ao Trabalho |

RISCOS OCUPACIONAIS

FÍSICO	() Ruídos () Vibrações () Radiações Ionizantes () Radiação não-ionizantes () Caior () Pressões Anormais () Ausência de Riscos
QUÍMICO	() Poeiras respiráveis () Fumos () Névo () Neblina () Gases () Vapores () Substancia composta ou produtos químicos em geral () Exposição a sílica e poeiras
BIOLÓGICOS	() Vírus () Bactérias () Protozoários () Fungo () Animais peçonhentos () Não aplicável
ERGONÔMICOS	() Exigência de postura inadequada () Esforço físico manual de peso () Levantamento e transporte de peso () Trabalho em pé () Trabalho em turno e noturno () Monotonia e repetitividade () Outros sintomas causadas de estresse físico e/ou psíquico
ACIDENTE	() Queda do mesmo nível () Projeção de partículas volantes () Queda de objetos nos membros inferiores(pés) () Trabalho em altura () Iluminação inadequada () Acidente máquinas e equipamentos () Queda de ferramentas () Choque elétrico

EXAMES REALIZADOS E DATADOS

(X) Exame Clínico ASO:14/12/2024	() Audiometria: _____
() Glicemia: _____	() Acuidade Visual: _____
() Urinálise: _____	() Eletrocardiograma: _____
() Hemograma completo: _____	() Eletroencefalograma: _____
() Tipagem sanguínea: _____	() Espirometria: _____
() Ácido Úrico: _____	() Rx coluna lombo sacra: _____
() Ácido Hipúrico: _____	() Avaliação Psicossocial: _____
() Avaliação Psicossocial: _____	() Raio X de Coluna Total: _____

PORTARIA SEPRT N°6.734 DE 2020 EM ACORDO COM O ARTIGO 168 DA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS, ATESTO QUE O(A) PACIENTE ACIMA FOI ENCAMINHADO (A) CLINICAMENTE DA ANÁLISE E DOS RESULTADOS OBTEVE-SE QUE O (A) MESMO (A) FOI CONSIDERADO (A): É Considerado pessoa com deficiência () Sim () Não

Atesto que o examinador foi considerado (X) APTO () INAPTO

Atesto que o examinador foi considerado () APTO () INAPTO para NR 33

Vitor Castro da Silva

Assinatura do Funcionário (a)

Julio C. M. Amas
Médico
CRM 10639

Assinatura e Carimbo
(Médico)

Tefé 14 de DEZEMBRO de 2024



clinicamedclare@gmail.com