



MED
CLARE

MED CLARE

Rua: Brasília com Diogo Torres 631, Bairro: Juruá – Ao lado da PANIFICADORA SABOROSA.

CEP: 69552-215 Tefé-AM Fone: (97) 97-98450 8316

Clinica Geral, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia, Dermatologia, Pediatria, Cardiologia, Psicologia, Ultrassonografias, Medicina do Trabalho

ASO-ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

1ª Via - Empresa 2ª Via - Funcionário 3ª Via - Med Clare

EMPRESA: AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SUS - AgSUS CNPJ: 37.318.510/0001-11

IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR

FUNCIONARIO: JUNIOR BOAVENTURA DOS SANTOS

IDADE: 26 ANOS

CPF: 052.514.932-58

RG: 052.514.932-58

DATA NASCIMENTO: 14/10/1998

FUNÇÃO: AGENTE INDIGENA DE SAUDE

Em cumprimento a portaria SEPRT N° 6734, de 09 de março de 2020

FINALIDADE DO EXAME

☒ (X) Admissional

☐ () Mudança de Função

☐ () Acidente de Trabalho

☐ () Demissional

☐ () Licença Maternidade

☐ () Auxílio Doença

☐ () Periódico

☐ () Doença Ocupacional

☐ () Retorno ao Trabalho

RISCOS OCUPACIONAIS

FÍSICO

☐ () Ruídos ☐ () Vibrações ☐ () Radiações Ionizantes ☐ () Radiação não-ionizantes
☐ () Calor ☐ () Pressões Anormais ☐ () Ausência de Riscos

QUÍMICO

☐ () Poeiras respiráveis ☐ () Fumos ☐ () Névo ☐ () Neblina ☐ () Gases ☐ () Vapores
☐ () Substancia composta ou produtos químicos em geral ☐ () Exposição a sílica e poeiras

BIOLÓGICOS

☐ () Vírus ☐ () Bactérias ☐ () Protozoários ☐ () Fungo ☐ () Animais peçonhentos
☐ () Não aplicável

ERGONÔMICOS

☐ () Exigência de postura inadequada ☐ () Esforço físico manual de peso ☐ () Levantamento e transporte de peso
☐ () Trabalho em pé ☐ () Trabalho em turno e noturno ☐ () Monotonia e repetitividade
☐ () Outros sintomas causadas de estresse físico e/ou psíquico

ACIDENTE

☐ () Queda do mesmo nível ☐ () Projeção de partículas volantes ☐ () Queda de objetos nos membros inferiores(pés)
☐ () Trabalho em altura ☐ () Iluminação inadequada ☐ () Acidente máquinas e equipamentos
☐ () Queda de ferramentas ☐ () Choque elétrico

EXAMES REALIZADOS E DATADOS

☒ (X) Exame Clínico ASO: 14/12/2024

☐ () Glicemia: ____/____/____

☐ () Urinálise: ____/____/____

☐ () Hemograma completo: ____/____/____

☐ () Tipagem sanguínea: ____/____/____

☐ () Ácido Úrico: ____/____/____

☐ () Ácido Hipúrico: ____/____/____

☐ () Avaliação Psicossocial: ____/____/____

☐ () Audiometria: ____/____/____

☐ () Acuidade Visual: ____/____/____

☐ () Eletrocardiograma: ____/____/____

☐ () Eletroencefalograma: ____/____/____

☐ () Espirometria: ____/____/____

☐ () Rx coluna lombo sacra: ____/____/____

☐ () Avaliação Psicossocial: ____/____/____

☐ () Raio X de Coluna Total: ____/____/____

PORTARIA SEPRT N° 6.734 DE 2020 EM ACORDO COM O ARTIGO 168 DA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS, ATESTO QUE O(A) PACIENTE ACIMA FOI ENCAMINHADO(A) CLINICAMENTE DA ANÁLISE E DOS RESULTADOS OBTIVE-SE QUE O(A) MESMO(A) FOI CONSIDERADO(A): É Considerado pessoa com deficiência ☐ () Sim ☒ (X) Não

Atesto que o examinador foi considerado ☒ (X) APTO ☐ () INAPTO

Atesto que o examinador foi considerado ☐ () APTO ☐ () INAPTO para NR 33

JUNIOR BOAVENTURA DOS SANTOS

Assinatura do Funcionário (a)

JULIO C. M. ALMEIDA
Médico
CRM: 10639

Assinatura e Carimbo
(Médico)

Tefé 14 de DEZEMBRO de 2024



clínicamedclare@gmail.com