

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

FUNÇÃO: ZACARIAS DOS SANTOS MEDEIROS IDADE: 49 ANOS
CPF: 642.594.552-49 RG: 1385055-5 DATA NASCIMENTO: 05/03/1975
FUNÇÃO: TECNICO EM ENFERMAGEM

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

FINALIDADE DO EXAME

(X) Admissional () Demissional () Periódico
() Mudança de Função () Licença Maternidade () Doença Ocupacional
() Acidente de Trabalho () Auxílio Doença () 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 () Audiometria: ____/____/____
() Glicemia: ____/____/____ () Acuidade Visual: ____/____/____
() Urinálise: ____/____/____ () Eletrocardiograma: ____/____/____
() Hemograma completo: ____/____/____ () Eletroencefalograma: ____/____/____
() Tipagem sanguínea: ____/____/____ () Espirometria: ____/____/____
() Ácido Úrico: ____/____/____ () Rx coluna lombo sacra: ____/____/____
() Ácido Hipúrico: ____/____/____ () Avaliação Psicossocial: ____/____/____
() 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

Zacarias dos Santos Medeiros

Assinatura do Funcionário (a)

Julio C. M. Aures
CRM 10038

Assinatura e Carimbo
(Médico)

Tefé 14 de DEZEMBRO de 2024