



CENTRO MÉDICO BUFFON ARCE

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)		DATA:	12/12/2024
--	--	-------	------------

IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO			
RAZÃO SOCIAL:	AGENCIA BRASILEIRA DE APOIO A GESTAO DO SUS	CNPJ/CAEPF:	37.318.510/0001-11
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR			
NOME COMPLETO:	JANETE DAS GRAÇAS REBELO DOS SANTOS	CPF:	580.350.601-04
FUNÇÃO ATUAL:	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	NOVA FUNÇÃO:	

TIPO DE EXAME OCUPACIONAL (*)			
<input checked="" type="checkbox"/>	EXAME ADMISSIONAL	<input type="checkbox"/>	EXAME DE MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS
<input type="checkbox"/>	EXAME PERIÓDICO	<input type="checkbox"/>	EXAME DE RETORNO AO TRABALHO

DESCRIÇÃO DOS PERIGOS OU FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS E CLASSIFICADOS NO INVENTÁRIO DE RISCOS DO PGR QUE NECESSITEM DE CONTROLE MÉDICO PREVISTO NO PCMSO, OU A SUA INEXISTÊNCIA			
Físicos	Químicos	ERGONÔMICOS	
<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Óleos e Graxas	<input checked="" type="checkbox"/> Movimentos Repetitivos com membros superiores	
<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Detergentes	<input type="checkbox"/> Trabalho predominantemente em pé	
<input type="checkbox"/> Ruído	<input type="checkbox"/> Iodo Metálico	<input type="checkbox"/> Trabalho predominantemente sentado	
<input type="checkbox"/> Radiação Ionizante	<input type="checkbox"/> Iodo em Solução	<input type="checkbox"/> Movimentação de pesos	
<input type="checkbox"/> Radiação Não Ionizante	<input type="checkbox"/> Fenol	<input checked="" type="checkbox"/> Esforço visual continuado	
<input type="checkbox"/> Umidade	<input type="checkbox"/> Formaldeído	<input type="checkbox"/> Trabalho frequente em posição curvada	
<input type="checkbox"/> Vibração	<input type="checkbox"/> Hipoclorito de Sódio		
	<input type="checkbox"/> Alcalis Cásticos	Biológicos	
Químicos	<input type="checkbox"/> Ácidos	<input checked="" type="checkbox"/> Vírus	
<input type="checkbox"/> Gases Tóxicos	<input type="checkbox"/> Fumos tóxicos	<input checked="" type="checkbox"/> Bactérias	
<input type="checkbox"/> Cimento	<input type="checkbox"/> Vapores tóxicos	<input checked="" type="checkbox"/> Fungos	
<input type="checkbox"/> Óxido de Etileno	<input type="checkbox"/> Chumbo	<input type="checkbox"/> Protozoários	
<input type="checkbox"/> Mercúrio Metálico	<input type="checkbox"/> Poeiras não fibrinogênicas	<input type="checkbox"/> Parasitas	
<input type="checkbox"/> Quimiot. de Câncer	<input type="checkbox"/> Poeiras Fibrogênicas		
<input type="checkbox"/> Solventes orgânicos			

EXAMES MÉDICOS REALIZADOS					
EXAMES COMPLEMENTARES					
TIPO DE EXAME	ORDEM DO EXAME (REFERENCIAL/SEQUENCIAL)	DATA	TIPO EXAME	ORDEM DO EXAME (REFERENCIAL/SEQUENCIAL)	DATA

ATESTADO MÉDICO					
Atesto que o trabalhador acima identificado se submeteu aos exames médicos ocupacionais sendo considerado:					
<input checked="" type="checkbox"/> APTO(A)	<input type="checkbox"/> INAPTO(A)	Para a função que vai exercer, exerce ou exerceu conforme "TIPO DE EXAME OCUPACIONAL" (*)			
E também foi considerado:					
<input type="checkbox"/> APTO(A)	<input type="checkbox"/> INAPTO(A)	<input type="checkbox"/> Para realizar trabalhos em altura	<input type="checkbox"/> Para realizar trabalhos em espaços confinados	<input type="checkbox"/> Para operar máquinas e equipamentos ou veículos	<input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica

 João Pedro Buffon Arce Médico CRM/MS 12014 Médico que realizou o Exame Clínico-Occupacional DATA: 12.12.24	 Janete das Graças Rebelo dos Santos (Assinatura do trabalhador) DATA: _____	Recebi a 2ª via deste atestado na presente data 12.12.24
Observações:		