



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  
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 PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE-AGSUS

37.318.510/0001-11

Nome do(a) Trabalhador(a):

VENANCIO CORREA DE OLIVEIRA NETO

CPF:

019.145.032-44

Data de Nascimento:

21/12/1996

Idade:

27 anos

Função:

CIRURGIÃO DENTISTA

Nova Função:

2 - Motivo da Avaliação Médica

ADMISSSIONAL

3 - Riscos Existentes na Atividade do Empregado

<input checked="" type="checkbox"/> FÍSICO	Ausentes
<input checked="" type="checkbox"/> QUÍMICOS	Exposição a álcool gel 70%, Benzina, vaselina, Sabão Líquido, PVPI Tópico, PVPI Degermante, Hipoclorito.
<input checked="" type="checkbox"/> BIOLÓGICOS	Agentes biológicos infecciosos e infectocontagiosos (bactérias, vírus, protozoários, fungos, príons, parasitas e outros)
<input checked="" type="checkbox"/> ERGONÔMICOS	Postura inadequada, Estresse, Trabalhos Repetitivos
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTES/MECÂNICOS	Corte e Perfuração
<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			
0693 - Hemograma Completo	R	18/11/2024			
1098 - Rotina (sumário) de urina	R	18/11/2024			

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:

☐ Apto ☐ Inapto ☒ Não se aplica  
☐ Apto ☐ Inapto ☒ Não se aplica  
☐ Apto ☐ Inapto ☒ 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

Médico(a):  
CRM:

Data: 11/12/2024

Ass: \_\_\_\_\_

Trabalhador (a)

Recebi a 2ª via deste atestado na presente data.