



LIFECLIN - MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO  
RUA: DR. ARAÚJO FILHO, 143, CENTRO - CEP: 69301-090 - BOA VISTA-RR  
FONE: (95)3623-4144 / 99125-2657 - E-MAIL: [lifeclin@outlook.com](mailto:lifeclin@outlook.com)  
Responsável Técnica: Dra Marília Juliana Batista, CRM-RR 853/RQE-818

**ASO - ATESTADO DE SAÚDE  
OCUPACIONAL**

Fundamentação legal NR07, conforme a portaria SEPRT 6.734 de 09 de março de 2020

**1 - Identificação**

**Empresa (Razão Social):**

AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SUS - AGSUS

37.318.510/0001-11

**Nome do (a) Trabalhador (a):**

THIAGO MACEDO CRUZ

**CPF:**

022.244.242-56

**Data de Nascimento:**

14/01/1992

**Idade:**

32 anos

**Função:**

AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS

**Nova Função:**

**2 - Motivo da Avaliação Médica**

**ADMISSIONAL**

**3 - Riscos Existentes na Atividade do Empregado**

<input type="checkbox"/> FÍSICO	Radiação não ionizante, ruído.
<input type="checkbox"/> QUÍMICOS	Névoas
<input type="checkbox"/> BIOLÓGICOS	Agentes biológicos infecciosos e infectocontagiosos (bactérias, vírus, protozoários, fungos, príons, parasitas e outros)
<input checked="" type="checkbox"/> ERGONÔMICOS	Postura inadequada, Estresse
<input type="checkbox"/> ACIDENTES/MECÂNICOS	Torções, Queda em nível e desnível
<input type="checkbox"/> AUSÊNCIA DE RISCOS ESPECÍFICOS	

**4 - EXAMES MÉDICOS REALIZADOS**

**EXAMES COMPLEMENTARES**

TIPO DE EXAME	OD	DATA	TIPO DE EXAME	OD	DATA
0295 - Exame Clínico	R	11/12/2024			

Atesto que o trabalhador acima identificado se submeteu aos exames médicos ocupacionais, conforme a portaria SEPRT 6.734 de 09 de março de 2020 (NR07) sendo considerado:

☒ Apto ☐ Inapto :Para função que vai exercer, exerce ou exerceu conforme TIPO DE EXAME OCUPACIONAL.

Obs:

<input type="checkbox"/> Apto	<input type="checkbox"/> Inapto	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
<input type="checkbox"/> Apto	<input type="checkbox"/> Inapto	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
<input type="checkbox"/> Apto	<input type="checkbox"/> Inapto	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica

**6 - Validade do Exame Médico:** ☐ 6 - Meses ☒ 1 - Ano ☐ 2 - Anos ☐ outro:

**Médico(a) Responsável pelo PCMSO (Quando Aplicável):**

Médico(a): MARILIA JULIANA BATISTA  
CRM: 853-RR / RQE-818

**Médico (a) Examinador (a) do Exame**

Daliana M. Pérez Hidalgo  
Médica  
Médico(a) CRM-RR 2674  
CRM:

Data: 11/12/2024

Ass:

Thiago M. Macedo Cruz  
Trabalhador (a)

Recebi a 2ª via deste atestado na presente data.