

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: EMERSON DA SILVA AGUIAR	DN: 3/9/1992
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 002.175.852-21
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: CIRURGIAO DENTISTA	LOCAL: TBT
EXAME: Admissional (X) Periódico () Demissional () Retorno ao trabalho ()	

EXAMES SOLICITADOS (PCMSO)

EXAME:	DATA:
<u>EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL</u>	<u>07/12/2024</u>

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (P G R)

RISCO	
Químico	Sim () Não (X)
Físico	Sim () Não (X)
Biológico	Sim () Não (X)
Ergonômicos	Sim (X) Não ()
Acidentes	Sim (X) Não ()

Conclusão: Apto (X) Inapto ()

Bruno S. Aguiar
Médico
CPF: 128461AM

Médico examinador

Emerson da Silva Aguiar

Empregado

Declaro que recebi segunda via do ASO

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: EMERSON DA SILVA AGUIAR	DN: 3/9/1992
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 002.175.852-21
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: CIRURGIAO DENTISTA	LOCAL: TBT
EXAME: Admissional (X) Periódico () Demissional () Retorno ao trabalho ()	

EXAMES SOLICITADOS (PCMSO)

EXAME:	DATA:
<u>EXAME CLÍNICO OCUPACIONAL</u>	<u>07/12/2024</u>

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (P G R)

RISCO	
Químico	Sim () Não (X)
Físico	Sim () Não (X)
Biológico	Sim () Não (X)
Ergonômicos	Sim (X) Não ()
Acidentes	Sim (X) Não ()

Conclusão: Apto (X) Inapto ()

Bruno Soares da Silva
Médico
CPF: 123.456.789

Médico examinador

Emerson da Silva Aguiar

Empregado

Declaro que recebi segunda via do ASO.

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: EMERSON DA SILVA AGUIAR	DN: 3/9/1992
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 002.175.852-21
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: CIRURGIAO DENTISTA	LOCAL: TBT
EXAME: Admissional (X) Periódico () Demissional () Retorno ao trabalho ()	

Ficha de anamnese e exame clínico ocupacional

QUEIXAS E HDA:
S/ QUEIXA NO MOMENTO DA VISITA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.
AO EXAME: BEG, LOTE EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOCORADO, AFEBRIL
AR: MVF SRA AC: RCR BNF EM 2T SS

ANAMNESE DIRIGIDA:	DESCREVER ALTERAÇÕES:
Neurológico: sim () não (X)	
Respiratório: sim () não (X)	
Cardiovascular: sim () não (X)	
Gastrointestinal: sim () não (X)	
Ortopédico: sim () não (X)	
Geniturinário: sim () não (X)	
Queixas/diagnósticos:	

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:	DESCREVER:
Vacinas: sim (X) não ()	COMPLETAS
Alergias: sim () não (X)	
Cirurgias: sim () não (X)	
Morbidades: sim () não (X)	
Uso de medicações: sim () não (X)	
Acidentes de trabalho: sim () não (X)	

EXAME CLÍNICO:	DESCREVER:
C/P: (X) normal () alterado	
AR: (X) normal () alterado	
ACV: (X) normal () alterado	
ABD: (X) normal () alterado	
NEURO: (X) normal () alterado	
ORTO: (X) normal () alterado	

SINAIS VITAIS
PA: mmHg PESO: kg ALTURA: TEMP: 36,3 graus BC: BPM, SAT: 99%
BIOTIPO: LONG. () BREV. () NORM. (X)

OBSERVAÇÕES:

DIAGNÓSTICO:

CID:

CONCLUSÃO: APTO (X) INAPTO ()