

**ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-**

NOME: DENILDO PINTO DO CARMO	DN: 11/19/1985
DOCUMENTO: RG ( ) CPF (X) CTPS ( )	Nº: 843.414.322-49
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: AGENTE INDIGENA DE SAÚDE	LOCAL: TBT
EXAME: Admissional (X) Periódico ( ) Demissional ( ) Retorno ao trabalho ( )	

**EXAMES SOLICITADOS (PCMSO)**

EXAME:	DATA:
<u>EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL</u>	<u>07/12/2024</u>

**PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (P G R)**

<b>RISCO</b>	
Químico	Sim ( ) Não (X)
Físico	Sim ( ) Não (X)
Biológico	Sim ( ) Não (X)
Ergonômicos	Sim (X) Não ( )
Acidentes	Sim (X) Não ( )

Conclusão: Apto (X) Inapto ( )

Bruno Serrão da Silva  
Médico  
CRM-12846/AM

Médico examinador

Denildo Pinto do Carmo

Empregado

Declaro que recebi segunda via do ASO

**ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-**

NOME: DENILDO PINTO DO CARMO	DN: 11/19/1985
DOCUMENTO: RG ( ) CPF (X) CTPS ( )	Nº: 843.414.322-49
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: AGENTE INDIGENA DE SAUDE	LOCAL: TBT
EXAME: Admissional (X) Periódico ( ) Demissional ( ) Retorno ao trabalho ( )	

**EXAMES SOLICITADOS (PCMSO)**

EXAME:	DATA:
<u>EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL</u>	<u>07/12/2024</u>

**PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (P G R)**

<b>RISCO</b>	
Químico	Sim ( ) Não (X)
Físico	Sim ( ) Não (X)
Biológico	Sim ( ) Não (X)
Ergonômicos	Sim (X) Não ( )
Acidentes	Sim (X) Não ( )

Conclusão: Apto (X) Inapto ( )

  
Médico  
CRM 12846/AM

Médico examinador

  
Empregado

Declaro que recebi segunda via do ASO.

**ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-**

NOME: DENILDO PINTO DO CARMO	DN: 11/19/1985
DOCUMENTO: RG ( ) CPF (X) CTPS ( )	Nº: 843.414.322-49
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: AGENTE INDIGENA DE SAUDE	LOCAL: TBT
EXAME: Admissional (X) Periódico ( ) Demissional ( ) Retorno ao trabalho ( )	

**Ficha de anamnese e exame clínico ocupacional**

QUEIXAS E HDA:  
S/ QUEIXA NO MOMENTO DA VISITA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.  
AO EXAME: BEG, LOTE EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOCORADO, AFEBRIL  
AR: MVF SRA AC: RCR BNF EM 2T SS

**ANAMNESE DIRIGIDA:** **DESCREVER ALTERAÇÕES:**

Neurológico: sim ( ) não (X)  
Respiratório: sim ( ) não (X)  
Cardiovascular: sim ( ) não (X)  
Gastrointestinal: sim ( ) não (X)  
Ortopédico: sim ( ) não (X)  
Geniturinário: sim ( ) não (X)  
Queixas/diagnósticos:

**HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:** **DESCREVER:**

Vacinas: sim (X) não ( ) **COMPLETAS**  
Alergias: sim ( ) não (X)  
Cirurgias: sim ( ) não (X)  
Morbidades: sim ( ) não (X)  
Uso de medicações: sim ( ) não (X)  
Acidentes de trabalho: sim ( ) não (X)

**EXAME CLÍNICO:** **DESCREVER:**

C/P: (X) normal ( ) alterado  
AR: (X) normal ( ) alterado  
ACV: (X) normal ( ) alterado  
ABD: (X) normal ( ) alterado  
NEURO: (X) normal ( ) alterado  
ORTO: (X) normal ( ) alterado

**SINAIS VITAIS**  
PA: mmHg PESO: kg ALTURA: TEMP: 36,3 graus BC: BPM, SAT: 99%  
BIOTIPO: LONG. ( ) BREV. ( ) NORM. (X)

**OBSERVAÇÕES:**

**DIAGNÓSTICO:**

**CID:**

**CONCLUSÃO:** APTO (X) INAPTO ( )