

UNIDADE MIRANDA  
Avenida Afonso Pena, 389, Centro  
(67) 3242-7512 / (67) 38471-0285

UNIDADE AQUIDAUANA  
Rua José Bonifácio, 290, Centro  
(67) 3241-7526 / (67) 38471-0285

## ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Em cumprimento a Legislação Trabalhista Art. 168 e 169 da Seção V do Título II da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho e Leis 7855/89 e 6514/77, Portaria 3214/78 (NR-7) e Portaria nº 24 de 29/12/1994 - PCMSO - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional.

Funcionário: **DIOGO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/01/1989**  
Empresa: **AGENCIA BRASILEIRA DE APOIO A GESTAO DO SUS** CNPJ / CAEPF: **37.318.510/0001-11**  
Endereço: Bairro:  
Cidade: Setor: **UNICO**  
Função: **AGENTE INDIGENA DE SANEAMENTO** CBO: **5151-30** Tempo Serviço: **Recém Contratado**  
RG: Tipo do Exame: **ADMISSIONAL** Matrícula:  
CPF: **03404824198** Data do ASO: **12/12/2024**

### EXAMES COMPLEMENTARES A QUE FOI SUBMETIDO

Procedimentos	Cód. Tabela 27	Data
X AVALIAÇÃO CLÍNICA, ABRANGENDO ANAMNESE OCUPACIONAL E EXAME FÍSICO E MENTAL	0295	12/12/2024

### CONCLUSÃO DO EXAME

Atesto, em cumprimento à NR 7, que o funcionário abaixo assinado, foi examinado nesta data, sendo o resultado de avaliação considerado:

☒

APTO

☐

INAPTO

Conclusão:

Observações:

Não é portador de doenças profissionais e/ou incapacidade física resultante de acidentes de trabalho, que impossibilite de trabalhar na função indicada.

*Gleici Pereira Sobreira*  
**GLEICI PEREIRA SOBREIRA**  
Ass. e carimbo do médico examinador

### RECIBO

Declaro para fins de direitos que fui clinicamente examinado e recebi a 2ª via do ASO - Atestado de Saúde Ocupacional - Nesta Data.

Local

*Diogo da Silva*  
Assinatura do Funcionário Examinado