



**ASSIS E COELHO LTDA - ME CLIMESTRA**  
 Rua. Floresta, Nº 44, Vila Paulista - Redenção PA  
 Tel. 94- 3424 -2599 / 99100-7046

## ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

(Em cumprimento à Legislação Trabalhista Art. 158 e 159 da Seção V do Título II da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho e Leis 7855/89 e 6514/77, Portaria 3214/78 (NR-7) e Portaria nº 24 de 28/12/1994 - PCMSO - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional)

Funcionário:	TANIA FAIXAN KAIPO	Data de Nascimento:	26/02/1983
Empresa:	AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (AGSUS)	CNPJ / CAEPF:	37.318.510/0001-11
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Sector:	OPERACIONAL
Função:	APOIADOR TÉCNICO DE ATENÇÃO À SAÚDE	CBO:	
RG:		Matrícula:	
CPF:	77434638220	Data do ASO:	12/12/2024
	Tipo de Exame:	ADMISSÃO	

### FATORES DE RISCO

Grupo:	Riscos:	Cód. Tab
Grupo 1 - Riscos Físicos	Radiações não ionizantes	01
Grupo 4 - Riscos Ergonômicos	Movimentos repetitivos	01
Grupo 4 - Riscos Ergonômicos	Postura inadequada	01
Grupo 5 - Riscos Mecânicos (Acidentes)	Queda mesmo nível	01

### EXAMES COMPLEMENTARES A QUE FOI SUBMETIDO

Procedimentos	Cód. Tabela 27	Data
X AVALIAÇÃO CLÍNICA, ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL	0096	12/12/24

### CONCLUSÃO DO EXAME

Atesto, em cumprimento à NR 7, que o funcionário abaixo assinado, foi examinado nesta data, sendo o resultado de avaliação considerado:

	<input checked="" type="checkbox"/> APTD	<input checked="" type="checkbox"/> INAPTD	
Apto para trabalho em altura:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Apto para trabalho confinado:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Apto para manipulação de alimentos:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO AVALIADO
Apto para trabalho com eletricidade:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO AVALIADO

Conclusão:

Observações:

**Dr. Vinicius Alencar**  
 Médico  
 CRM 18568/PA

Ass. e carimbo do médico examinador

### RECIBO

Declaro para fins de direito que fui devidamente examinado e recebi a 2ª via do ASO - Atestado de Saúde Ocupacional - Nesta Data.

Redenção

Local

*[Assinatura]*  
 Assinatura do Funcionário Examinado