



CENTRO MÉDICO

BUFFON ARCE

	ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)	DATA:	12/12/2024
--	--	--------------	------------

IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO			
RAZÃO SOCIAL:	AGENCIA BRASILEIRA DE APOIO A GESTAO DO SUS		CNPJ/CAEPF: 37.318.510/0001-11
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR			
NOME COMPLETO:	LILIAN GUERREIRO SOARES		CPF: 050.925.061-05
FUNÇÃO ATUAL:	MÉDICO	NOVA FUNÇÃO:	

TIPO DE EXAME OCUPACIONAL (*)			
<input checked="" type="checkbox"/>	EXAME ADMISSIONAL	EXAME DEMISSIONAL	EXAME DE MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS
	EXAME PERIÓDICO	EXAME DE RETORNO AO TRABALHO	

DESCRÍÇÃO DOS PERIGOS OU FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS E CLASSIFICADOS NO INVENTÁRIO DE RISCOS DO PGR QUE NECESSITEM DE CONTROLE MÉDICO PREVISTO NO PCMSO, OU A SUA INEXISTÊNCIA					
Físicos		Químicos		ERGONÔMICOS	
Calor		Óleos e Graxas		<input checked="" type="checkbox"/>	Movimentos Repetitivos com membros superiores
Frio		Detergentes		<input checked="" type="checkbox"/>	Trabalho predominantemente em pé
Ruido		Iodo Metálico		<input checked="" type="checkbox"/>	Trabalho predominantemente sentado
Radiação Ionizante		Iodo em Solução		<input checked="" type="checkbox"/>	Movimentação de pesos
Radiação Não Ionizante		Fenol		<input checked="" type="checkbox"/>	Esforço visual continuado
Umidade		Formaldeído		<input checked="" type="checkbox"/>	Trabalho frequente em posição curvada
Vibração		Hipoclorito de Sódio			
Químicos		Alcalis Cáusticos		Biológicos	
Gases Tóxicos		Ácidos		<input checked="" type="checkbox"/>	Vírus
Cimento		Fumos tóxicos		<input checked="" type="checkbox"/>	Bactérias
Óxido de Etileno		Vapores tóxicos		<input checked="" type="checkbox"/>	Fungos
Mercúrio Metálico		Chumbo		<input checked="" type="checkbox"/>	Protozoários
Quimiot. de Câncer		Poeiras não fibrinogênicas		<input checked="" type="checkbox"/>	Parasitas
Solventes orgânicos		Poeiras Fibrogênicas			

EXAMES MÉDICOS REALIZADOS					
EXAMES COMPLEMENTARES					
TIPO DE EXAME	ORDEM DO EXAME (REFERENCIAL/SEQUENCIAL)	DATA	TIPO EXAME	ORDEM DO EXAME (REFERENCIAL/SEQUENCIAL)	DATA

ATESTADO MÉDICO					
Atesto que o trabalhador acima identificado se submeteu aos exames médicos ocupacionais sendo considerado:					
<input checked="" type="checkbox"/>	APTO(A)	INAPTO(A)	Para a função que vai exercer, exerce ou exerceu conforme "TIPO DE EXAME OCUPACIONAL" (*)		
E também foi considerado:					
<input checked="" type="checkbox"/>	APTO(A)	INAPTO(A)	Para realizar trabalhos em altura	Para realizar trabalhos em espaços confinados	Para operar máquinas equipamentos ou veículos <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica

<p>João Pedro Buffon Arce Médico CRM/MS 12014 Médico que realizou o Exame Clínico - Ocupacional (Carimbo/Assinatura)</p> <p>DATA: 12/12/24</p>	<p>Médico do Trabalho Responsável pelo PCMSO (se houver) (Carimbo/Assinatura)</p> <p>DATA: _____</p>	Recebi a 2ª via deste atestado na presente data <u>12.12.24</u>
		(Assinatura do trabalhador)
<p>Observações:</p>		