



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO

Em conformidade com a Norma Regulamentadora 07 – NR 07, todos os procedimentos para a obtenção do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO são custeados pelo empregador abaixo indicado, sem ônus para o empregado, sendo todos os procedimentos relacionados ao PCMSO para a referida função e posto de trabalho. Este exame tem o caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde do trabalhador.

| | | | |
|------------|--------------|------|---------------------------|
| EMPREGADOR | AgSUS | CNPJ | 37.318.510/0001-11 |
|------------|--------------|------|---------------------------|

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|------|----------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO | | | |
| NOME | Marinete de Souza | RG | 206018-0 |
| FUNÇÃO | Agente de saúde | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | SEXO | () MASCULINO () FEMININO |

| | |
|---|------------|
| RISCOS OCUPACIONAIS EXISTENTES (DE ACORDO COM O PPRA) | |
| FÍSICOS | |
| QUÍMICOS | |
| BIOLÓGICOS | (X) |
| MECÂNICOS | |
| ERGONÔMICOS | |
| AUSÊNCIA DE RISCOS ESPECÍFICOS - ARE | |

| | | |
|--|---------------|---------------|
| EXAMES COMPLEMENTARES, DE ACORDO COM O PCMSO | DATA DO EXAME | PRÓXIMO EXAME |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------|-----|-------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO COORDENADOR | | | |
| NOME | RAUL GRIGOLETTI | CRM | 1192 |

| | |
|--|-------------------|
| AVALIAÇÃO CLÍNICA, ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO E MENTAL | |
| | DATA DO EXAME |
| avaliação clínica | 11/12/2024 |
| | PRÓXIMO EXAME |
| | |

| | | | |
|---|------------------------|--|-------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR | | | |
| NOME | RAUL GRIGOLETTI | DATA | 11/12/2024 |
| FONE | 3421-7567 | CARIMBO COM CRM E ASSINATURA | |
| CONSIDERANDO A AVALIAÇÃO CLÍNICA POR MIM REALIZADA E OS EXAMES COMPLEMENTARES OBSERVADOS, DEFINO O EMPREGADO ACIMA IDENTIFICADO COMO apta PARA A FUNÇÃO DECLARADA. | | Dr. Raul Grigoletti Médico do Trabalho CRM 1192 OF 232.180.439-91 | |

| | |
|---|--|
| DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DA 2ª VIA, PELO EMPREGADO | |
| TOMEI CIÊNCIA DOS RESULTADOS DOS EXAMES E RECEBI A 2ª VIA DESTA ATESTADO EM 11/12/2024 | |