

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: DARVIS CANDIDO SAMPAIO	DN: 2/9/1984
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 029.034.272-40
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: AGENTE INDIGENA DE SAUDE	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>

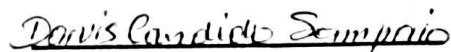
PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (P G R)

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


Bruno Serfaty da Silva
Médico
CRM-12846/AM

Médico examinador

Conclusão: Apto (X) Inapto ()



Empregado

Declaro que recebi segunda via do ASO

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: DARVIS CANDIDO SAMPAIO	DN: 2/9/1984
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()	Nº: 029.034.272-40
EMPRESA: AGSUS	CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: AGENTE INDIGENA DE SAUDE	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 Serrati da Silva
Médico
CRM-12846/AM

Médico examinador


Darvis Candido Sampaio

Empregado

Declaro que recebi segunda via do ASO.

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL-

NOME: DARVIS CANDIDO SAMPAIO		DN: 2/9/1984
DOCUMENTO: RG () CPF (X) CTPS ()		Nº: 029.034.272-40
EMPRESA: AGSUS		CNPJ: 37.318.510/0001-11
CARGO: AGENTE INDIGENA DE SAUDE		LOCAL: TBT
EXAME: Admissional (X) Periódico () Demissional () Retorno ao trabalho ()		

Ficha de anamnese e exame clínico ocupacional

<p>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</p>		
<p>ANAMNESE DIRIGIDA:</p> <p>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:</p>		<p>DESCREVER ALTERAÇÕES:</p>
<p>HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:</p> <p>Vacinas: sim (X) não () Alergias: sim () não (X) Cirurgias: sim () não (X) Morbidades: sim () não (X) Uso de medicações: sim () não (X) Acidentes de trabalho: sim () não (X)</p>		<p>DESCREVER:</p> <p>COMPLETAS</p>
<p>EXAME CLÍNICO:</p> <p>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</p>		<p>DESCREVER:</p>
<p>SINAIS VITAIS</p> <p>PA: mmHg PESO: kg ALTURA: TEMP: 36,3 graus BC: BPM, SAT: 99% BIOTIPO: LONG. () BREV. () NORM. (X)</p>		
<p>OBSERVAÇÕES:</p>		
<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>CID:</p> <p>CONCLUSÃO: APTO (X) INAPTO ()</p>		